รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ

โดย

นายธงชัย กีรติหัตถยากร
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2562 - 2563

หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ” ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ของ นาย ธงชัย กีรติหัตถยากร เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62 ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2562 – 2563

พลโท

(พิสัณห์ ปฐมเอม)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

บทคัดย่อ

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายธงชัย กีรติหัตถยากร **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** 62

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบการบริหาร ผลการดำเนินงาน ปัญหา เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ มีการดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ, การสังเกต, การสนทนากลุ่ม จากทั้งกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกหมอครอบครัว ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้บริหารระดับอำเภอ ระดับจังหวัด, การสัมภาษณ์เชิงลึกได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องมีหลายจังหวัด (โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เทศบาลเมืองวารินชำราบ) และกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานจริง โดยพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมพื้นที่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้แนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่ ผลการวิจัยพบว่า ทีมหมอครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการบริหาร ขาดการมีส่วนร่วม ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี และงบประมาณไม่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้ ข้อมูลขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการบริการปฐมภูมิที่ไม่เพียงพอ ทีมสหวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ขาดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม รวมถึงการทำงานในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของคลินิกหมอครอบครัว กลไกสร้างแรงจูงใจให้กับทีมสหวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิภาครัฐในการทำงานเชิงรุก ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง การบริการยังไม่สามารถทำ Lab X-ray ได้ ขาดการมีส่วนร่วมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน ขาดกลไกสร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่และประชาชนในการดำเนินงาน งบประมาณไม่สนับสนุนให้เกิดการกระตุ้นให้มีการส่งเสริมป้องกันโรค และมีข้อเสนอแนะ เช่น ควรมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนทรัพยากร ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรงบประมาณ ทรัพยากรอุปกรณ์ เช่น การตรวจ Lab การ X-ray เป็นต้น ให้มากขึ้น ให้มีการลงทะเบียนครอบครัว นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เน้นการเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริม ป้องกันโรค

Abstract

Title : The development model of primary care cluster management for health security system
Field : Social - Psychology
Name : Mr. Thongchai Kiratihuttayakorn **Course** NDC Class 62

The development model of primary care cluster management for health security system was studied. The objectives of research were to study the thinking process, theory, system, the operating results problem and desired characteristics of primary care cluster management to effectly comply with the Ministry of Health's policy, under the context of the nation's 20 years strategy. This study was conducted in Warinchumrap district, Ubonratchathani province. The participants were family physician, health care providers, and district and province administrator. The in-depth interview was applied for all participants. The data were analyzed follow by the Seven Elements of the McKinsey 7-S Framework. The results found that cause of problem and the development as follow vary of health service department, lack of the data link, inadequate of family physicians and health care providers, inadequate of present core competency of holistic health care in family care team, and working in family and community degree which the main important mission of primary care cluster. Motivation building for proactive behavior in family care team should conduct. For the medical technology, the medicine and medical supply management from the hospital hub was applied. Laboratory and X-ray cannot test at primary care cluster. The lack of participate and management of network partners. The lack of motivation building in staff and people for implementation. The adequate of budget for health promotion and disease prevention. The suggestion as follow the participation from all network, human resource, budget and material such as lab testing and X-ray test. The family registered should implement. The information technology should apply. Home visit, health promotion and disease prevention should concentrate.

คำนำ

เอกสารวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ประจำปีการศึกษา 2562-2563 โดยทำการศึกษา เรื่อง รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน และแบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หัวใจ เบาหวาน ความดันโรคหิตสูง สมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ถ้าไม่มีการจัดการด้านสุขภาพที่ดีพออาจเกิดปัญหาด้านการบริการสุขภาพของประเทศ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชน ด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ไม่สูงจนเกินไป โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งหากสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้อีกด้วย แต่จากการวิเคราะห์ยังพบปัญหาการจัดการ เช่น ทีมหมอครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการ ขาดการมีส่วนร่วม ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี และงบประมาณไม่เพียงพอ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ โดยพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ถูกต้อง ตรงตามความต้องการของพื้นที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

(นายธงชัย กีรติหัตถยากร)
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62
ผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล เรื่อง รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม หลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ประจำปีการศึกษา 2562-2563 ซึ่งผู้ศึกษาขอขอบคุณ๕ณะผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้โอกาสข้าพเจ้าเข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ ประชาชน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกหมอครอบครัว ผู้ให้บริการทุกระดับ ผู้บริหารระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชราชธานี

ขอขอบคุณ คณาจารย์ ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ทุกท่าน

(นายธงชัย กีรติหัตถยากร)
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62
ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	**ก**
Abstract	**ข**
คำนำ	**ค**
กิตติกรรมประกาศ	**ง**
สารบัญ	**จ**
สารบัญตาราง	**ช**
สารบัญแผนภาพ	**ซ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
วิธีดำเนินการวิจัย	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว	**5**
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ	5
กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	17
ระบบบริการปฐมภูมิ	24
โครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster – PCC)	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
กรอบแนวคิดของการวิจัย	50
บทที่ 3 ผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่	**51**
สภาพปัญหา	51
ที่มาของปัญหา	52
การดำเนินการที่ผ่านมา	53
สรุปผลการประชุมกลุ่ม	58
ข้อเสนอแนะที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว	60

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 การวิเคราะห์ สรุปปัญหาและกำหนดแนวทางการเสริมสร้างบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว **61**
ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ 61
สภาพปัญหาระบบบริการปฐมภูมิ 65
ผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร 75
สรุป 75
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ **77**
สรุป 77
อภิปรายผล 80
ข้อเสนอแนะ 81
บรรณานุกรม **83**
ภาคผนวก **85**
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 86
ประวัติย่อผู้วิจัย **90**

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2-1	กรอบแนวคิดระบบสุขภาพองค์การอนามัยโลก	9
2-2	ความเชื่อมโยงของกลไกต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ	10
2-3	ความเชื่อมโยงของกลไกระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่	11
2-4	เครือข่ายบริการระดับต่าง ๆ ในจังหวัด	16
2-5	กรอบแนวคิดของการวิจัย	50
3-1	ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ทุก 4 มิติ	55

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

4-1	จำนวนและร้อยละของประชากรที่ใช้ในการศึกษา	70
4-2	การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว	71

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นระบบสุขภาพแบบบูรณาการ มีการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างเน้นการทำงาน โดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งที่มุ่งเน้นดูแลสุขภาพ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการในสัดส่วนที่เหมาะสมโดยมีการจัดบริการที่มีลักษณะเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรคการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลใหญ่ แพทย์เฉพาะทางดูแลรายโรค รายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม เปรียบดังสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบ ประกอบกับร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านมา ประชามติเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2559 กำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ช) ด้านอื่น ๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผน 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบ สาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุข มีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ไม่สูงจนเกินไป โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งหากสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้อีกด้วย แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบปัญหาการจัดการ เช่น ทีมหมอครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการ ขาดการจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดีและงบประมาณไม่เพียงพอ

ปัญหาดังกล่าวข้างต้นนี้ จะส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นการบริการในระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญและมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเชิงลึก เพื่อให้ได้คำตอบว่ารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว
2. เพื่อศึกษาปัญหาผลการดำเนินงานของรูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว
3. เพื่อศึกษาลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การเอกสารข้อมูล รายงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความพึงพอใจการปฏิบัติงาน

2. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

2.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว

2.2 กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการทุกระดับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบและโรงพยาบาลวารินชำราบ

2.3 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว

2.4 กลุ่มชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

2.4.1 เป็นบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.4.2 ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวอย่างน้อย 1 ปี

2.4.3 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

3. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ที่ได้จากการค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ แนวคิดทฤษฎีระบบบริการในประเทศไทยและต่างประเทศ จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดยค้นคว้าจากแหล่งต่างๆ และข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง

1.2 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ที่ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและรับบริการ โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบสังเกต แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และสังเคราะห์ข้อมูลตามทฤษฎีและหลักการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลการศึกษาวิจัย เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงแนวคิด ทฤษฎี ของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว
2. ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการคลินิกหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล
3. ทำให้ทราบลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัว ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

คำจำกัดความ

รูปแบบการพัฒนา	หมายถึง	ขั้นตอนหรือระบบ หรือวิธีการในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตามเกณฑ์การพัฒนา

คลินิกหมอครอบครัว (PCC : Primary Care Cluster)

หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและอื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึง สาขาการแพทย์เฉพาะทางแขนงหนึ่งที่มีความรู้ทางการแพทย์และสาขาวิชาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพัน, ความรัก, การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ, โรงพยาบาลวารินชำราบ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จัดบริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการคลีนิคหมอครอบครัว

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพในครั้งนี้ ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ
2. กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย
3. ระบบบริการปฐมภูมิ
4. ความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ
5. นโยบายคลินิกหมอครอบครัว
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) ดังนี้ “สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น” พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2550) ได้มีการกำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่ สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรมใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมไปถึงการมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ระบบสาธารณสุข (Public Health System) หมายถึง การจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สารานุกรม สาธารณสุข, 2531) และระบบบริการสาธารณสุข หมายความว่า การบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะ ความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

1. ระบบสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ ออกเป็น 10 ระบบย่อย ดังนี้

1.1 ระบบหลักประกันสุขภาพและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะ ทางเศรษฐกิจ สังคม ลักษณะกายภาพ ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และอุดมการณ์ทางการเมือง การสร้างหลักประกันและความคุ้มครองดังกล่าวให้มีการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ เกื้อกูลเอื้ออาทร จากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ วิชาชีพและประชาสังคม ครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยทั้งหมดที่กระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งนโยบายสาธารณะต่าง ๆ

1.2 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั่วทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายที่ไม่สมควรลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแนวทาง “สร้างนำซ่อม” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายคือ

1.2.1 มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม

1.2.2 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลาย

1.2.3 มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ

1.2.4 มีความครอบคลุมของชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

1.3 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพต้องมีการพัฒนาอย่างมีมาตรฐานทันต่อเหตุการณ์โดยรัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการ และขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพโดยมีบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันทุกระดับจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น

1.4 ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพประสิทธิผลและประสิทธิภาพโดยทั้งนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า โดยรัฐต้องมียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และรัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

1.5 ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการมีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพโดยให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม

1.6 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภคให้ตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน จัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตามและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการในแต่ละระดับตลอดจนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่ายเพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพปลอดภัย เป็นธรรมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ตลอดจนมีระบบการชดเชยเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมเมื่อได้รับความเสียหาย

1.7 ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ รัฐมีหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง การดำเนินงานนโยบายสาธารณะต้องพัฒนามาจากฐานความรู้ที่รอบด้านอย่างเพียงพอ เชื่อถือได้ โดยสามารถเปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้ ในการสร้างการจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาต้องคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อมุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้เกิดระบบสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานความรู้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมในทุกระดับ

1.8 ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพมีความถูกต้องแม่นยำ มีความครอบคลุมเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ วางแผนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ สร้างช่องทางการสื่อสารเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์

1.9 ระบบการสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขหรือระบบกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรโดยรัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบายการวางแผนการผลิต การพัฒนาและการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม ตอบสนองความต้องการของประเทศ ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพทำงานเชื่อมโยงสอดประสานอย่างใกล้ชิดกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ รัฐต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกระดับพื้นที่ประสานการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขและกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการกระจายและการใช้กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

1.10 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตลอดจนการจัดการการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพทั้งในเชิงมาตรการทางภาษีที่ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การส่งเสริมให้สถานประกอบการดูแลสุขภาพพนักงาน ลูกจ้าง การส่งเสริมให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้มาตรการทางภาษีควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรารวมไปถึงการจัดการทางการเงินการคลัง

ที่มีประสิทธิภาพโดยยึดเป้าหมาย 4 ประการ (SAFE) คือ 1. มีความยั่งยืน (Sustainability) 2. มีความเพียงพอ (Adequacy) 3. มีความเป็นธรรม (Fairness) และ 4. มีประสิทธิภาพ (Efficiency)

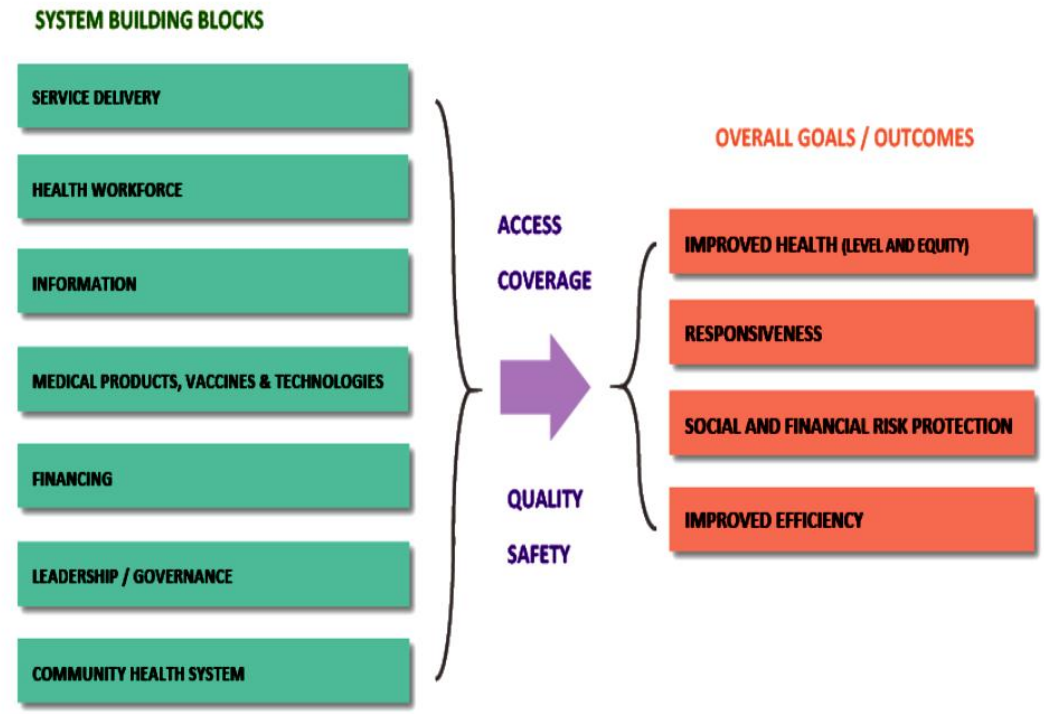
องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2550) กำหนด “ระบบสุขภาพ” ต้องมีเป้าหมายวัตถุประสงค์พื้นฐาน 4 ประการ คือ 1. ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (Improved Health) 2. ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (Responsiveness) 3. การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Social and Financial Risk Protection) และ 4. ความมีประสิทธิภาพ (Improved Efficiency)

กำหนดกรอบระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน หรือ Health System Building Blocks การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ระบบบริการ (Service Delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information)
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership / Governance)
7. ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

กำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในภาพรวม คือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีได้รับการบริการที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยความเป็นธรรม ได้รับการปกป้องคุ้มกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน ดังแผนภาพที่ 2-1

แผนภาพที่ 2-1 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก



ที่มา: ดัดแปลงจาก World Health Organization (WHO)

2. จุดเปลี่ยนระบบสุขภาพไทย

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่สำคัญ 2 ประการ คือ

2.1 ผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เขาสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ผู้สูงอายุมีจำนวน 9.52 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมดของประเทศและคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ. 2573 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพภาวะพึ่งพิงและความต้องการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทำให้ส่งผลต่อการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้นและภาระรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อม และโรคมะเร็ง ทำให้รัฐต้องมีภาระงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

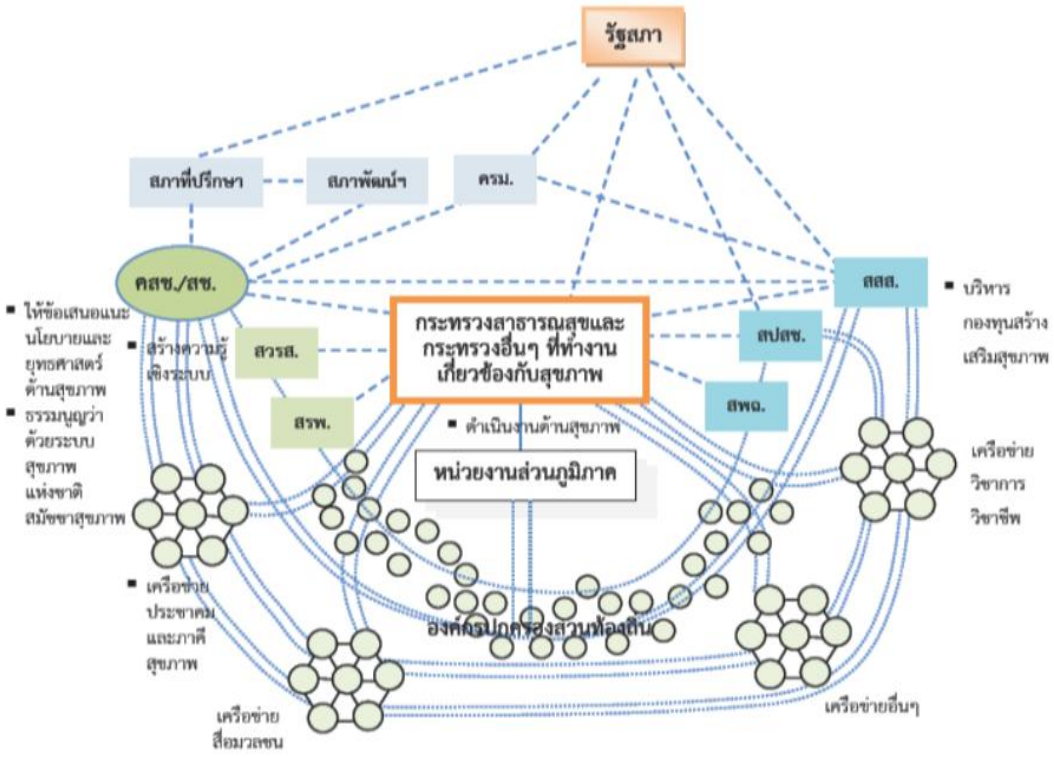
2.2 การเปลี่ยนแปลงทางภาระโรคจากโรคติดเชื้อ ไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ถึงร้อยละ 74.7 ในปี พ.ศ. 2554 แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 300,000 คน พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมา คือ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน มีการประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยมูลค่า 198,152 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของรายได้

ประชาชาติ มีแนวโน้มการเพิ่มขนาดของปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศและภูมิภาค ระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่ดีเพื่อสามารถป้องกันและควบคุมโรค พัฒนางานบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคและการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างเป็นรูปธรรม

3. กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ

3.1 กลไกระดับชาติ การเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 เชื่อมโยงทุกประเทศและทุกระบบเข้าด้วยกัน ทำให้ประเทศต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อรับกับการเปลี่ยนแปลง สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านภายในประเทศอย่างมาก การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข องค์กรที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังแสดงในแผนภาพที่ 2-2

แผนภาพที่ 2-2 ความเชื่อมโยงของกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560

3.2 กลไกระดับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2555-2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการทบทวนบทบาทภารกิจ มุ่งที่จะดำเนินการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ (Regional Public Health Service Provision) เป็นการบริหารในรูปของเขตสุขภาพเนื่องจากการบริหารจัดการในระดับจังหวัดมีข้อจำกัดเพราะขนาดของประชาชนแต่ละจังหวัดแตกต่างกันมากและไม่มีการประหยัดต่อขนาด (Economy of scale) ในบางจังหวัดขาดความรวดเร็วในการตอบสนองต่อปัญหา (Speed) ตามหลักของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และยังเป็นการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่ด้วย

การจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกายทำให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเชื่อมโยงเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” สามารถเชื่อมโยงบริการ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายและเน้นการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพเกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีขึ้น (Service Outcome) ลดเวลารอคอย ลดคิวในการรับบริการ ขยายความครอบคลุมการบริการลดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและเกิดผลลัพธ์ (Outcome) ต่อประชาชนโดยตรง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2-3

แผนภาพที่ 2-3 ความเชื่อมโยงของกลไกระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการในพื้นที่

ที่มา: นพ.สุพรรณ ศรีธรรมา เอกสารประกอบการบรรยายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ปรับปรุง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559)

การสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพและผู้จัดการระดับเขตเป็นผู้บริหารจัดการมอบอำนาจให้ระดับพื้นที่ดำเนินการเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการ มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานจัดระบบบริการสุขภาพและการส่งต่อโดยกำหนดเขตพื้นที่ให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) เป็นบริการด่านแรกและส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้และจำเป็นให้กับระบบบริการโรงพยาบาล (Hospital Service) ซึ่งการบริหารในรูปคณะกรรมการเขตสุขภาพในทุกปีมีการจัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพ เสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณในการจัดบริการปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิการแพทย์เฉพาะทางการฟื้นฟูสภาพและการจัดบริการตามแผนระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 17 สาขาหลัก โดยเน้นการสร้างประสิทธิภาพการจัดบริการทั้งเชิงเทคนิคบริการผ่านผู้ให้บริการ โดยเน้นผลลัพธ์ของการบริการสูงสุดและการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสมให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินการในลักษณะงานบางอย่างที่เอกชนดำเนินการ ในบริการที่เป็นส่วนสนับสนุนบริการทางการแพทย์

4. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

ประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านและมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก ด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม การปฏิรูประบบราชการที่มุ่งสู่ความมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาประเทศ เพื่อให้สามารถแข่งขันในภูมิภาคและประชาคมโลกการปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ

4.1 กระทรวงสาธารณสุขและโครงสร้างการบริหารงาน การอภิบาลระบบสุขภาพมีการปฏิรูปโครงสร้างหลายครั้ง การเปลี่ยนแปลงครั้งหลังสุด ในปี พ.ศ. 2545 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานเทียบเท่ากรมอยู่ในสังกัด 9 กรมและหน่วยงานในกำกับอีกจำนวนหนึ่ง ต่อมาเพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงแบบพลวัตในระบบสุขภาพโลก การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การอพยพย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ปัญหาความเจ็บป่วยและภาวะภัยคุกคามทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเกิดโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นมีการแพร่ระบาดทั้งโรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก โรคอีโบลา โรคเมอรส์ โรคติดชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาทภารกิจเพื่อรองรับต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ได้ประสานหน่วยราชการต่าง ๆ ให้ทำการทบทวนบทบาทภารกิจจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาหน่วยงาน โดยให้พิจารณาปรับบทบาทภารกิจให้สอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดจนสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และการเตรียมตัวก้าวสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) รวมถึงทิศทางการปฏิรูปประเทศไทย เพื่อพัฒนาข้อเสนอการปรับบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาใช้ระบบเป็นตัวตั้ง (System Approach) ช่วยให้มองเห็นภารกิจที่ควรทำมากกว่าภารกิจที่ดำเนินการอยู่ใน 4 ระบบย่อย ประกอบด้วย 1. ระบบบริการสุขภาพ 2. ระบบสร้างเสริมสุขภาพ 3. ระบบควบคุมป้องกันโรค 4. ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ได้มีข้อสรุปข้อเสนอการกำหนดบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority ใน 11 บทบาทดังนี้ 1. การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ 2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารประชาสัมพันธ์

3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4. การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่าง ๆ 5. การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 6. การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน 7. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ 8. การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลของภาครัฐท้องถิ่นและเอกชน 9. ให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ 10. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้ 11. กำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

4.1.1 โครงสร้างการบริหารงาน กระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 ส่วนคือ

4.1.1.1 การบริหารราชการส่วนกลาง มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย 1. สำนักงานรัฐมนตรี 2. สำนักงานปลัดกระทรวง และ 3. กลุ่มภารกิจ ทั้งนี้ มีการแบ่งภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) รวม 8 กรม ดังนี้

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนา" ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบ ด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษาวิจัยพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย

กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพระบบสุขภาพของประชาชน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพบริหารจัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณ กำกับดูแลประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ และพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

หน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล โดยมีบทบาทเป็นประธานคณะกรรมการ และมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มี 3 หน่วยงานคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

รัฐวิสาหกิจ มี 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม

องค์การมหาชน มี 2 แห่ง คือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถานบริการสุขภาพ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

4.1.1.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริหารราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

4.1.2 การทบทวนภารกิจและปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตามอำนาจหน้าที่ส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกาศ ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

4.1.2.1 มาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาคโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วนเพื่อสร้างสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีสู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุขตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

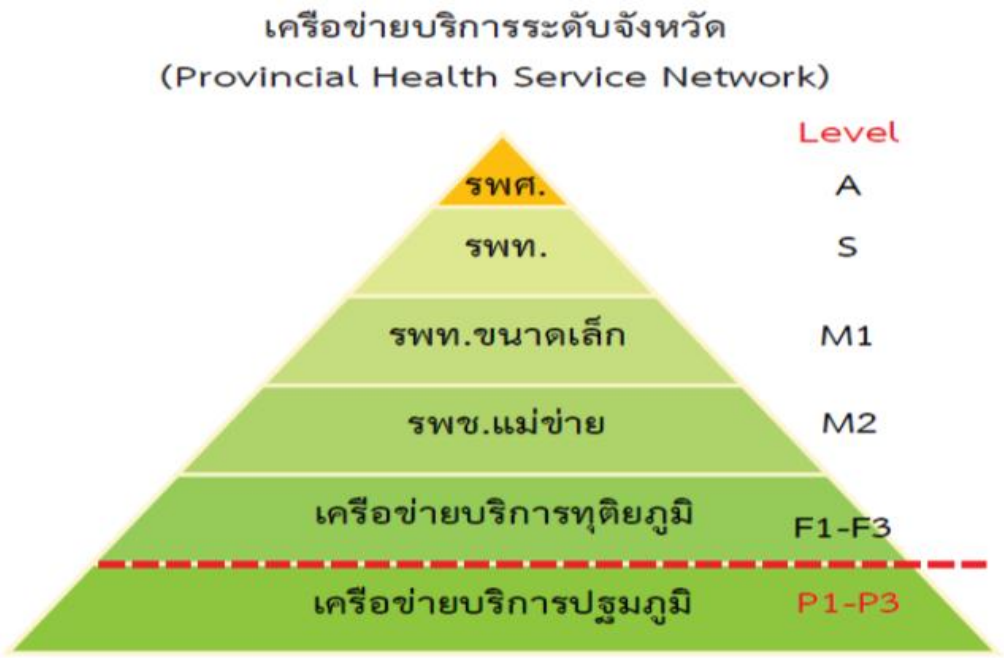
4.1.2.2 ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1. กำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศและระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาค ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยเน้นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการเฉพาะทางและระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยทางสุขภาพ 3. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วมสร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ 4. พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 5. กำหนดนโยบายทิศทางการวิจัยและการบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วง ปี พ.ศ. 2552 ได้มีการทบทวนบทบาทและโครงสร้างหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข มีการพิจารณาทั้งในส่วนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทุกกรมให้สำนักการพยาบาลซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดกรมการแพทย์ และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อมาเป็นสำนักบริหารการสาธารณสุข ให้มาอยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และจัดทำข้อเสนอการปรับแก้ไขกฎกระทรวงสาธารณสุขการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ.2553 จนถึงปัจจุบัน มีความพยายามที่จะปรับโครงสร้างให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่าง ๆ เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนให้มากที่สุดทั้งในส่วนกลางส่วนภูมิภาคและถิ่นทุรกันดารเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2555 - 2559) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาคทั้งบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ให้สอดประสานกันทั้งด้านโครงสร้างบุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพระดับต่างๆสามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพ รองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ มีการจัด “ขนาดโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade)” จัดเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น (First-level Referral Hospital) ได้แก่
    1.1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)
    1.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)
    1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)
2. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (Mid-level Referral Hospital) ได้แก่
    2.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)
    2.2 โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)
3. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (High-level Referral Hospital) ได้แก่
    3.1 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (Standard-level Referral Hospital) (ระดับ S)
    3.2 โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)

ทั้งนี้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้แบ่งระดับการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ ตามระดับของการพัฒนา ได้แก่ ระดับ P1-P3 ดังแสดงในแผนภาพที่ 2-4

แผนภาพที่ 2-4 เครือข่ายบริการระดับต่าง ๆ ในจังหวัด



กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับการจัดบริการด้านสุขภาพในรูปเครือข่ายบริการที่มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ออกเป็น 12 เขต เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานและมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ประกอบด้วยการทำงาน 4 องค์ประกอบ ที่มีความคล้ายคลึงกับการทำงานของระบบสุขภาพของประเทศ คือ 1. กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ 2. กลไกในการจัดบริการ 3. กลไกในการจ่ายเงินเพื่อบริการ 4. กลไกในการตรวจสอบกำกับดูแล

5. กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานบริการในสังกัดที่ตั้งอยู่ทั้งในส่วนกลาง และในส่วนภูมิภาคระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน เป็นจำนวนมากโดยหน่วยบริการจะแบ่งตามการจัดระดับหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 11,035 แห่ง และผลการสำรวจกำลังคนที่ให้บริการสุขภาพ ใน พ.ศ. 2552 พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีกำลังคนที่ให้บริการอยู่ 21 สายงาน โดยมีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน อยู่ที่ร้อยละ 68.1 และ 75.3 ตามลำดับ ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนของอัตรากำลังอยู่ร้อยละ 14.52 โดยมีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เพียงร้อยละ 9.3 และ 5.8 ตามลำดับ สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนมีสัดส่วนของอัตรากำลังอยู่ที่ร้อยละ 10.59 แต่มีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน อยู่ที่ร้อยละ 22.6 และ 18.9 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากพิจารณาในแง่มุมของการใช้กำลังคน บริการภาครัฐกระทรวงสาธารณสุขยังคงขาดแคลนกำลังคนมากกว่าภาครัฐอื่น ด้วยภาระงานในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการศึกษาความต้องการกำลังคน โดยยึดภาระงานจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชนและการให้บริการตาม Service plan เป็นตัวตั้ง (Need-Based Approach) เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบอัตรากำลังที่จะเป็นกรอบการจ้างงาน และวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนในอนาคตเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหากำลังคนปัญหาคือ การจำกัดจำนวนข้าราชการ หลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ปริมาณการใช้บริการสูงขึ้น บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ประมาณ 120 -150 ล้านครั้ง/ปี (เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข) นโยบายจำกัดจำนวนของราชการ ทำให้ไม่มีตำแหน่งข้าราชการ โรงพยาบาลต้องจ้างบุคลากรเป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทำให้ขาดแคลนบุคลากร

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

1. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563 (Thailand Global Health Strategic Framework 2016 – 2020)

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับทั้งภายในและระหว่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายสนับสนุนกลไกสุขภาพโลก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 และกำหนดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาวะดี และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสาธารณสุขสามารถขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 จะเน้นการดำเนินงานใน 5 ด้านหลัก ได้แก่

1.1 การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

1.2 การเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรมและมีความเสมอภาค

1.3 ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก

1.4 เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพโลก

1.5 เสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกและกลไกการประสานการดำเนินงาน

จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ได้พิจารณาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ต่อมาคณะรัฐมนตรีมีคำสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแก้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยให้มีความสอดคล้องกับกรอบระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งกระทรวง

สาธารณสุขได้ดำเนินการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับแก้ไขแผนยุทธศาสตร์ข้างต้นเป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ.2559 - 2563 (Thailand Global Health Strategic Framework 2016 - 2020) และได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2558 หลังจากนั้นได้นำเสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเพื่อผ่านความเห็นชอบเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

2. สาระสำคัญกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563

กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทยทั้งในระดับประเทศ ความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศของไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมความสอดคล้องและบูรณาการของการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

3. เป้าหมาย (Goal)

ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้ง มีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับทั้งภายในและระหว่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายสนับสนุนกลไกสุขภาพโลก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 และกำหนดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาวะดี และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสาธารณสุข สามารถขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 จะเน้นการดำเนินงานใน 5 ด้านหลัก ได้แก่

3.1 การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

3.2 การเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรมและมีความเสมอภาค

3.3 ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก

3.4 เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพโลก

3.5 เสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกและกลไกการประสานการดำเนินงาน

จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ได้พิจารณาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559

บทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและระดับภูมิภาคมีความรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลกและในระดับภูมิภาค

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ประชาชนที่อาศัยในผืนแผ่นดินไทยมีความมั่นคงทางสุขภาพ

4.2 ระบบสุขภาพไทยมีความเข้มแข็งยุติธรรมและเป็นธรรม

4.3 ประเทศไทยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและมีบทบาทนำด้านสุขภาพโลกใน 8 ด้าน ดังนี้

4.3.1 ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย

4.3.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.3.3 การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ

4.3.4 เครือข่ายนักระบาดวิทยา

4.3.5 หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว

4.3.6 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ

4.3.7 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

4.3.8 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก’

4.4 นโยบายสาธารณะ และนโยบายสุขภาพของประเทศไทย มีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าการลงทุนกับสุขภาพของประชาชน

4.5 บุคลากรและองค์กรมีศักยภาพในการเจรจาต่อรองดำเนินงานด้านสุขภาพโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. สถานการณ์และความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

5.1 การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาค

โลกาภิวัตน์ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา ได้แก่ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดเชื้อต่าง ๆ การขาดสารอาหาร การขาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี ไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก และล่าสุด คือ อีโบลาและไวรัสเมอร์ส การแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยาปฏิชีวนะ แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้ง ความพิการ ที่เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะโลกร้อน และข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพนอกจากนี้ ประเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งเทคโนโลยีมากขึ้น ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น จึงเกิดประเด็นใหม่ๆด้านสุขภาพขึ้น เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับปัญหาสุขภาพที่ขาดการเหลียวแล (Neglected Health Problems) ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน คนไร้รัฐ ผู้ลี้ภัย เป็นต้น

5.2 การเปลี่ยนแปลงของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในทุกระดับ

องค์กรและกลไกที่มีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทขององค์การอนามัยโลกหรือองค์กรภายใต้สหประชาชาติซึ่งเป็นกลไกอภิบาลที่ยึดโยงกับรัฐ ได้แก่ รัฐบาลและกระทรวง

ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักอีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งภูมิรัฐศาสตร์ ทำให้มีองค์กรระดับโลก ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ธนาคารโลก องค์การการค้าโลก องค์การชำนัญพิเศษต่าง ๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บรรษัทข้ามชาติ กองทุนพัฒนาที่จัดตั้งโดยรัฐบาลของประเทศมั่งคั่งนอกจากนี้ ยังมีการรวมตัวกันเป็นประชาคมของประเทศในระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป ประชาคมอาเซียน และกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ บทบาทและการดำเนินการของกลไกเหล่านี้ มีผลกระทบทำให้บทบาทขององค์กรที่เคยเป็นหลักด้านสุขภาพในระดับโลกและประเทศ คือองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาคและระดับประเทศได้ปรับเปลี่ยนไปจากกลไกที่เป็นระบบอภิบาลโดยรัฐเพียงอย่างเดียว ไปสู่กลไกที่เป็นระบบอภิบาลแบบเครือข่ายหรือแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

5.3 ความเกี่ยวโยงระหว่างงานด้านสุขภาพกับการต่างประเทศ

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพและกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปดังกล่าวมีผลกระทบต่อการสร้างภาพลักษณ์ของประเทศความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การรักษาผลประโยชน์ของประเทศในเวทีโลกส่งผลให้ประเด็นสุขภาพโลกกลายเป็นประเด็นนโยบายต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากการที่หลายประเทศมีการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลกมีการตั้งทูตพิเศษด้านสุขภาพ (Health Ambassadors) มีการตั้งกองสุขภาพโลกในกระทรวงการต่างประเทศ มีการกำหนดตำแหน่งผู้ช่วยทูตด้านสาธารณสุข (Health Attache) ในสถานทูตต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ศักยภาพ ทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาของไทยด้านสุขภาพ ยังได้รับการยอมรับในระดับภูมิภาคและระดับโลกเป็นอย่างสูง ทั้งในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพ การแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะความสำเร็จในด้านการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุนทางสังคมเหล่านี้สามารถระดมมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายด้านต่างประเทศได้เป็นอย่างดี

5.4 การมีสุขภาพที่ดีเอื้อต่อการพัฒนา

เป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ได้ครบวาระในปี พ.ศ. 2558 และประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้ร่วมกันจัดทำเป้าหมายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ซึ่งได้บรรจุประเด็นสาธารณสุขเป็น 1 ใน 17 เป้าหมายที่ครอบคลุมการผลักดันการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขจัดโรคเอดส์ การควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่น ๆ การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น

6. ความจำเป็นของการมีกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

กรอบยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐภาคเอกชนและประชาสังคม เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย และแสดงการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบด้านสุขภาพต่อประชาคมโลก ซึ่งจะส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในสังคมโลก

6.1 ประชาชนไทยและประชาชนในภูมิภาคมีความมั่นคงทางสุขภาพร่วมกัน

เนื่องจากไม่มีพรมแดนขวางกั้นการแพร่ระบาดของโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพ ดังนั้น การร่วมมือพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน จึงส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทยด้วย เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศผ่านเวทีสุขภาพโลก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ สารเสพติด ยาสูบ สุรา สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาหารปนเปื้อนไม่ปลอดภัย รวมทั้งเรื่องหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ไทยลดภาระปัญหาสุขภาพจากแรงงานและคนอพยพข้ามพรมแดน

6.2 ความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะภายในและภายนอกประเทศ

นโยบายการค้าการลงทุนทั้งภาครัฐและเอกชนจากภายในและภายนอกประเทศย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยทั้งทางบวกและทางลบดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีเวทีเพื่อให้นโยบายเหล่านี้มีความสอดคล้องกัน และมีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้า รายได้ของภาคเอกชนและรัฐบาลกับสุขภาพของคนในชาติ ขณะเดียวกันภาคเอกชนของไทยที่ไปลงทุนธุรกิจการค้าและบริการในต่างประเทศย่อมส่งผลต่อสุขภาพของคนในชาตินั้น ย่อมมีความจำเป็นต้องปกป้องสุขภาพของคนในชาตินั้นด้วย เฉกเช่นเดียวกับการปกป้องสุขภาพของคนในประเทศไทย กรอบยุทธศาสตร์นี้จึงเป็นฐานของความร่วมมือภายในประเทศ ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นฐานของความร่วมมือระหว่างประเทศผ่านระบบสุขภาพโลก เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างนโยบายต่าง ๆ กับสุขภาพของประชาชน

6.3 ระบบสาธารณสุขไทยที่เข้มแข็ง สามารถเป็นแบบอย่างที่นำไปปรับใช้ในประเทศ

องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกยกย่องประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าของโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความเป็นธรรมและมีนวัตกรรมทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมและแก้ปัญหาโรคเอดส์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ล้วนแต่ประสบผลสำเร็จด้วยดี แสดงถึงศักยภาพด้านการพัฒนาสิทธิมนุษยชน การส่งเสริมสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ นวัตกรรมและประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งเพื่อ แบ่งปันให้ประเทศอื่นสามารถปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งและเป็นธรรม เพื่อบรรลุสุขภาพดีของคนในภูมิภาค

6.4 การเสริมสร้างเกียรติภูมิและภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในฐานะประเทศที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพต่อประชาคมโลก โดยที่ประสบการณ์และความสำเร็จของระบบสาธารณสุขไทย เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการการศึกษาหลังปริญญาในสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคต่าง ๆ บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชน ได้ถูกเผยแพร่เป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศทำให้ประชาชนในประเทศเหล่านั้นโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านมีสุขภาพดี ซึ่งช่วยยับยั้งโรคติดต่อและโรคระบาดมาสู่ไทย จึงกล่าวได้ว่าประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์กับต่างประเทศ (Health as Foreign Policy Instrument) เพื่อช่วยรักษาผลประโยชน์ของชาติ นอกจากนี้ภาคสาธารณสุขยังได้ร่วมมือกับภาคการทูตและการต่างประเทศในการผลักดันวาระสุขภาพสำคัญต่าง ๆ ในระดับโลกเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพของประเทศไทยและของนานาชาติ (Foreign Policy is

an Instrument to Advocate Global Health Agenda) การแสดงความรับผิดชอบของไทยต่อประชาคมโลกในรูปแบบทั้งสอง ล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีตลอดจนเกียรติภูมิของประเทศอย่างยั่งยืนในเวทีสากล ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ (Foster Global Health Security)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็งยุติธรรม และเป็นธรรม (Stronger Fairer and Equitable Health Systems)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก (Shared International Responsibilities)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้าง ความสอดคล้องของนโยบายสุขภาพโลก (Global Health Policy Coherence)

หลักการ : ความเชื่อมโยง ความสอดคล้อง และเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างนโยบายภายในประเทศ และนโยบายสุขภาพโลก โดยสอดคล้องกับหลักการสากล ได้แก่ หลักการสิทธิมนุษยชน หลักการความมั่นคงของมนุษย์ หลักการคุ้มครองทางสังคม หลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

7. ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ

7.1 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รัฐ เอกชน ประชาสังคม เพื่อดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์

7.2 มีกลไกกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.3 บุคลากรด้านสุขภาพโลกมีความพร้อม ศักยภาพ และมีจำนวนเพียงพอ

7.4 การร่วมมือระหว่างประเทศของหน่วยงานต่าง ๆ สอดคล้อง มีการบูรณาการไปในทิศทางเดียวกัน

7.5 กรอบความร่วมมือทวิภาคี พหุภาคี มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

8. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559 – 2563 ประเด็นยุทธศาสตร์ กิจกรรม

8.1 ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

8.1.1 ลดผลกระทบจากภัยคุกคามและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพระดับโลก

8.1.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและสมรรถนะในการดำเนินการประเมินและป้องกัน โรคระบาดข้ามพรมแดนตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, 2005)

8.1.3 สร้างเสริมศักยภาพอย่างยั่งยืนขององค์กรในการป้องกัน การค้นหา และการตอบโต้ต่อภัยสุขภาพ และภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ ธรรมชาติ และเทคโนโลยี

8.1.4 ส่งเสริมให้เกิดกลไกความร่วมมือในระดับภูมิภาคในเรื่องการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีน โดยเฉพาะยาจำเป็น และยากำพร้า

8.1.5 จัดการผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภูมิอากาศที่มีผลต่อสุขภาพประชาชนไทยและประชากรโลก

8.1.6 ส่งเสริมความร่วมมือด้านสุขภาพมนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม

8.2 เสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรมและเป็นธรรม

8.2.1 เสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานด้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

8.2.2 สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยข้ามพรมแดน ผู้ลี้ภัย ผู้ต้องขัง กลุ่มคนไร้รัฐ กลุ่มคนที่รอพิสูจน์สัญชาติให้เข้าถึงบริการและป้องกันภัยสุขภาพอย่างเหมาะสม

8.2.3 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนที่อาศัยตามแนวชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน

8.3 ส่งเสริมบทบาทนำ และความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก

8.3.1 ผลักดันบทบาทนำของไทยในการพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

8.3.2 สนับสนุนการเผยแพร่นวัตกรรมด้านสุขภาพของไทยให้เป็นที่ยอมรับในเวทีระหว่างประเทศ

8.3.3 ให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขที่ไทยมีศักยภาพแก่ประเทศกำลังพัฒนา เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (Health Diplomacy)

8.4 เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่างประเทศ

8.4.1 สนับสนุนความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะ (Public Policies) กับนโยบายด้านสุขภาพโลก

8.4.2 ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ (Health Impact Assessment : HIA)

8.5 เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรในด้านสุขภาพโลกอย่างยั่งยืนและพัฒนากลไกการประสานงาน

8.5.1 ส่งเสริมการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทย

8.5.2 พัฒนาความร่วมมือและใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก

8.5.3 ปรับโครงสร้างหน่วยงานด้านการต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทย

ระบบบริการปฐมภูมิ

1. นิยามของบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุดโดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งหรือการบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการแบบผสมผสานในบริบทของครอบครัวและชุมชน ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก

2. ความจำเป็นของงานบริการปฐมภูมิ

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์เป็นปัญหาที่พบได้ในหลายประเทศโดยเฉพาะในกลุ่มคนจน ซึ่งการเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็นทางการแพทย์จัดเป็นความอยุติธรรมอย่างหนึ่งของสังคม และมีรายงานการศึกษาหลายประเทศว่าผู้ป่วยที่มีแพทย์ดูแลใกล้ชิดอย่างคุ้นเคยจะทำให้ความถี่ของการไปรับบริการสุขภาพฉุกเฉินลดลงโดยหนึ่งในสามของคนที่ไปรับบริการฉุกเฉินที่สถานพยาบาลจะไม่ได้ผ่านการดูแลจากแพทย์ทั่วไป (General Practitioner, Family Physician, GP) แสดงว่าการบริการการแพทย์ปฐมภูมิที่เข้าถึงง่ายและต่อเนื่องจะช่วยลดความถี่ในการใช้บริการการแพทย์แบบฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นได้ ด้วยเหตุนี้หลายประเทศจึงกำหนดงานบริการปฐมภูมิให้แพทย์ทั่วไปได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วยการลดอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายและค่าเดินทางการศึกษาโครงการ The Family Medicine Group (FMG) Model of Primary Care in Quebec, Canada ใน Canada พบว่าการมี Family Physicians ช่วยลดความถี่ของการไปใช้บริการ Emergency Department (ED) ของผู้ป่วยเบาหวานได้ ในช่วง พ.ศ. 2543-2554 มีการใช้บริการฉุกเฉิน (ED) สำหรับการดูแลอาการแทรกซ้อนของเบาหวาน 2.12 และ 2.25 ครั้งต่อผู้ป่วยเบาหวาน 10,000 คนต่อสัปดาห์ของประชากรในเมืองและชนบทตามลำดับเพื่อให้การบริการปฐมภูมิเป็นการบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถใช้บริการได้ทันทีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในเวลาที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรับการรักษาหรือการขอรับคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพภายใต้ระบบงานบริการปฐมภูมิประชาชนต้องมีความมั่นใจว่า จะได้รับบริการครั้งแรกตามความจำเป็นภายในเวลาไม่เกิน 1 วันจากสถานบริการ นอกจากนี้งานบริการปฐมภูมิทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชนมีความต่อเนื่องไม่ว่าจะอยู่ในช่วงรอยต่อระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ หรือระหว่างสถานบริการระดับต่าง ๆ เพื่อทำให้มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยครบสมบูรณ์สำหรับประมวลเป็นองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ประกอบวิชาชีพจักได้มีประวัติการดูแลสุขภาพและข้อมูลบริบทรอบ ๆ ของผู้ป่วยครบถ้วนจากผู้ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ ที่ให้บริการผู้ป่วย ดังนั้นงานบริการปฐมภูมิจะทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพในเวลาที่ต้องการ และมีความต่อเนื่องของบริการ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการปี พ.ศ. 2548 ของสหรัฐอเมริกา แสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพที่เน้นการบริการปฐมภูมิจะให้ประสิทธิผลและความเท่าเทียมมากกว่า (Greater Effectiveness, Greater Efficiency, and Greater Equity) รวมทั้งประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ เพราะมีหลักฐานการศึกษาทั้งในประเทศอุตสาหกรรมและประเทศกำลังพัฒนาที่ให้ผลลัพธ์ในทำนองเดียวกัน

2.1 คุณลักษณะของการบริการปฐมภูมิ (Primary Care Attributes) ประกอบด้วย

2.1.1 การดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นครั้งใหม่ (Care for New Health Problems)

2.1.2 การป้องกันโรค (Preventive Care)

2.1.3 การส่งต่อการรักษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ (Referrals to Other Health Care Professionals)

2.1.4 เพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการ (Enhanced Access)

2.1.5 เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.2 รูปแบบการให้บริการปฐมภูมิ

การให้บริการปฐมภูมิในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศแคนาดา แต่เดิมมี 2 รูปแบบคือ คลินิกแพทย์ให้บริการสาหรับประชาชนโดยไม่มีการลงทะเบียนสมาชิก การจัดตั้งศูนย์บริการในชุมชน (Community Health Centers) ให้บริการเฉพาะคนในชุมชนและมีการติดตามสุขภาพของประชาชนทางโทรศัพท์ แต่ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดรูปแบบใหม่โดยการนำ 2 รูปแบบเดิมผสมผสานกันเป็น Family Medicine Groups เพื่อให้บริการกับสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนโดยบริการเพิ่มในช่วงเย็นและมีการให้บริการแนะนำด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ บทบาทของหมอครอบครัวในแคนาดา คือ ผู้ให้บริการด่านแรกสำหรับประชาชนที่ประสงค์จะรับบริการ ในระบบบริการสุขภาพ (Gatekeepers Access to Healthcare) และช่วยประสานการส่งผู้ป่วยให้แพทย์เฉพาะทางมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และช่วยลดการให้บริการที่ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย (Overtreatment) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชาชนที่ต้องการบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ (Minor Illness) หรือการตรวจสุขภาพ (Wellness Care) ไปใช้บริการจาก Retail Clinics เพราะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการรอรับบริการ (Appointment Wait Time) และในปัจจุบันรัฐบาลได้จัดบริการปฐมภูมิในรูปแบบ Patient-Centered Medical Home (PCMH) ซึ่งมีบริการปฐมภูมิเป็นแกนกลาง (Core Functions) ของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) คุณลักษณะของ PCMH ได้แก่

2.2.1 การให้บริการรักษาที่ซับซ้อน (Comprehensive Care) ที่ดูแลทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพทางใจที่จำเป็นของประชาชน รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพ การเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบัน Acute Care และโรคเรื้อรัง Chronic Care โดยทีมผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ด้านงานสังคม (Social Workers) นักการศึกษาและผู้ประสานงานการดูแล (Care Coordinators)

2.2.2 การให้บริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered) โดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การเป็นมิตรกับผู้ป่วยและคนในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ตลอดจนวัฒนธรรมและคุณค่าของผู้ป่วยที่มีลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อจักได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ และจัดการดูแลตนเองในระดับที่ผู้ป่วยได้เลือกเอง นั้นคือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นส่วนหนึ่งของทีมให้การดูแลผู้ป่วย (Care Team)

2.2.3 การประสานการดูแลผู้ป่วย (Coordinated Care) ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น การรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง (Specialty Care) โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) การให้บริการในชุมชน (Community Services)

2.2.4 การเข้าถึงบริการ (Accessible Services) โดยเฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน (Urgent Needs) ซึ่งการเข้าถึงสมาชิกของกลุ่มผู้ให้บริการ (Member of The Care Team) มีได้หลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์ การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์

2.2.5 คุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety) ด้วยการตัดสินใจทางคลินิกบนพื้นฐานข้อมูล Evidence-Based Medicine and Clinical Decision-Support Tools และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว

3. ประโยชน์บริการปฐมภูมิ

การให้บริการปฐมภูมิมีประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การเข้าถึงบริการปฐมภูมิช่วยลดอัตราการตายของประชากร ซึ่งมีรายงานการศึกษาสนับสนุนทั้งจากประเทศอุตสาหกรรมและประเทศที่มีรายได้น้อย-ปานกลาง โดยการศึกษาข้อมูล ในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงปี พ.ศ. 2528 – 2538 พบว่าการเพิ่มแพทย์ 1 คนเพื่อดูแลบริการปฐมภูมิสำหรับประชากร 10,000 คน มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการตาย 14.4 คนในประชากร 100,000 คน และช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพที่เนื่องจากทางเศรษฐานะและสังคมของประชาชน

3.2 ประชาชนใส่ใจในสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น จากการศึกษาระดับปัจเจกของประชาชนในประเทศทิเบต พบว่าการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีขึ้น

3.3 ลดค่าใช้จ่ายของการให้บริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ พฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนส่วนใหญ่จะให้ความเชื่อมั่นในการบริการของสถานพยาบาลในระดับสูง จากการศึกษาใน South Africa ช่วงวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2551 พบว่าการที่ผู้ป่วยมาใช้บริการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลใหญ่โดยไม่รับบริการที่โรงพยาบาลท้องถิ่นก่อน เพราะต้องการได้รับบริการจากแพทย์โดยตรง ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณของการให้บริการมีรายงานการศึกษาใน North East Scotland ช่วงกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2555 ว่าการให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ในสถานพยาบาล มีจานวนการใช้บริการประมาณ 18 ล้านครั้ง ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายได้ถึง 1.1 พันล้านปอนด์ ซึ่งเป็นมูลค่าที่สูง ในขณะที่การศึกษาจากฐานข้อมูลของ National Medical Expenditure Survey Reportingปี พ.ศ. 2530 พบว่าการบริการของแพทย์ปฐมภูมิมีต้นทุนประสิทธิผล (Cost-Effective) ที่ดีกว่าแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนี้ผลการประเมินโครงการ Patient-Centered Medical Home ใน Colorado พบว่าในระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ 2 ปี อัตราการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินลดลงอย่างชัดเจน เหลือเพียง 1.4 ครั้งต่อสมาชิกจำนวน 1,000 คน ต่อเดือน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายของแผนกฉุกเฉินลงร้อยละ 13.9

3.4 ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน (Long-Term Care)

3.5 ประชาชนมีความมั่นใจ เชื่อมั่นในแพทย์ที่ให้การรักษาเพิ่มขึ้น เพราะการบริการปฐมภูมิที่มีความต่อเนื่องช่วยทำให้ประชาชนใกล้ชิด และสนิทสนมกับแพทย์มากขึ้น

3.6 การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้คุณภาพการรักษาทางคลินิกดีขึ้น มีรายงานการวิจัยว่าการมี Family Physicians ที่คอยดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 1 ปี ทำให้สามารถควบคุมระดับของความดันได้ดี เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ Public Primary Care Clinics in Hong Kong ในบราซิลเริ่มมีการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวในปี ค.ศ. 1995 ผลการดำเนินงาน 5 ปีพบว่าสุขภาพของชุมชนดีขึ้น โดยเฉพาะอนามัยแม่และเด็กสุขอนามัยของชุมชน

4. ปัญหาของงานบริการปฐมภูมิ

งานบริการปฐมภูมินอกจากจะมีประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของประเทศ แต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาในบางประเด็น เช่น

4.1 ความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการจัดระบบบริการการแพทย์ที่อำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการ ส่งผลให้ภาระงานของแพทย์มีมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการที่ไม่เร่งด่วนฉุกเฉินนอกเวลาทำการ แนวทางการแก้ปัญหาภาระงานของแพทย์ที่เนื่องจากมีการใช้บริการทางการแพทย์จำนวนมาก มีหลายรูปแบบ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ฝึกอบรมให้พยาบาล (Nurse Practitioners) มาช่วยปฏิบัติงานในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อช่วยลดภาระงานที่มากของหมอครอบครัว เช่นเดียวกับใน United Kingdom มีโครงการ Minor Ailments Schemes (MAS) เพื่อแก้ปัญหาการรับบริการของผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าในสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ด้วยการให้บริการทางไกล Tele-Health Service แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

4.2 ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการให้บริการของหมอครอบครัว จากการศึกษาในประเทศอิสราเอล พบว่าหมอครอบครัวสามารถรับรู้ความกังวลของผู้รับบริการเกี่ยวกับความสามารถของหมอครอบครัว เพราะการให้บริการของหมอครอบครัว เป็นด่านแรกที่ต้องให้บริการรักษาโรคต่างๆ ซึ่งมีทั้งโรคที่ไม่ต้องการแพทย์เฉพาะทางและโรคที่ต้องการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง ในประเทศสวีเดนได้มีการทำโครงการให้พยาบาลเป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยการให้ ผู้ป่วยมาพบพยาบาลเป็นระยะๆ ก่อนที่จะถึงวันนัดพบแพทย์ที่รักษา แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ไปรับบริการจากพยาบาล แต่มาพบแพทย์ตามเวลานัด

4.3 การส่งต่อที่ไม่จำเป็น (Unnecessary Referral) เนื่องจากศักยภาพของผู้ให้บริการปฐมภูมิ การศึกษาในอิหร่านพบว่า โครงการหมอครอบครัวมีการส่งต่อที่ไม่จำเป็น

4.4 ความไม่มั่นคงในหน้าที่การงานของบุคลากร (Lack of Providing Job Stability)

5. ตัวชี้วัดแห่งความสำเร็จของระบบบริการปฐมภูมิ

การศึกษาในยุโรปได้ข้อสรุปว่าตัวชี้วัดแห่งความสำเร็จของระบบบริการปฐมภูมิแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 ระดับโครงสร้าง (Structure Level) ได้แก่ การอภิบาล (Governance) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ (Economic Conditions) และการพัฒนาระบบบุคลากร (Workforce Development)

5.2 ระดับกระบวนการ (Process Level) ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) ความซับซ้อนของระบบ (Comprehensiveness, Continuity, and Coordination)

5.3 ระดับผลได้ (Outcome Level) ได้แก่ คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ (Quality, and Efficiency)

6. การใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลสำรวจการใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนทั่วไปของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2550 พบว่าประชาชนประมาณร้อยละ 37.4 จะไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับประเทศไทย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจังหวัดกว่าร้อยละ 50-75 เป็นกรณีการเจ็บป่วยที่สามารถให้การดูแลรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้

สำหรับประเทศไทยภายหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิโดยยกระดับศักยภาพของสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. ได้มีการศึกษาเพื่อประเมินผลการเข้ารับบริการของประชาชน พบว่าประชาชนร้อยละ 21.88 จะเปลี่ยนใจจากการไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่น ๆ มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเปลี่ยนใจจากสถานพยาบาลของรัฐทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 17.07

7. ผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นเสมือนประตูด่านแรกในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเสมอภาคของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและเกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญคือการทำให้ผู้รับบริการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นด้วยต้นทุนที่ต่ำนอกจากนี้การบริการสุขภาพปฐมภูมิยังช่วยในด้านความเสมอภาคทำให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ลดการใช้ทรัพยากรในสถานพยาบาล เพิ่มความร่วม มือในการรักษา ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการมีแพทย์เพิ่มขึ้นในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการดูแลโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายของทารก เป็นต้น

สำหรับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการจัดการโรคเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลของประเทศออสเตรเลียก็ให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ ผู้รับบริการจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นทั้งในโรคไต โรคหัวใจขาดเลือดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจะลดอัตราการนอนในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในประเทศแอฟริกาใต้ ก็มีการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกบริการปฐมภูมิ ซึ่งคลินิกจะทำให้ผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีการจัดกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยด้วย พบว่าผู้ป่วยที่เข้าในโปรแกรมคลินิกบริการปฐมภูมิในระยะ 15 เดือน จะมีระดับน้ำตาลในเลือด (ระดับ HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยลดจากร้อยละ 9.7 เหลือร้อยละ 8.4 ผลลัพธ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome) ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcome) และผลลัพธ์ทางมนุษยธรรม (Humanistic Outcome) ซึ่งการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่สามารถ วัดผลลัพธ์ง่าย และได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเดียวอาจ ไม่เพียงพอในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เนื่องจาก

การตัดสินใจในกิจกรรมใด ๆ ซึ่งมีทรัพยากรที่จากัด จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านต่าง ๆ มาพิจารณาร่วมด้วย เช่น ความเสมอภาค ความพึงพอใจ ค่าเสียโอกาส เป็นต้น หากจะพิจารณาผลลัพธ์ทั้งหมดจะมีข้อจำกัดในการรวมผลลัพธ์เข้าด้วยกัน ซึ่งไม่สามารถนำผลลัพธ์มิติต่าง ๆ รวมกันได้ การลดข้อจำกัดประการหนึ่งคือการประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์แทน เนื่องจากผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์สามารถสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ในมิติอื่น ๆ ได้ในรูปของตัวเงินที่เหมือนกัน

จากอดีตสู่ปัจจุบันสถานบริการระดับปฐมภูมิ และระบบสุขภาพระดับอำเภอมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน และได้รับผลกระทบจากการดำเนินนโยบายต่างๆ ของรัฐบาลที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

8. ผลกระทบจากการดำเนินนโยบายต่างๆ

8.1 คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในอดีตนั้น ค่อนข้างดำเนินงานอย่างแยกส่วนระหว่างการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยที่สถานีอนามัยซึ่งให้บริการในระดับปฐมภูมินั้นขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ สสอ.ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ แต่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งให้บริการทั้งด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทั้ง 2 หน่วยงานนี้มีสายการบังคับบัญชา ไปเชื่อมต่อที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้ว่าราชการจังหวัด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่าง รพช. กับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยมีสถานีอนามัย (สอ.) อยู่ภายใต้การบริหารงานของ สสอ. ด้วยเหตุที่โครงสร้างการบริหารที่แยกขาดกันทำให้การบูรณาการเป็นไปอย่างยากลำบาก และไม่ได้เกิดขึ้นจริงในหลายแห่ง

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีคณะทำงานในระดับอำเภอขึ้นมาเพื่อประสานภารกิจด้านสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุผลตามโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นนโยบายหลักในขณะนั้น โดยกระทรวงสาธารณสุขสั่งการให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (กพ.สอ.) ขึ้น โดยมีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการประสานแผนงานสาธารณสุขระดับอำเภอประสานการปฏิบัติงานรวมทั้งช่วยติดตามและประเมินผลงานสาธารณสุขในภาพรวมของอำเภอ (วรพล หนูนุม, 2548) การดำเนินงานในรูป กพ.สอ. ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เท่าที่ควรจึงนำไปสู่การปรับรูปแบบการทำงานร่วมกันที่เหมาะสม เป็นรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือชื่อภาษาอังกฤษคือ District Health Coordinating Committee : DHCC ซึ่งยังมีอยู่จนถึงปัจจุบันนี้ โดยมีคณะกรรมการได้รับการแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด มีอายุคราวละ 2 ปี (แรกเริ่ม 1 ปี) โครงสร้างประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งท่านใดเป็นประธาน ที่เหลือเป็นรองประธาน สำหรับเลขานุการ/ผู้ช่วยเลขานุการ เลือกจากผู้แทนของ รพช. และ สสอ. ฝ่ายละ 1 คน ในช่วงหลังมีการเพิ่มตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนประชาชนอีกอย่างละ 1 คน ด้วย

สำหรับบทบาทและหน้าที่เฉพาะของ คปสอ. ในขณะนั้นเป็นการประสานงานและติดตามงานเพื่อแก้ปัญหาในระดับอำเภอมีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างแต่ไม่มากนัก ไม่มีการจัดสรรงบประมาณร่วมกัน เนื่องจากงบประมาณได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อย่างชัดเจน จึงเป็นองค์กรทางวิชาการที่ทำหน้าที่ประสานงานร่วมกันเท่านั้น ไม่มีการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนการบริหารจัดการต่าง ๆ ผู้บริหารหน่วยงานก็รับไปดำเนินการต่อ ซึ่งคณะกรรมการ คปสอ. เป็นรากฐานนำไปสู่การก่อเกิดของ CUP Board ในช่วงที่นโยบายสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การปฏิบัติในปี 2545 บทบาทของ คปสอ. ยังคงมีอยู่ถึงปัจจุบันนี้

8.2 ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (2535-2544)

ในช่วงก่อนปี 2535 จากความสำเร็จของการดำเนินยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐานของรัฐบาล ส่งผลให้ประชาชนให้ความสนใจและหันมาใช้บริการสุขภาพจากสถานีอนามัยเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันประเทศไทยกำลังอยู่ระหว่างขาขึ้นของการเติบโตทางเศรษฐกิจ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (2535-2544) ซึ่งครอบคลุมด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนากำลังคน และการพัฒนาคุณภาพบริการ (สุนีย์ วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2539) โดยในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว มีการสร้างสถานีอนามัยใหม่และซ่อมแซมและทดแทนสถานีอนามัยเก่า มีการเร่งผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และทันตาภิบาล เพื่อไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยและมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย เพื่อให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ การพัฒนาสถานีอนามัยในช่วงนี้ส่งผลให้มีจำนวนสถานีอนามัยเพิ่มเป็นจำนวนทั้งสิ้น 9,738 แห่ง ครอบคลุมทุกตำบลในประเทศไทย และทำให้มีกำลังคนด้านอื่น ๆ เพิ่มเข้ามาในระบบบริการปฐมภูมิ คือมีพยาบาลวิชาชีพและทันตาภิบาลเพิ่มเข้ามาในระบบ จากเดิมที่มีเพียงเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและผดุงครรภ์ การใช้บริการของสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นจาก 38 % ของผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2530 เป็น 46.1% ในปี 2543 และในจำนวนกำลังคนที่เพิ่มขึ้น ได้เพิ่มจาก 14,341 คน ในปี 2530 เป็น 27,200 คน ในปี 2539 เป็น 32,017 คนในปี 2542 และเป็น 31,231 คนในปี 2543 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545) แต่มีข้อสังเกตว่าจำนวนกำลังคนของสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลงจาก ปี 2542 ไปยังปี 2543 เนื่องจากประเทศไทยเผชิญกับสภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี 2540 จึงทำให้ต้องลดแผนการผลิตกำลังคนเพื่อสถานีอนามัยลงและประกอบกับรัฐบาลไทยนำนโยบายการจำกัดจำนวนข้าราชการจึงทำให้ไม่มีกำลังคนใหม่เข้าไปทดแทนกลุ่มที่เกษียณอายุและย้ายออก ส่งผลให้กำลังคนของสถานีอนามัยลดลงในปี 2543

8.3 แนวคิดการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ

หลังวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้รับการให้ความสำคัญอีกครั้งหนึ่งโดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศจากผลของวิกฤตเศรษฐกิจ เพราะรัฐมองว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการสุขภาพที่ต้นทุนต่ำและชาวบ้านเข้าถึงบริการได้ง่าย อีกทั้งการเคลื่อนไหวทางสังคมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2540 มีส่วนสำคัญทำให้เกิดนิยามสุขภาพใหม่ที่ก้าวพ้นจากการบริหารจัดการเฉพาะภาครัฐ สู่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาธิป กะทา, 2550) ผลที่เกิดขึ้นทำให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นต้องปรับตัว เพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวการเมืองเรื่องสุขภาพของภาคประชาชน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพปฐมภูมิในหลายพื้นที่ปรับบทบาทการทำงานเรื่องสุขภาพโดยร่วมมือกับองค์กรภาคประชาชนเพื่อมุ่งสู่แนวคิด “สุขภาวะ” หรือ

“สุขภาพองค์รวม” ที่ครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือในอีกแง่หนึ่งได้ขยายขอบเขตการจัดการเรื่องสุขภาพที่พ้นจากกรอบคิดแบบชีวการแพทย์

8.4 นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี 2544 เพื่อกระจายความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของรัฐ ในช่วงต้นของการดำเนินนโยบายรัฐบาลให้ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐบาลได้ โดยร่วมชำระค่าบริการและค่ายาจำนวน 30 บาท ต่อการไปโรงพยาบาล 1 ครั้ง ทำให้นโยบายนี้มีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกประกาศใช้ในช่วงที่ประเทศไทยมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี อยู่ในช่วงวิกฤติหลัง “ฟองสบู่แตก” ไม่นานประชาชนมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประมาณ 1,990 ดอลลาร์สหรัฐ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ,2561) แนวคิดสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพคือแยกผู้ซื้อบริการสุขภาพ (ประชาชน) ออกจากผู้ให้บริการสุขภาพคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นทำหน้าที่บริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพด้วย โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นมาเป็นองค์กรกลางทำหน้าที่บริหารงบประมาณแทนกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้พิจารณาบริการสุขภาพ ที่ประชาชนที่อยู่ภายใต้กองทุนนี้ควรได้รับบริการจากผู้ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชนมีฐานะเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit of Primary Care - CUP) กับ สปสช. แทนสถานีอนามัย (ต่อมาพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล - รพ.สต.) เหตุผลที่ รพช. ต้องทำหน้าที่ CUP แทนหน่วยบริการปฐมภูมิเพราะมีการกำหนดให้คู่สัญญาต้องเป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ประจำจึงมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนที่จะทำสัญญาได้) สำเริง แหยงกระโทก ,2561) CUP จะได้รับการจัดสรรงบประมาณในลักษณะของงบเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. ซึ่งจัดสรรให้ตามจำนวนประชากรที่หน่วยบริการนั้นๆ ต้องรับผิดชอบภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ สถานีอนามัย หรือ รพ.สต. มีบทบาทเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit – PCU) ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการคู่สัญญา สามารถแบ่งลักษณะของ PCU ได้ 5 ประเภท ได้แก่ 1. PCU ที่เป็นสถานีอนามัยเดิม หรือ รพ.สต. 2. PCU ที่ตั้งอยู่ใน รพช. หรือ รพท./ รพศ. 3. PCU ของ รพช. หรือ รพท./ รพศ. แต่ตั้งใหม่อยู่ภายนอกโรงพยาบาล 4. PCU สังกัดเอกชน และ 5. PCU สังกัดสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข โดย CUP มีหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ PCU จัดกิจกรรมการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปฐมภูมิทั้งการให้บริการภายในและภายนอกหน่วยบริการ CUP ที่มีผลงานด้านงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพได้ดี จะได้รับงบประมาณในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก สปสช. เพิ่มมากขึ้น โดยเงินส่วนนี้จะถูกส่งจาก สปสช. ผ่านไปยัง CUP ซึ่งจะส่งต่อไปยัง PCU ของตนเองอีกต่อหนึ่ง นโยบาย สปสช. จึงมีส่วนอย่างยิ่งในการสร้าง แต่ระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้เกิดการบริหารการเงิน

ในด้านตรงข้ามที่เรียกว่าการจัดสรรตามอุปสงค์ หรือความต้องการของผู้ซื้อบริการ เท่ากับเป็นการย้ายอำนาจทางการเงินออกจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยังผู้ซื้อ คือ สปสช. เพราะเงินงบประมาณด้านบริการสุขภาพจะถูกจัดสรรไปยัง CUP ในลักษณะของงบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งในช่วงแรก รวมถึงเงินเดือนของกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละ CUP

แนวคิดหลักในการจัดสรรงบประมาณลักษณะนี้ เพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการจัดสรรงบประมาณรายหัวในปีแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการรวมเงินเดือนจัดสรรในระดับจังหวัด หมายความว่าจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากเมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรจะประสบปัญหาการขาดดุลทางการเงิน เพราะงบประมาณจะถูกนำไปใช้เป็นค่าตอบแทนทางการเงินก่อน ซึ่งจะมีสัดส่วนที่สูงทำให้เหลืองบดำเนินการจริงน้อยลง จึงเกิดปัญหาขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการบริการ ขณะที่จังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มีบุคลากรน้อยแต่ประชากรค่อนข้างมากก็จะมีงบประมาณเกินดุลแต่ปัญหาที่ตามมาคือ เม็ดเงินที่เหลือไม่สามารถนำไปทำให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้นได้เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่มีมาตรการในการจัดสรรกระจายกำลังคนให้สอดคล้องตามไปจนสุดท้ายปีที่สอง กระทรวงสาธารณสุขใช้วิธีการดึงเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวคือเป็นการหักเงินเดือนที่กระทรวงก่อน แทนการหักเงินที่ระดับ CUP เหมือนปีแรกงบประมาณถูกดึงออกจากกระทรวงสาธารณสุขทำให้ CUP สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้เองและหลาย CUP มีงบประมาณมากพอที่จะสามารถนำมาเป็นทุนการศึกษาเพื่อส่งคนเรียนหนังสือและกลับมาทำงานในระบบของโรงพยาบาลตัวเองผลของการจัดสรรเงินงบประมาณรายหัวทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในการผลิตกำลังคน คือ การที่ CUP ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ทุนการศึกษาเด็กนักเรียนในท้องถิ่นไปเรียนสาขาที่เกี่ยวกับการให้บริการปฐมภูมิ โดยมีเงื่อนไขผูกพันให้กลับมาทำงานใช้ทุนในท้องถิ่น หรือใน CUP นั้น ๆ หลังปี 2544 จึงพบว่าบุคลากรปฐมภูมิของประเทศโดยเฉพาะในสถานีอนามัยหรือ รพ.สต เพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการยกระดับสถานีอนามัย และบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพปฐมภูมิของประเทศใหม่ ประกาศใช้ในปี 2552 โดยมีจุดเน้นดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ดำเนินการเชิงรุกมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชน 1. เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลักรวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ 2. บริการอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยตลอดเวลา อาจมีเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยค้างคืน มีบริการแพทย์ฉุกเฉินออกรับผู้ป่วยให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ 3. มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมกับสถานบริการสุขภาพ ในระดับอื่นโดยเฉพาะระดับที่เหนือขึ้นมาทั้งโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบหลักประกันสุขภาพ วัตถุประสงค์สำคัญของนโยบาย รพ.สต. คือการลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้าไปรวมแออัดกันอยู่ที่ รพช. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเน้นการทำหน้าที่ส่งเสริมและป้องกัน มากกว่าการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นหน้าที่หลักของ รพช. เพื่อให้เป็นสถานบริการที่ทำงานเป็นระบบเครือข่ายกับ CUP ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นภายใต้นโยบายนี้กระทรวงสาธารณสุขได้วางยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการกำลังคนด้านปฐมภูมิใหม่ใช้ขนาดของหน่วยบริการเป็นเกณฑ์ แบ่ง รพ.สต. เป็น 3 ขนาดตามจำนวนประชากร

ที่รับผิดชอบ ได้แก่ ขนาดเล็กดูแลประชากรไม่เกิน 3,000 คน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ 5 คน ขนาดกลางรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 6,000 คน ให้มีเจ้าหน้าที่ 7 คน และขนาดใหญ่ดูแลประชากรมากกว่า 6,000 คน ให้มีเจ้าหน้าที่ 9-10 คนมีพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลัก โดยกำหนดให้ทุก รพ.สต. ต้องมีพยาบาลวิชาชีพประจำอย่างน้อยแห่งละ 1 คน แต่นโยบาย รพ.สต. เกิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์ขาดแคลนกำลังคนปฐมภูมิ จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 เพียง 3 ปีก่อนประกาศใช้นโยบาย รพ.สต. พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วยสถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีจำนวนรวม 9,810 แห่ง มีบุคลากรประจำรวม 30,411 คน เฉลี่ยแห่งละ 2.9 คน และสถานีอนามัยจำนวนไม่น้อยต้องดูแลประชากรมากกว่า 5,000 คน ขณะที่ร้อยละ 17 ของสถานีอนามัยต้องรับผิดชอบดูแลประชาชนมากกว่า 10,000 คน (ฑิณกร โนรี, 2552) และประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน คือ 1:1,250 (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558) ในขณะที่นโยบาย รพ.สต.กำหนดให้ทุกแห่งต้องมีพยาบาลวิชาชีพประจำอย่างน้อย 1 คน กลับพบว่าในปี 2549 มีสถานีอนามัยเพียงหนึ่งในสามหรือ 2,968 แห่งเท่านั้นที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้ยังกำหนดเกณฑ์กำลังคนด้านอื่น ๆ ในขณะที่นโยบาย รพ.สต. เรียกร้องให้มีกำลังคนปฐมภูมิในระบบ แต่ในช่วงต้นของการดำเนินนโยบายกลับพบว่าไม่มีการกำหนดแนวทางการผลิตกำลังคนเพิ่ม หรือการสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดและธำรงรักษากำลังคนด้านปฐมภูมิไว้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ตามภาระงานเทียบกับกำลังคนที่มี พบว่าในภาพรวมระดับประเทศ รพ.สต. ยังต้องการพยาบาลวิชาชีพรวมกันถึง 11,239 คน นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 8,053 คน ทันตาภิบาล 4,701 คน และบุคลากรด้านการฟื้นฟูสภาพ 2,471 คน (นงลักษณ์ พะไกยะ และเพ็ญนภา หงษ์ทอง, 2555) นโยบาย รพ.สต. เป็นความพยายามวางระบบเพื่อให้การประสานงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

8.5 นโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System - DHS)

District Health System เกิดจากแนวคิดที่ต้องการส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ ภายใต้ระบบการทำงานสุขภาพที่ทุกภาคส่วนในพื้นที่ระดับอำเภอทำงานร่วมกัน บูรณาการทรัพยากรเข้าด้วยกัน เป็นที่ยอมรับร่วมกันว่าปัญหาสาธารณสุขมีหลายด้านที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงลำพัง แต่เป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาร่วมมือกันทำงานโดยมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน การรักษา และฟื้นฟู เข้าด้วยกัน เน้นการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนเพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนผู้รับบริการ มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่

หัวใจสำคัญของ DHS คือการทำงานเป็นทีมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับอำเภอและตำบล รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาสังคม ที่ทำงานร่วมกันในการจัดบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพภาวะในชุมชน ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของชุมชน

อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนาสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล, 2560) โดยผู้นำเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอจะร่วมกันกำหนดทิศทางนโยบายและเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอรวมถึงมีการร่วมกันออกแบบจัดการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมถึงมีกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ไร้รอยต่อ กระบวนการขับเคลื่อนการทำงานของ DHS ประกอบด้วย 1. การมีส่วนร่วม (Participatory) เริ่มจากการรวมทีมแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย 2. การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ในการประสานงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้วยกลวิธีที่เรียบง่ายผ่านกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 3. กระบวนการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning & Sharing) ด้วยการจัดการความรู้ และ 4. การลงมือปฏิบัติจริง (Action & Development) จนนำสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล ,2557) DHS ทำให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ด้านที่ทำให้เครือข่ายและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการทำงานเพื่อยกระดับการพึ่งตนเองในระดับอำเภอและสามารถออกแบบกระบวนการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในอำเภอได้และเป็นการเปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีอำนาจหน้าที่รวมถึงทรัพยากรหลายประการที่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีและภาคประชาสังคม เช่น องค์กร หรือกลุ่มก้อนของภาคประชาชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงสถาบันศาสนา เช่น พระ และวัด เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพของชุมชนตนเองได้หลายพื้นที่มีผลของการดำเนินนโยบาย DHS ค่อนข้างดี แรงสนับสนุนจากเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุขทำให้สามารถขับเคลื่อนงานสาธารณสุขได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาชิ้นหนึ่งซึ่งศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินนโยบาย DHS ในจังหวัดพะเยา (Routine to Research, 2561) พบว่า DHS ทำให้ประชาชนในแต่ละอำเภอได้รับการดูแลด้านสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น อำเภอเมือง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการให้มีสภาพการดำรงชีพที่เหมาะสม มีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ,อสม., องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง รพ.สต. เขตอำเภอเชียงคำเน้นไปที่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ อำเภอแม่ใจเน้นการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุเพื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุด้วยกัน จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอดอกคำใต้ พัฒนาระบบงานควบคุมวัณโรค โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นข้อมูลและวางแผนร่วมกันในชุมชน อำเภอจุน พัฒนาระบบสุขภาพวัยรุ่นที่ยั่งยืนโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการพัฒนาบุคลากรและแกนนำให้คำปรึกษา อบรมให้ความรู้แกนนำนักเรียน เป็นต้น ไม่พบว่ามีการประเมินผลความสำเร็จของ DHS ในระดับประเทศ แต่ ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล (2557) ศึกษาระบบ DHS ในจังหวัดสกลนครและพบว่าปัจจัยความสำเร็จของในการดำเนินนโยบายนี้ของจังหวัดสกลนคร ได้แก่

8.5.1 ต้นทุนเดิมของอำเภอเช่น ต้นทุนด้านทรัพยากรบุคคล และความสามารถของอำเภอในการการบูรณาการต้นทุนเหล่านั้น

8.5.2 โครงสร้างและบทบาท แม้จะเป็นการทำงานแบบให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม แต่ยังต้องมีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทของคณะทำงานใน DHS ให้ชัดเจน

8.5.3 ต้องมีการรับรู้แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

8.5.4 มีการสนับสนุนเพื่อตอบสนองนโยบายและปัญหาสุขภาพของพื้นที่

8.5.5 มีการสนับสนุนด้านคน เงิน เทคโนโลยี

8.6 โครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster – PCC)

โครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster – PCC)

PCC เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกออกแบบมาเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิเพื่อให้มีฐานที่มั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ ดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิและเพื่อให้บริการสุขภาพเป็นไปตามลำดับคือประชาชนรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน แล้วจึงมีการส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับ ทั้งนี้แม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องแต่ประชากรส่วนใหญ่ยังคงไปรับบริการที่หน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิเลย โดยไม่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่เชื่อมั่นในบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ยศ ตีระวัฒนานนท์, 2561) PCC จึงถูกออกแบบมาเพื่อปิดช่องว่างตรงนี้โดยใช้กระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นนกระบวนการหลัก (โสภณ เมฆธน, 2561) กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมของสหวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม รายละเอียดบุคลากรต่อหนึ่งทีม ดังแสดงในตาราง 2-5 เน้นให้บริการทุกคน ทุกช่วงวัย ทุกอย่าง ทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นการทำงานเชิงรุก เน้นการดูแลแบบองค์รวมมากกว่าการมุ่งรักษาพยาบาล

PCC จึงเป็นนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาบริการปฐมภูมินโยบายแรกที่มีการจัดสรรแพทย์ลงสู่บริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติวันที่ 7 สิงหาคม 2559 ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (4) ด้านอื่นๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข (ยศ ตีระวัฒนานนท์, 2561) โดยผลที่คาดว่าจะเกิดจากการดำเนินนโยบาย PCC คือจะช่วยให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ได้แก่ส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้แข็งแรงให้ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถคัดกรองโรคเรื้อรังซึ่งหากตรวจพบก็จะสามารถดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็วทำให้สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกของโรคได้ นอกจากนี้ยังทำให้ประชากรที่เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ สามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้ โดยไม่ต้องไปรับบริการในหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและค่าใช้จ่ายของประชาชนลงได้ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว ทำให้สามารถชะลอการดำเนินไปของโรค (Progression) หรือลดอาการแทรกซ้อน (Complication) ของโรคลงได้ นอกจากนี้ การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิผ่านระบบ PCC จะช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ รวมถึงเพิ่มความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการและสถานะทางสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย

กล่าวโดยสรุปว่าทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการมุ่งสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในประเด็นหลัก ๆ ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการระดับปฐมภูมิให้สามารถให้บริการให้บริการครอบคลุมประชากรทุก ๆ กลุ่ม และอย่างมีคุณภาพ

ประเด็นที่ 2 กำลังคน มีการเพิ่มกำลังคนเข้ามาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านจำนวนและประเภท โดยจะเห็นว่าเมื่อกว่า 30 ปีก่อนผู้ให้บริการจะมีเพียงเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและผดุงครรภ์เท่านั้น ต่อมานโยบายต่าง ๆ ได้เพิ่มจำนวนคนมากขึ้น และประเภทกำลังคนใหม่ ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการมากขึ้น ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติ ทันตาภิบาล แพทย์แผนไทย และในนโยบายล่าสุดเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ประเด็นที่ 3 การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการทำงานของสถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้เป็นระบบหนึ่งเดียวกัน มีระบบการทำงานร่วมกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน ผ่านนโยบายต่าง ๆ ได้แก่ คป.สอ, CUP และ PCU ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, DHS และ PCC

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง แต่หลายพื้นที่ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย สภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานยังคงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทั้งในด้าน ปริมาณ ทักษะ และการจ้างงาน ทั้งนี้ แม้ที่ผ่านมากำลังคนจะเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่การพัฒนาด้านนี้ก็ยังไม่ทันความต้องการบริการและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ตลอดถึงข้อจำกัดของงบประมาณของแต่ละพื้นที่ส่งผลให้การแก้ปัญหากำลังคนเป็นไปได้อย่างลำบาก

1. ความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) เป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ หากระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งย่อมจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศทั้งภาครัฐและภาคประชาชน

ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของการจัดบริการปฐมภูมิยังมีข้อจากัดขาดการสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเต็มศักยภาพเนื่องจากมีปัญหาหลายประการ เช่น ความไม่ต่อเนื่องระดับนโยบาย ขาดแผนยุทธศาสตร์หลักและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ขาดแคลนกำลังคนที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ รวมทั้งขาดการลงทุนด้านการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีสภาพและขีดความสามารถเหมาะสมกับการให้บริการทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท การจัดทำแผนพัฒนาบริการปฐมภูมิได้มีการจัดทำแผนการพัฒนาอย่างเป็นระบบและจริงจังในปีงบประมาณ 2535 โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2534 เห็นชอบโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ซึ่งโครงการดังกล่าวเป็นโครงการระยะสั้นและระยะยาว ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 (2535-2544) โดยมีเป้าหมายการปรับปรุงและขยายความครอบคลุมด้านโครงสร้างทั้งการก่อสร้างสถานีอนามัยแห่งใหม่ การปรับปรุงสถานีอนามัยเดิมและการพัฒนากำลังคน เพื่อให้

มีคนที่เพียงพอในการจัดบริการในสถานีอนามัย เช่น การเพิ่มการผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (พนักงานอนามัย) การเพิ่มการผลิตพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น (พยาบาลเทคนิค) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) เพื่อให้การจัดบริการระดับปฐมภูมิกระจายครอบคลุมในทุกพื้นที่และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในปี 2550-2554 ได้จัดทำ "แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่ระบบสุขภาพชุมชน" ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายวิชาชีพ กำหนดภาพที่พึงประสงค์และแผนยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างสอดคล้องกับบริบท ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรที่หลากหลายสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริบทของพื้นที่ ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ที่ 5 สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในแผนยุทธศาสตร์ได้มีการกำหนดแผนกำลังคนและมีข้อเสนอในด้านกลยุทธ์ไว้หลายด้าน ซึ่งต่อมาได้มีการดำเนินการบางส่วนแต่ยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมทั้งหมด ต่อมาได้มีการปรับโครงสร้างสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีความครอบคลุมในการบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเน้นให้มีการบริการเชิงรุกในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้สามารถให้บริการได้ครอบคลุมภารกิจตามที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการพัฒนาแผนกำลังคนเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โดยเน้นที่การขยายการผลิตบุคลากรด้านทันตาภิบาล และพยาบาลเป็นหลัก

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยภาพรวมของประเทศ ซึ่งภาคส่วนต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนให้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิยังไม่เด่นชัดมากนัก และสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า การจัดระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย มีการให้บริการที่มีความแตกต่างกันตามระดับพื้นที่ ซึ่งหลายแห่งพบว่าเน้นการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มโรคพื้นฐาน (Primary Medical Care) เช่น การจัดบริการศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสม.) และการจัดบริการศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีแพทย์ให้การตรวจรักษา แม้การดำเนินงานของทั้งสองพื้นที่จะมีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคด้วย แต่พบว่า ยังขาดความเชื่อมโยงกับการบริการในชุมชน และการเชื่อมต่อการจัดบริการในระดับที่สูงขึ้นกับของโรงพยาบาลที่รองรับการส่งต่อส่วนการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการจากสถานีอนามัยมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเน้นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นการเน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากกว่าการรักษาพยาบาลในที่ตั้ง แต่ยังขาดความชัดเจนในระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบเป็นองค์รวมและความต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบกับการขาดการจัดการด้านกำลังคนที่ชัดเจน เช่น การแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัว ได้มีการพยายามขับเคลื่อนเพื่อผลักดันในระดับนโยบาย โดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ที่มุ่งเน้นบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ คือ 1. การให้บริการสุขภาพ 2. บุคลากรสุขภาพ 3. สารสนเทศสุขภาพ 4. ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีทางสุขภาพ 5. การเงินการคลังสุขภาพ 6. ภาวะผู้นำและการอภิบาลโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ครอบคลุม เป็นธรรมและสามารถปกป้องการล้มละลายทางการเงินจากการเจ็บป่วยสำหรับการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นไป นับว่ามีความสำคัญและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศเป็นอย่างยิ่ง โดยในร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยของคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ ซึ่งต่อมาผ่านประชามติและประกาศใช้เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 257 กำหนดว่าการปฏิรูปประเทศต้องดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย 2. สังคมมีความสงบสุข เป็นธรรมและมีโอกาสอันทัดเทียมกันเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำและ 3. ประชาชนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการปกครองในระบบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข โดยได้บรรจุประเด็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไว้ในมาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผล 5. ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมดังนั้น เพื่อให้มีทิศทางและแผนการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน รองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) สู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. 2560-2569) รองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ขึ้น เพื่อเป็นกรอบทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีเป้าหมายและมาตรการที่ชัดเจน รวมทั้งมีแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกพื้นที่ และทุกคนได้รับบริการด้านสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่มีคุณภาพแบบบูรณาการเป็นองค์รวม คือการจัดให้มีการปรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญเป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนในสัดส่วน 1 ทีมต่อประชากร 10,000 คน เรียกว่า คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

2. ความหมายและความสำคัญของกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ความหมายของกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หรือคลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการดูแลแบบประจำและต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรร่วมกันอาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือจัดตั้งขึ้นใหม่เสริมให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัว ซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานและมีการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน จึงกำหนดให้กลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) 1 Cluster ให้การดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน โดยมีทีมหมอครอบครัว 3 ทีม เป็นผู้รับผิดชอบในลักษณะเครือข่ายสหวิชาชีพที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสาขาอื่น ๆ ร่วมกันดำเนินงานหลักการจัดบริการปฐมภูมิโดยทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่งที่ใช้ปรัชญาการดูแลสุขภาพอนามัยและรักษาการเจ็บป่วยของบุคคล โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างรอบด้าน โดยหลักสำคัญของการดูแลประชาชนและผู้ป่วยตามศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัว มีดังนี้

2.1 Primary Medical Care หรือ Care on First Contact Basis การดูแลแต่แรกทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลในขั้นต้นในชุมชน โดยการเข้าถึงบริการได้ตามมาตรฐาน มีการดูแลอย่างใกล้ชิด

2.2 Holistic Care หรือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลคนไม่ใช่ดูแลโรคที่มองผู้ป่วยเพียงมุมมองเดียวเฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) แต่ต้องมองผู้ป่วยทุกมิติที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม บุคคลครอบครัวและชุมชน (Bio Psycho Social Spiritual) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำทีมในการดูที่มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic Sensibility) โดยปรับทัศนะที่มองแบบแยกส่วนมาเป็นการมองชีวิตแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน

2.3 Continuing Care เป็นการดูแลต่อเนื่องทุกระยะ ตั้งแต่พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นหาความเสี่ยงของภาวะความเจ็บป่วย การดูแลจนถึงระยะสุดท้ายจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคน รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวที่มีความเข้าใจ จนก่อเกิดความไว้วางใจ ความศรัทธาและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

2.4 Comprehensive Care เป็นการดูแลครอบคลุมผสมผสานครบถ้วนทุกด้านตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง การป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรคและการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีการให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ วิธีการปฏิบัติตัว การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2.5 Consultation and Referral System มีระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติสามารถขอรับคำปรึกษาได้อย่างใกล้ชิดตามปัญหาการเจ็บป่วยของทุกกลุ่มวัยทุกกลุ่มโรคมีการให้คำแนะนำก่อนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงทำหน้าที่เชื่อมประสานการส่งต่อไปรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีระบบรองรับที่ชัดเจน พร้อมทั้งการติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง องค์ประกอบของกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เป็นการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยึดเป้าหมายการดูแลประชากรเป็นหลัก โดย 1 กลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (1 Primary Care Cluster) อาจจะประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ 1-3 หน่วย ดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่โดยยึดเป้าหมายการดูแลและการเข้าถึงบริการของประชาชนเป็นสำคัญ ในกรณีพื้นที่เขตเมืองสามารถจัดบริการร่วมกับหน่วยงานของรัฐอื่น เช่น มหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ส่วนในพื้นที่ที่มีประชากรเบาบางอาจจัดรวมหน่วยบริการเดิม เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ รูปแบบการจัดกลุ่มเครือข่าย สามารถมีความหลากหลายตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายการให้บริการปฐมภูมิคือเพิ่มการเข้าถึงบริการ เกิดการดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่และครบถ้วนทุกมิติการให้บริการรวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักการที่เหมาะสมกับการจัดบริการปฐมภูมิเพราะเป็นจุดบริการที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนและประชาชนมากที่สุด โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่การรักษาโรคเพียงอย่างเดียว มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยมีบุคลากรที่มีทักษะทางวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลเป็นทีม มีการดูแลเชื่อมโยงไปถึงสภาพแวดล้อม ปัจจัยการเกิดโรคอย่างรอบด้านมีการจัดบริการครบทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค มีระบบเชื่อมโยงการรักษาพยาบาลตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless service) มีการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาล ถึงชุมชนและที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และการแพร่กระจายติดต่อผู้อื่นการจัดบุคลากรให้บริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีความยืดหยุ่นและสามารถบริหารจัดการกำลังคนได้ จึงกำหนดรูปแบบการจัดทีมงานเป็นทีมหมอครอบครัวให้บริการในกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยใน 1 ทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชน 10,000 คน จะประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว/พยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลวิชาชีพ 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน ทันตาภิบาล 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน และเมื่อรวมเป็นเครือข่ายบริการดูแลประชาชน 30,000 คน จัดให้มีวิชาชีพเพิ่ม ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และนักกายภาพบาบัด 1 คน โดยทีมหมอครอบครัว มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลประชาชนในความรับผิดชอบอย่างใกล้ชิด ยึดหลัก “บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” เป็นทีมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทุกมิติ การบริการสุขภาพใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลความเจ็บป่วย (illness) มากกว่าการดูแลเฉพาะโรค (Disease) การให้คำปรึกษาแนะนำให้เกิดความเข้าใจเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการจัดระบบข้อมูลข่าวสารการสร้างช่องทางการสื่อสาร การออกแบบระบบบริการและระบบสนับสนุนต่าง ๆ โดยเป็นการวาง

แผนการดำเนินงานร่วมกันของทีมหมอครอบครัว รวมทั้งร่วมกันทางานเชิงรุกในชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนร่วมด้วย

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มจัดทำโครงการนำร่องคลินิกหมอครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 48 ทีม ใน 16 จังหวัด ในทุกเขตสุขภาพ 12 เขต และดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 548 ทีม รวมเป็น 596 ทีมในทุกจังหวัด ขณะเดียวกันกรุงเทพมหานคร (กทม.) ได้เริ่มโครงการนำร่องใน 4 เขต ของ กทม. โดยเป็นการดำเนินการในรูปแบบความร่วมมือระหว่าง กทม. โรงพยาบาลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายจะดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศใน 10 ปี รวม 6,500 ทีม แต่มีความขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างมากในประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเร่งรัดการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มและในระยะสั้นเพื่อให้สามารถให้บริการคลินิกหมอครอบครัวได้ตามเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จัดให้มีการอบรมระยะสั้นให้แก่แพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น ให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และรับผิดชอบดำเนินงานในคลินิกหมอครอบครัวร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) จำนวน 6,500 ทีม มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม ในสัดส่วน 1 ทีมต่อประชากร 10,000 คน ดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2569 เป้าหมายดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2559	จำนวน 48 ทีม ใน16 จังหวัด ใน 12 เขต
ระยะที่ 2 พ.ศ. 2560	จำนวน 424 ทีม ครอบคลุมทุกจังหวัด
ระยะที่ 3 เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2564	จำนวน 3,250 ทีม
ระยะที่ 4 เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2569	จำนวน 6,500 ทีม

ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศวัตถุประสงค์หมอครอบครัวคือทำอย่างไรให้ประชาชนที่ดูแลไม่ป่วย หากป่วยเล็กน้อย ประชาชนจะดูแลตนเองอย่างไร หากจำเป็นทีมหมอครอบครัวจะดูแลรักษาอย่างไร หากเจ็บป่วยมากจะส่งต่ออย่างไรและจะรับกลับมาดูแลต่ออย่างไร โดยทีมต้องวางแผนการดูแลใหม่รวมกับชาวบ้านได้เพื่อให้ “งานสบาย ชาวบ้านสะดวก ลดความซ้ำซ้อน ลดเวลา” เป้าหมายสุดท้าย ประชาชนต้องมีสุขภาวะที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้

3. ผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ

ผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับการดูแลครบทุกมิติในคลินิกหมอครอบครัว ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว ประชาชนจะมีระบบสุขภาพที่ดีมีมาตรฐานในกลุ่มต่าง ๆ เช่น การให้บริการที่เป็นองค์รวม ทำให้ประชาชนสุขภาพดี เช่น

3.1 การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลการตั้งครรภ์ (ANC) ใกล้บ้านด้วยหมอและพยาบาลคนเดิมสามารถตรวจความผิดปกติได้รวดเร็ว มีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว พบผู้เชี่ยวชาญตรงสาขาที่เป็นปัญหาของประชาชน

3.2 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) ที่มีคุณภาพ มีการคัดกรองสามารถลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การรักษาโรคที่ดี สามารถควบคุมได้ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง ตาบอด หรือมีปัญหาเป็นแผลที่เท้า เป็นต้น

3.3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้กลับมาช่วยตัวเองได้และป้องกันผู้สูงอายุรายอื่น ๆ ไม่ให้เข้าสู่ภาวะต้องพึ่งพิง

3.4 การตรวจสุขภาพและระบบข้อมูลส่วนบุคคล Personal Health Record (PHR)

3.5 ระบบข้อมูลของคลินิกหมอครอบครัว Data Center

3.6 ระบบให้คาปรึกษา ให้ความรู้แก่พี่น้องประชาชน ประชาชนมีภูมิรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้วยการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ Line กรุ๊ป อบรมจัดตั้งอาสาสมัครประจำครอบครัว

3.7 มีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้โปรแกรมเช่น Thai Refer หรือ Refer Linkโปรแกรมรับคนไข้จากโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น โปรแกรม Continuous of Care (COC)

3.8 และเป็นพื้นฐานรองรับกิจกรรมด้านบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี

การบริการในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวจะเกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดุจญาติมิตรเป็นการทำความดีสร้างความผูกพัน ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อระบบสาธารณสุขและการจัดรูปแบบบริการที่เป็นองค์รวมทุกมิติของสุขภาพนี้จะสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ (Self Management) ของคนทุกกลุ่มคนทุกวัยจนเกิดเป็นการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป

4. นโยบายคลินิกหมอครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลพยายามแก้ไขปัญหาการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยสถานพยาบาลขนาดใหญ่ก่อให้เกิดความแออัด ใช้เวลาในการรับบริการนานเกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ความไม่พึงพอใจในการรับบริการของประชาชน ด้วยการดำเนินนโยบาย คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) ซึ่งเป็นระบบบริการที่กำหนดให้มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คน ต่อหนึ่งทีม โดยมอบหมายพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2559 หมวดเรื่องการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ระบุให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว จะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแล แบบใกล้บ้านใกล้ใจนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งอาศัยศาสตร์ของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในสัดส่วนต่อประชากรที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริการด้านสุขภาพได้ทุกกลุ่มวัย ทุกมิติสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการสุขภาพ หรือในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีช่วยในการดูแลเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา นโยบายคลินิกหมอครอบครัวได้เริ่มดำเนินการตามร่าง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2559 และมีเป้าหมายในการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศภายใน 10 ปี รูปแบบของคลินิกหมอครอบครัวจะมีการจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิแบบต่าง ๆ คือ แบบหน่วยบริการเดี่ยว (ประชากรมากกว่า 30,000 คน/แห่ง) แบบรวมหน่วยบริการ (มีประชากรน้อยกว่า 20,000 คน แต่สามารถรวมกลุ่มที่มีพื้นที่ติดต่อกันเพื่อให้ได้จำนวนประชากรประมาณ 30,000 คน) หรือแบบมีหน่วยบริการเอกชนร่วมจัดบริการ หรือหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้ให้บริการสามารถเลือกจัดเครือข่ายได้หลากหลายรูปแบบเพื่อให้สามารถบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถดำเนินการได้ทั้งในระดับบุคคล (Personal Care) ครอบครัว (Family Care) ชุมชน (Community Care) หรือประชากร (Population Care) ทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลพี่น้องประชาชน 10,000 คน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน ทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ โดยทันตแพทย์และเภสัชกรหนึ่งคนดูแลประชากร 30,000 คน ดังนั้นต้องร่วมทีม 3 ทีม กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้นเขตเทศบาลซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลจึงจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล

5. บทบาทคลินิกหมอครอบครัว

ระบบการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวจะมุ่งเน้นแนวคิด บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ซึ่งบริการทุกคน คือ ดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ บริการทุกอย่าง คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค บริการทุกที่ คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกโดยการให้บริการที่บ้านพักของผู้ป่วยหรือประชาชนและในชุมชน บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี คือให้คำปรึกษาประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องสุขภาพต่าง ๆ ทั้งการป้องกันและรักษา

6. การบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว

เน้นองค์ประกอบที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก 6 ประการคือ

6.1 ระบบบริการที่ดูแลแบบองค์รวมที่รับผิดชอบประชาชนเป็นการประจำ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายจัดทีมหมอครอบครัวทั้งหมด 6,500 ทีม ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศภายในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2569)

6.2 บุคลากรวางแผนกำลังคนทั้งทีมเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล เป็นส่วนที่เพิ่มเติมจาก FTE ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยใช้แผนกำลังคนตามสัดส่วนประชากรที่ได้วางไว้แล้ว การจัดหาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกันผลิตผู้เชี่ยวชาญให้ได้จำนวน 6,500 คนภายใน 10 ปี ระยะแรกรับสมัครแพทย์ที่เกษียณอายุราชการและอบรมระยะสั้นเพื่อเข้าเป็นทีมหมอครอบครัว ปีละ 120 ถึง 150 คน ระยะที่สองเป็นการฝึกอบรมโดยใช้ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และได้รับการรับรองมาตรฐานจากราชวิทยาลัย ระยะยาวจะมีการผลิตแพทย์จากผู้ปฏิบัติงานที่จบปริญญาตรีในกระทรวงสาธารณสุข

และการเรียนการสอนแบบใหม่ ที่ให้นักศึกษาแพทย์ได้รับความรู้จากการเรียนในระดับอำเภอ พร้อมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ระบบแรงจูงใจเพื่อให้มีผู้มาปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว โดยการเพิ่มค่าตอบแทนหรือเงินเพิ่มพิเศษอื่น ๆ ตามนโยบายเราเน้นให้มีแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสาขาระบาดวิทยา ให้ได้รับค่าตอบแทน พตส. มากกว่าสาขาอื่น ๆ

6.3 การเงินการคลัง จัดงบสนับสนุนให้อยู่ในเงินรายหัวจากสานักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มเติมจำนวน 100-200 บาทต่อประชากร การบริหารจัดการ ยังคงให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารจัดการ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการเช่นเดิมและถ้าได้ผลงานตามเป้าหมายกำหนดให้เลื่อนขึ้นเป็นชำนาญการพิเศษได้ (ต้องทำแผนขออนุมัติจาก กพ. โดยยกเว้นไม่ต้องหาตำแหน่งมายุบ) การแยกบริหารแบบ CUP Split ต้องดูความเป็นไปได้และความยั่งยืนของระบบจัดงบลงทุนสนับสนุนเพื่อซื้อครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ตามความจำเป็น

6.4 ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี ให้เป็นระบบยาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย มีระบบให้คาปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย

6.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาและวางนโยบายตลอดจนการติดตามประเมินผลทั้ง 43 แฟ้มและระบบ PHR

6.6 ความเป็นผู้นำและธรรมาภิบาล ต้องมีความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมและพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้คลินิกหมอครอบครัวมีความยั่งยืนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีระบบบริหารจัดการแบบประชารัฐ การบูรณาการ ภายในกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการอื่นและภาคประชาชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศักรินทร์ ทองภูธรณ์ (2553 : 96-98) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมซึ่งประยุกต์มาจากเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าคะแนนผลการประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นพื้นที่ทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน สูงกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างชัดเจน

สมชาย ยอดดี (2554) ได้ศึกษาผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร พบปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมและความเข้าใจในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และได้มีข้อเสนอแนะไว้ว่า คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบทบาทคณะกรรมการงบประมาณและการจัดหางบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังนั้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคณะกรรมการจึงควรเน้นสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องบทบาทและการบริหารจัดการ เพื่อเสริมสร้างพลังชุมชนและการส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการระดมทุนหรืองบประมาณเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่

วินัย ลีสมิทธิ์ (2555) ได้ทำการศึกษา รูปแบบ แนวทาง ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศที่ใช้ศึกษาทั้งหมด 8 ประเทศได้แก่อังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา สวีเดน นอร์เวย์ เกาหลี และไต้หวัน ซึ่งทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐสนับสนุนในรูปแบบระบบสุขภาพแห่งชาติ (national service system หรือ national service insurance) วัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบด้วย ข้อแรก เพื่อศึกษาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ด้าน หลักการและแนวคิด โครงสร้างองค์กร บทบาท หน้าที่ของเขตสุขภาพ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างองค์กรต่าง ๆ รวมถึงกลไกในการกำกับติดตาม และผลกระทบเชิงผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม ข้อสุดท้ายเป็นการสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบและศึกษาเพิ่มเติมในประเทศไทย วิธีการศึกษาใช้การสืบค้นจากหนังสือวิชาการ วารสาร และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

เบญจวรรณ ผิวผ่อง (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้เทคนิค ORID และใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม(Technology of Participation: TOP) ของสถาบันพระปกเกล้ามาเป็นรูปแบบในการจัดกระบวนการ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 58 คน พบข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคือ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ควรสร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตามองค์ประกอบการดำเนินงานของกองทุนและควรนำมากำหนดเป็นวิสัยทัศน์ และพันธกิจของกองทุน การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนตามบริบท วิถีชีวิต สภาพของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกองทุนได้ดียิ่งขึ้น และควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานกองทุนเพื่อเป็นที่ทำการของกองทุนที่ชัดเจนและเป็นแหล่งเรียนรู้ได้

สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี (2557) ได้ทำการศึกษากระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพะเยาเพื่อศึกษา การพัฒนาศักยภาพ และรูปแบบในการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอำเภออย่างมีเอกภาพในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตามสภาพปัญหาบริบทในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) และการประเมินผลโดยนำแนวคิดการประเมินผลแบบ CIPP Model ในขั้นตอนการดำเนินงานตามโครงการกิจกรรมและกระบวนการ บริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพอำเภอในกลุ่มตัวอย่าง ระบบสุขภาพอำเภอจำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดำเนินการตำบลจัดการสุขภาพในปีงบประมาณ 2556 พบว่า การเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายปฐมภูมิระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับอำเภอในบริบทของพื้นที่ โดยมีการพัฒนาตนเองด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างผสมผสาน ด้านทรัพยากร บุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Team) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามเกณฑ์การประเมินบันได 5 ขั้นและมีประเด็นสุขภาพในการขับเคลื่อนระบบ (One District One Project) พัฒนาและแก้ไขปัญหา

สาธารณสุขในพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียวกันไม่แยกส่วน การพัฒนา ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนและพร้อมที่จะพัฒนาสู่อำเภอ สุขภาวะในอนาคตภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมามีจุดอ่อนสำคัญคือ ขาดความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบของระบบบริการทุติยภูมิ ปฐมภูมิรวมทั้งสุขภาพองค์รวมในบาง CUP ดังนั้นในปี 2556 จังหวัดพะเยาได้ดำเนินการพัฒนาสาขาบริการ บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวมให้มีความเชื่อมโยงกัน ผ่านการพัฒนากลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และคณะกรรมการแผนพัฒนา Service Plan ระดับจังหวัด

โอภาส การย์กวินพงศ์ (2561) ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจนคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 หรือผู้สูงอายุ ราว 16 ล้านคน ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หัวใจ เบาหวาน ความดันโรคหิตสูง สมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นประมาณ 3.5 เท่า เป็น 228,482 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2565 และเกิดความแออัดในการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การจัดการปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องเน้นการจัดการสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้พื้นที่เป็นศูนย์กลางเน้นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและเชื่อมโยงกัน การจัดการระบบหมอครอบครัวที่เน้นการกระจายระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเชิงรุก สู่ประชาชนคนไทยทุกคนโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนต่อประชาชน 10,000 คน ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ จะเป็นกลไกหลักในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายจะดำเนินการให้มีทีมคลินิกหมอครอบครัว 6,500 ทีม ดูแลความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย 65 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2570 ให้สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพในภาวะสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

พงษ์ศักดิ์ นาต๊ะ และคณะ (2561) ระบบสุขภาพชุมชนเป็นอุดมการณ์ทางสุขภาพของประเทศไทยที่มีแนวคิดพื้นฐานจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิเป็นการรื้อฟื้นแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานขึ้นมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทสุขภาพในปัจจุบัน การบูรณาการเป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพชุมชนในลักษณะการทำงานร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้นของระบบ ดังนั้นแล้ว ระบบสุขภาพชุมชนสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ และการบูรณาการจึงมีความสัมพันธ์กันในเชิงคุณค่า ที่จะทำให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและเป็นสังคมสุขภาวะซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพชุมชน การบูรณาการในระบบสุขภาพ หมายถึง การรวมเข้าด้วยกันของ คน กลุ่มคน องค์กร องค์ความรู้ วิทยาการ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างผสมผสานเพื่อให้เกิดความร่วมมือในระดับต่าง ๆ ในการจัดการระบบสุขภาพ โดยหวังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรมหรือธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ ที่จะนาไปสู่สุขภาวะของกลุ่มเป้าหมาย การบูรณาการในระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับความกลมกลืนเข้ากันได้ของแต่ละส่วนที่เข้ามาบูรณาการ เป้าหมายของการพัฒนาระบบบูรณาการเป็นตัวกาหนด รูปแบบ ความเข้มข้น และขอบเขตของการบูรณาการในทุกระบบที่มีการบูรณาการควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการระบบบริหารจัดการ (administrative integration) และการบูรณาการแบบแผนการทางาน (normative integration)

เป็นพื้นฐานเสมอ เนื่องจากทั้งสองส่วนนี้จะมีผลต่อการเชื่อมต่อ ความสัมพันธ์ และความยั่งยืนของการบูรณาการในระยะยาว การพัฒนาระบบสุขภาพที่สะท้อนภาพการบูรณาการต่างแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของระบบทั้งด้านการบริหารจัดการและผลลัพธ์การดูแลในกลุ่มเป้าหมาย นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยหลายเรื่องสะท้อนภาพการบูรณาการ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังมีการศึกษาที่จากัดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยโดยใช้กรอบแนวคิดการบูรณาการมาอธิบาย จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านนี้เพื่อให้เกิดความรู้ที่จะนำไปสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ก้าวหน้าต่อไป

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2561) ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่ขาดแคลน มีการเพิ่มงบประมาณเพื่อขยายความครอบคลุม ไปยง ประชากรเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนกระทั่งสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ถึงแม้ว่าในขณะนั้นประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรในระดับต่ำ แต่รัฐบาลไทยได้ตัดสินใจอย่างกล้าหาญในการเลือกใช้ภาษีทั่วไปสำหรับการดำเนินโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีการเก็บเงินสมทบจากสมาชิก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม คือการลดลงของค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจากครัวเรือน (out-of-pocket) การล้มละลายทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health spending) และความยากจนลงจากค่ารักษาพยาบาล (medical impoverishment) โครงการนี้ยังช่วยลดความแตกต่างของการตายในเด็กระหว่างจังหวัดลงได้อย่างมาก นอกจากนี้ชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ยาต้านไวรัส และการบำบัดทดแทนไต ยังช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยได้อีกมาก การออกแบบการบริหารจัดการกองทุนที่ดีส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพ การควบคุมค่าใช้จ่ายและความเท่าเทียม ความท้าทายสำหรับประเทศไทยในขณะนี้ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การป้องกันระดับปฐมภูมิของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ การบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผลของการควบคุมโรคเบาหวานและวัณโรค

นครินทร์ สุวรรณแสง และคณะ (2562) แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวเป็นรูปแบบการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งเน้น การให้บริการตามบริบทของครอบครัวและให้บริการเชิงพื้นที่ โดยการผสานความร่วมมือ ของทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้ทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อยกระดับความสามารถการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศไทย อาศัยการพัฒนา ระบบสุขภาพตามแนวคิดกรอบระบบสุขภาพอันพึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลกมาเป็นตัวขับเคลื่อนนโยบายคลินิกหมอครอบครัวให้สามารถปฏิบัติได้จริง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม โดยอาศัยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวบูรณาการร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาล สามารถสรุปบทบาทพยาบาลวิชาชีพเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1. บทบาทของการจัดการรายกรณี 2. บทบาทตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 3. บทบาทดูแลครอบครัวผู้รับบริการที่มีปัญหา โรคเรื้อรัง และผู้รับบริการที่อยู่ในระยะท้าย 4. บทบาทสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและ ฟื้นฟูสภาพ

5. บทบาทที่ปรึกษาและประสานงานท้องถิ่น 6. บทบาทการจัดระบบการส่งต่อ และดูแลต่อเนื่อง 7. บทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ยังมีข้อจำกัดของการดำเนินการ ตามบทบาทพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวอยู่บางประการ เช่น อัตรากำลังคนไม่เพียงพอ การได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง งบประมาณ และสิ่งสนับสนุน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการร่วมกันแก้ไขปัญหาและควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดบริการตามแนวคิดหมอครอบครัวในอนาคตต่อไป

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่ารูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้วยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วงจากการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว ที่ผ่านมาพบว่าขาดการบริหารจัดการที่ดี เกี่ยวกับการสร้างความรู้และความเข้าใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวของคณะกรรมการบริหาร กระบวนการบริหารจัดการที่เป็นแบบภาวะผู้นำที่มีเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการทั้งหมดจึงส่งผลกระทบให้ชุมชนขาดการรับรู้และความสนใจต่อบทบาทและภารกิจการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว ขาดการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวของภาคีเครือข่าย เช่น การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน การเสนอโครงการแก้ไขปัญหา การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

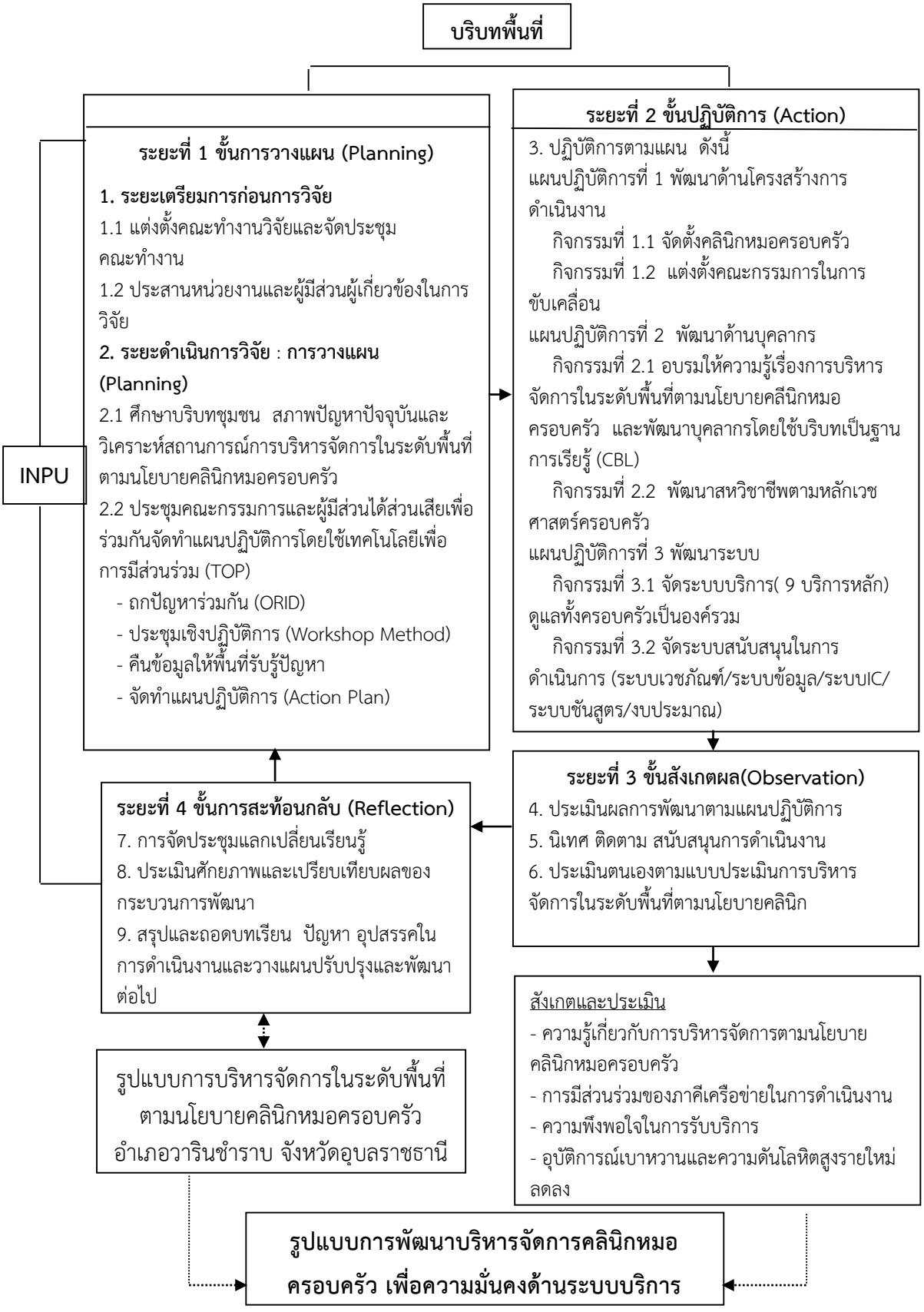
ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดให้รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพเป็นหนึ่งระบบที่ต้องได้รับการพัฒนา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการโดยใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นตัวกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อให้แต่ละระยะสามารถตรวจสอบและเชื่อมโยงซึ่งกันและกันได้ โดยมีรายละเอียดที่สื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อการตรวจสอบหาข้อบกพร่องของกระบวนการพัฒนาว่าสิ่งที่วางแผนและปฏิบัติไปเหมาะสมหรือไม่ แล้วรวบรวมข้อมูลหาจุดบกพร่องแล้วปรับปรุงแก้ไขต่อไป ซึ่งมีปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ภายใต้การบริหาร 1. ทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2. วิธีการบริหารจัดการที่ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยการ และการควบคุม 3. งบประมาณและ 4. วัสดุอุปกรณ์ โดยนำระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถทำให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้และการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวได้โดยกำหนดกระบวนการ (Process) เป็น 3 ระยะ ที่สำคัญคือ 1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย 2. ระยะปฏิบัติการวิจัย และ 3. ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย ซึ่งในกระบวนการวิจัยได้นำแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมพื้นฐาน 3 วิธีสำหรับการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่ม ได้แก่ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม วิธีการ

ประชุมเชิงปฏิบัติการ และวิธีการวางแผนปฏิบัติการมาใช้ นอกจากนี้ได้นำแนวคิดการจัดการความรู้มาใช้ในการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากชุมชนต้นแบบ และถอดบทเรียนจากประสบการณ์การปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมที่ได้ร่วมกันปฏิบัติ เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพของขั้นตอนกระบวนการ วิธีการปฏิบัติ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ที่ทำการวิจัย และกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ปรากฏดังแผนภาพประกอบที่ 2-5

กรอบแนวคิดของการวิจัย

แผนภาพที่ 2-5 กรอบแนวคิดของการวิจัย



บทที่ 3
ผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่

สภาพปัญหา

ปัจจุบันรัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่น้อยกว่า 4 แสนล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 13 ของรายจ่ายทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยในอีก 15 ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นถึง 1.4-1.8 ล้านล้านบาท โดยกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร นักวิชาการสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เผยผลการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านสุขภาพของไทย พบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในช่วงก่อนปี 2545 เป็นประมาณร้อยละ 13 หรือประมาณ 4 แสนล้านบาทต่อปี เฉลี่ยคนละ 6,286 บาท ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา หากประชากรมีรายได้เพิ่มขึ้นต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอัตราส่วน 1 ต่อ 0.8 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยในอีก 15 ปีข้างหน้า จะอยู่ที่ประมาณ 4.8 แสนล้านบาท และหากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4 ล้านล้านบาท แต่หากรายได้ของประเทศเพิ่มขึ้นในอัตราส่วนเท่ากันกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คือ 1 ต่อ 1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยจะมีค่าประมาณ 6.3 แสนล้านบาท โดยจะเพิ่มสูงถึง 1.8 ล้านล้านบาท เมื่อไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า กลุ่ม**โรค NCDs (Non-Communicable Diseases)** หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีประชากรกว่า 14 ล้านคนที่เป็นโรคในกลุ่ม NCDs เสียชีวิตมากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมด คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 25.2 พันล้านบาทต่อปี สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะประชากรในเขตเมือง มีอัตราการป่วยจากโรค NCDs มากกว่าประชากรในเขตชนบท โดยโรคที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถป้องกันและบรรเทาได้ด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยง

ทั้งนี้ เพื่อเตรียมรับมือกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น รัฐบาลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาหาแนวทางที่ทำให้แนวคิด ข้อสมมติ และวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อความสะดวกและความชัดเจนต่อการประมาณค่าใช้จ่ายในอนาคตของทั้งประเทศ อีกทั้งควรมีนโยบายพร้อมมาตรการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่อาจจะส่งผลเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้สูงขึ้นอีกมาก และต้องกำหนดมาตรการป้องกันและแผนการควบคุมโรคโดยเฉพาะโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากโรคเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถป้องกันและบรรเทาได้ และจะช่วยลดโอกาสที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศจะเพิ่มสูงขึ้นในระยะยาว

ที่มาของปัญหา

การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับสากล เป็นที่ยอมรับกันในระดับสากล ว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ : Primary Health Care (PHC)” เป็นกลยุทธ์และระบบสำคัญในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพและเป็นกุญแจสำคัญในการนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนตามคำประกาศ อัลมาอตา ขององค์การอนามัยโลก สำหรับประเทศไทยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นับว่าเป็นช่องทางสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพจนได้รับการยอมรับว่าเป็นรากฐานของความสำเร็จในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal healthcare coverage) ในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2545 สามทศวรรษที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และความเป็นอยู่ของประชาชน ความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพ การสูงวัยของประชากร พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมถึงภาวะเจ็บป่วยของประชาชนที่เปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นมากและต้องการการจัดการในการดูแลที่บูรณาการและรอบด้านมาก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิด้วย “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team; FCT)” เพื่อดูแลประชาชนทุกครัวเรือนโดยตั้งเป้าหมายในปี2558 ให้มีทีมหมอ ครอบครัว เป็นผู้ดูแลสุขภาพประจำตัว โดยแต่ละทีมมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ดูแล และมีแพทย์จาก รพช. ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ซึ่งจากการติดตามประเมินการดำเนินนโยบายพบว่าแม้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่คาดหวังจะเกิดกับกลุ่มเป้าหมายสี่กลุ่มหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นยังมีช่องว่างให้พัฒนาอีกมากแต่สิ่งที่ปรากฏชัดเจนคือ มีกระบวนการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับ ให้บริการเฉพาะทางในโรงพยาบาล รวมถึงการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพและภาคส่วนอื่นในการให้บริการเชิงรุกในชุมชนซึ่งเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบริการปฐมภูมิ ที่เป็นจุดเชื่อมทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ของระบบสุขภาพชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” โดยให้มีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวให้บริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเพื่อสร้างความมั่นคงของระบบบริการ ลดความเหลื่อมล้ำและเป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิดบริการ ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด 16 การปฏิรูป ประเทศมาตรา 258 (ช) ด้านอื่น ๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยกระทรวงสาธารณสุขยกร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ(พ.ศ. 2560-2569) 20 ตั้งเป้าขยายเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทั่ว ทั้งประเทศ ภายใน 10 ปีข้างหน้าโดยเสนอของบประมาณจากรัฐบาลในการลงทุนจำนวน 50,000 ล้านบาท ในระยะเวลา 10 ปี ตั้งเป้าผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้ 6,500 คน เพื่อให้ได้ทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ต่อประชากร 10,000 คน รวม 3 ทีม เป็น 1 PCC ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ โดยผลที่คาดว่าจะเกิดคือ จะช่วยให้สามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่มตั้งแต่กลุ่มที่มีสุขภาพดีผ่านการ ส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพให้ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง รวมถึงการคัดกรองโรคเรื้อรังซึ่งหากตรวจพบก็สามารถดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็วทำให้สามารถควบคุม สภาวะทางคลินิกของโรคได้

นอกจากนี้ยังสามารถให้การดูแลประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปเล็ก ๆ น้อย ๆ สามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้โดยไม่ต้องไปรับบริการในหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและค่าใช้จ่ายของประชาชนลงได้ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถชะลอการดำเนินไปของโรค (Progression) หรือลดอาการแทรกซ้อน (Complication) ของโรคลง ได้ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลงได้ นอกจากนี้การปฏิรูประบบบริการ ปฐมภูมิดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ รวมถึงเพิ่มความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการและสถานะทางสุขภาพของประชาชนได้ ด้วยสถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของไทย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมสูงอายุรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตและ พฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาส่งผลให้ภาระโรคอันเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องและเป็นภาระโรคหลักของสังคมไทยในปัจจุบัน ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าความชุกของโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น ทั้งนี้หากคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 300,000 คน และ 600,000 คน ตามลำดับ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว โดยการกำหนดประชาชนมีทีมหมอประจำครอบครัวในการเป็นผู้ดูแลและจัดบริการ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม ร่วมกับสหวิชาชีพร่วมกันดูแล รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และงบประมาณในการดำเนินการ ทั้งนี้ การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายคลินิกหมอครอบครัวโดยการเพิ่มทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งในด้านกำลังคน งบประมาณ และอุปกรณ์ครุภัณฑ์ และคาดหวังว่าจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งลดการเกิดโรค เพิ่มประสิทธิผลการรักษาพยาบาล และลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึง การลดภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาว

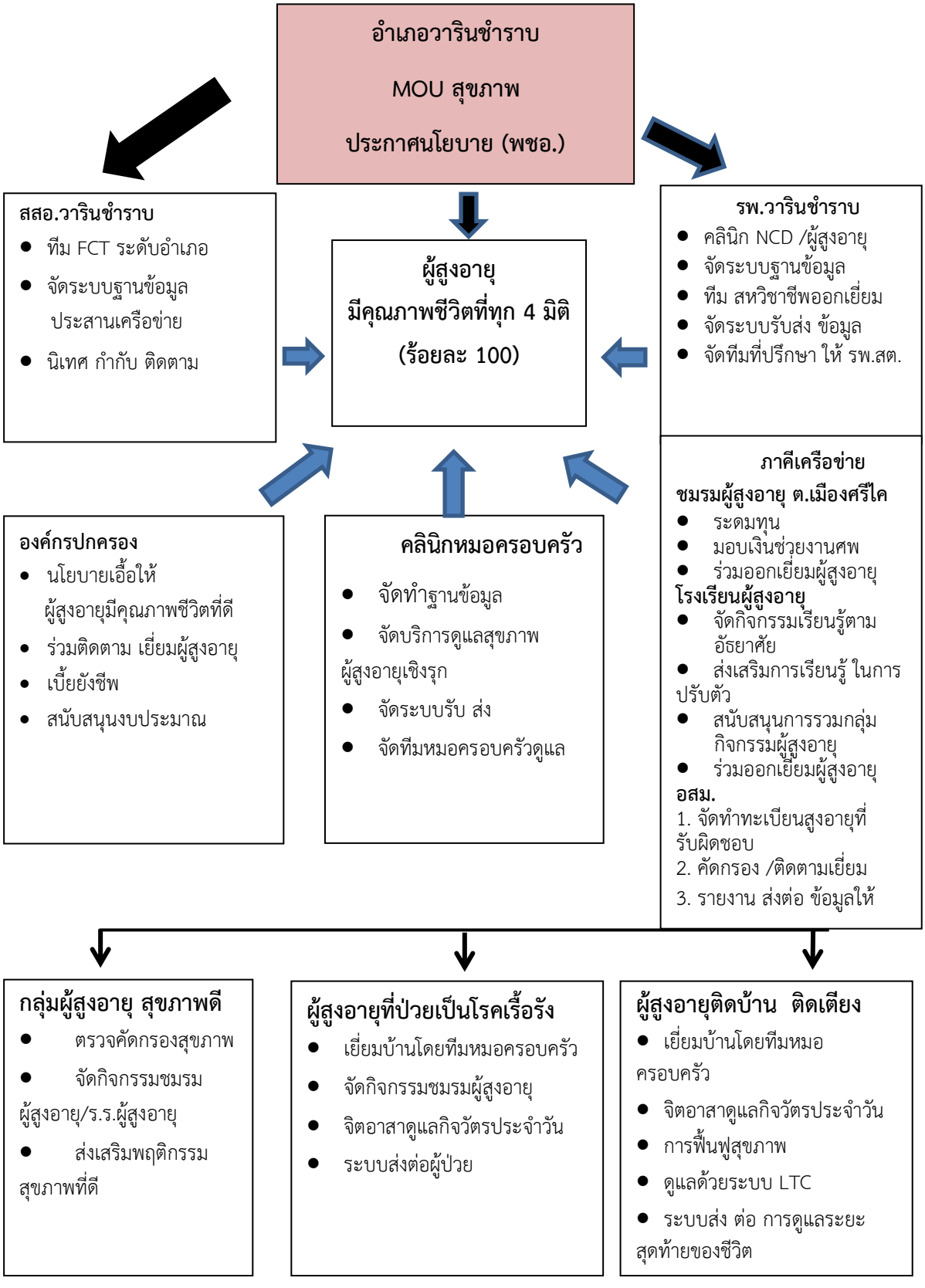
การดำเนินงานที่ผ่านมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ช) ด้านอื่น ๆ (5) กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วน ที่เหมาะสม สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 มาตรา 15 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนแบบ องค์รวม (Holistic Health Care) ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่างทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยมีทีมสหวิชาชีพ ให้บริการตามกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวในสัดส่วนที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยภายในระยะเวลา 10 ปี มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม (Holistic Health Care) ตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สนองต่อนโยบายดังกล่าวโดยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ปี 2559 – 2562 (สะสม) จำนวน 9 ทีม, 18 ทีม, 38 ทีม และ 35 ทีม ตามลำดับ ในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว จะต้องอาศัยความสอดคล้องไปกับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งสามารถผลิตได้ 3 ช่องทาง ได้แก่ 1. หลักสูตร In-service Training, 2. หลักสูตร Formal Training (แพทย์ประจำบ้าน) และ 3. หลักสูตรการอบรมระยะสั้นของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย จากนั้นจึงจัดสรรและพัฒนาบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว รองรับการจัดตั้งให้ครบตามเงื่อนไขที่กำหนด และให้บริการตาม Service Package ภายใต้การกำกับดูแลด้านคุณภาพ โดยศูนย์การเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เขตสุขภาพที่ 10

คลินิกหมอครอบครัวอำเภอวารินชำราบ จัดบริการครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และเน้นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและจัดบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีบริการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและตรวจวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน ตรวจวัดสายตาและประเมิน ADL โดย อสม. และนำผลที่ได้มาส่งเจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัว เพื่อทำการประเมินและคัดกรองเพื่อดูแลตามระบบกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดีจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ส่งเสริมการเข้ากิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ / โรงเรียนผู้สูงอายุ จิตอาสาดูแลกิจวัตรประจำวัน ระบบส่งต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุติดบ้าน เยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว จิตอาสาดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสุขภาพกิจกรรมบำบัด ระบบส่งต่อ ผู้สูงอายุติดเตียง เยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว จิตอาสาดูแลกิจวัตรประจำวันการฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมบำบัด ดูแลในระบบ LTC ส่งต่อพบแพทย์ การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตโดยทีมหมอครอบครัวมีการสื่อสารสร้างเครือข่ายจิตอาสา Care Giver อสม.โรงเรียน สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุให้มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนารูปแบบบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดี ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น นวัตกรรม ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดเวที KM ในกลุ่ม จนท. และทีมสุขภาพ สามารถทำงานเป็นทีมโดยใช้ค่านิยม 5 ร่วม ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม เกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นเจ้าภาพ รู้สึกมีคุณค่า สามารถแสดงดังแผนภาพที่ 3-1

แผนภาพที่ 3-1 : ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ทุก 4 มิติ



ความคาดหวังให้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว จากการเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับระบบบริการปฐมภูมิ บุคลากรและประชาชน ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ในขณะเดียวกันก็ต้องการการสนับสนุนจากผู้ให้นโยบายและผู้บริหารในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือความรู้การบริหารจัดการ ระบบข้อมูลระบบสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาและอุปสรรค ต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งมีหลากหลายประเด็น ดังนี้ นโยบายและการเร่งรัดผลักดันนโยบายการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจ การถ่ายทอด การบริหารจัดการและทรัพยากรที่แตกต่างกัน บริบทและต้นทุนในพื้นที่ที่แตกต่างกัน การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทรัพยากรในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เอื้อต่อการคงอยู่ของแพทย์ การบูรณาการระหว่างงานบริการและงานบริหารที่ยังไม่ลงตัว ภาระงานมากทำให้ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว ปัญหาที่พบในเขตเมือง คือ ประชากรที่อยู่จริงกับประชากรที่มีชื่อตามทะเบียนไม่ตรงกัน รวมถึงมีประชากรแฝง อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการในลักษณะของการบริการตามนโยบาย PCC ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ลักษณะของการให้บริการยังเป็นแบบการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่ มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกค่อนข้างน้อย ประชาชนไม่ค่อยพึงพอใจกับบริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ปัจจุบันพบว่าจำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนปัญหาหลักด้านการเงิน คือ ไม่สามารถนำงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันกับหน่วยงานตรวจสอบระบบข้อมูลสารสนเทศและการใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารรวมกันยังคงเป็นปัญหาท้าทายที่สำคัญ

จากข้อมูลพื้นฐานการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพอำเภอวารินชำราบ แผ่นดินอันเป็นส่วนหนึ่งของดินแดนที่ชื่อว่า “เมืองแห่งดอกบัว” อุบลราชธานีแห่งนี้เรียกว่า “วาริน-ชำราบ” เป็นอำเภอที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ มีแม่น้ำมูลไหลผ่านเปรียบเสมือนเส้นเลือดใหญ่ที่หล่อเลี้ยงชีวิตชาวอำเภอวารินชำราบ เดิมพื้นที่อำเภอวารินชำราบเป็นส่วนหนึ่งของเขตการปกครองอำเภอเมืองอุบลราชธานี ที่ว่าการอำเภอหลังแรกสร้างเมื่อ พ.ศ. 2451 ใช้ชื่อว่า “อำเภอทักษิญูปนิคม” ผู้ดำรงตำแหน่งนายอำเภอคนแรก คือ ท้าวธรรมกิติ (เป้ย สุวรรณกูฎ) ครั้นปี พ.ศ. 2456 ในสมัยของ “ขุนภูมิ พิพัฒน์เขตร์” (แท่ง เหมะนัค) นายอำเภอคนที่สอง ได้ย้ายที่ตั้งที่ว่าการอำเภอจากฝั่งอำเภอเมืองอุบลราชธานี ข้ามแม่น้ำมาตั้งที่บ้านคำน้ำแซบ ตำบลธาตุ แล้วเปลี่ยนชื่ออำเภอเป็น “อำเภอวารินชำราบ” ตามความหมายของชื่อบ้านคำน้ำแซบ ซึ่งหมายความว่า หมู่บ้านที่มีน้ำซับน้ำซึมที่มีรสอร่อยและไหลรินอยู่ตลอดเวลาอันเป็นสัญลักษณ์ของอำเภอวารินชำราบ ที่ตั้ง อาณาเขตและการปกครอง อำเภอวารินชำราบ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดอุบลราชธานี ระยะทางห่างจากจังหวัด 3 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 619 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 386,875 ไร่ มีอาณาเขตดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอสว่างวีระวงศ์, อำเภอนาเยีย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

แบ่งการปกครองออกเป็น 16 ตำบล 192 หมู่บ้าน 28 ชุมชน 6 เทศบาล 11 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ลักษณะด้านเศรษฐกิจ อาชีพที่สำคัญของชาววารินชำราบ คือ เกษตรกรรม รองลงมา คือ ค้าขาย การประมงพื้นบ้าน การเลี้ยงสัตว์และอุตสาหกรรมในครัวเรือน เช่น การทำไม้กวาด การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การทอผ้า ลักษณะด้านสังคม มีประชากร 175,169 คน จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 50.49 มีจำนวนครัวเรือน 40,271 ครัวเรือน มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่งขนาด 180 เตียง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 19 แห่ง มีบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน 776 คน มีศูนย์เด็กก่อนเกณฑ์ 18 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 64 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 14 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 3 แห่ง โรงเรียนเอกชน 5 แห่ง วิทยาลัย 2 แห่ง มหาวิทยาลัย 1 แห่ง มีวัดและสำนักสงฆ์ 119 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ ประมงพื้นบ้าน ค้าขาย รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ย 15,000 บาท/คน/ปี สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นที่อำเภอวารินชำราบ ตั้งอยู่บริเวณ ที่เรียกว่า “แอ่งโคราช” สูงจากระดับน้ำทะเลโดยเฉลี่ยประมาณ 68 เมตร (227 ฟุต) ลักษณะโดยทั่วไปเป็นที่ราบ ถึงคลื่นลอนตื้น ลักษณะเป็นดินเหนียว ดินร่วนเหนียวเป็นทรายแป้งและดินร่วนทราย หรือดินร่วน เหมาะแก่การทำนา ปลูกพืชและผลไม้ มีแม่น้ำมูลเป็นแม่น้ำสายหลัก ไหลมาจากอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านทางทิศเหนือของอำเภอวารินชำราบไปอำเภอโขงเจียม ลงสู่แม่น้ำโขงและมีลำน้ำธรรมชาติที่สำคัญ ได้แก่ ลำห้วยผับ ลำห้วยข้าวสาร ลำห้วยด่าน และลำห้วยขะยุง ลักษณะภูมิอากาศ อำเภอวารินชำราบ จัดอยู่ในเขตภูมิอากาศแบบร้อนแห้งแล้ง คือมีช่วงความแตกต่างของฤดูแล้งอย่างเห็นได้ชัด มีช่วงกลางวันยาวในฤดูร้อน และมีอุณหภูมิเฉลี่ยจะสูงตลอดปี

ปัญหาสุขภาพของพื้นที่อำเภอวารินชำราบคือมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น โรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน อัตราหญิงมีครรภ์มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี โรคไข้เลือดออกในชุมชน และปัญหาฟันผุในเด็ก จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากส่วนมหาดไทย ศึกษาธิการ พัฒนาชุมชน เกษตร ท้องถิ่น พระภิกษุ ภาคประชาชน และส่วนสาธารณสุข โดยมีนายอำเภอวารินชำราบเป็นประธาน กำหนดมาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำข้อตกลงเบื้องต้นกับตำบลจัดการสุขภาพในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง จากการประชุม พบว่า ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบันขาดจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอที่แท้จริง การประเมินตนเองตามองค์ประกอบที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก พบว่า อำเภอวารินชำราบยังดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบสาเหตุหลักที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ บุคคล งบประมาณ และการบริหารจัดการซึ่งเป็นเหตุที่ส่งผลต่อกันทั้งระบบ ประเด็นเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไข ด้วยเทคนิคการจัดการที่เหมาะสม

สรุปผลการประชุมกลุ่ม

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้แก่ การศึกษาเอกสาร (documentary research) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) การวิเคราะห์ (analysis) และการสังเคราะห์ (synthesis) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัญหาในระบบบริการสุขภาพของคลินิกหมอครอบครัว ลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเสนอรูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสม แหล่งที่มาและการรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ มุ่งเน้นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ในกลุ่มแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการทุกระดับ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัวกลุ่มชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนทั้งสิ้น 20 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบท และสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ของลักษณะพื้นที่การดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว จากการศึกษาเอกสาร และรายงานรายงาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดปัญหา วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันโดยใช้กรอบแนวคิดแมคคินซีย์ (McKinsey 7-S Model) โดยการประชุมแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สนทนากลุ่มทีมหมอครอบครัว เพื่อหาปัญหา สาเหตุ และแนวทางพัฒนาการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนปฏิบัติการวิจัย จัดทำแนวทาง รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว โดยการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมกับทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามตรวจสอบและแก้ไขระหว่าง การปฏิบัติการวิจัย จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมกับทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการเพื่อติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวและพิจารณาหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข โดย อาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย แล้วนำมาพัฒนาให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปผลการวิจัยรวบรวมสรุปผลการดำเนินงานและเผยแพร่กับทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการเพื่อทราบ และตรวจสอบประเมินผลการวิจัยโดยทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลย้อนกลับ

ผลการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคนทุกอย่างทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีและทีมหมอครอบครัว

การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของผู้เกี่ยวข้องได้ข้อมูลดังนี้

1. การได้รับความรู้เรื่องการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการประชุมมอบนโยบายระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับเขตพัฒนาสาธารณสุข(โซน)และมีส่วนน้อยที่ได้รับจากโทรทัศน์ แผ่นพับ และ

สื่ออิเลคทรอนิค และทราบว่านโยบายนี้เรียกว่า “คลินิกหมอครอบครัว” แต่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมในช่วงต้นโดยเล่าว่า “เป็นเรื่องใหม่ที่ยุ่งยาก ไม่เข้าใจว่าจะทำอย่างไร จะไปทิศทางไหน และเป็นนโยบายที่สั่งมาให้ทำ พอนานไปจะหายไปหรือไม่” บางท่านได้เล่าว่า “ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะการประเมินตนเอง มันเป็นเรื่องยากที่จะประเมินแบบไหน เป็นการจัดบริการในอุดมคติหรือไม่ จะดำเนินการอย่างไร งงไปหมดเลย” และได้เล่าต่อไปว่า “เป็นนโยบายที่ทำยาก ถ้าจะให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ต้องได้ดูตัวอย่าง/ศึกษาดูงานของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการคลินิกหมอครอบครัวอื่น ๆ ด้วย”

2. การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้ใช้แนวคิดการบริหารจัดการระดับพื้นที่แตกต่างกันตามหน่วยงานที่สังกัด แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าใช้แนวคิดชื่ออะไร หรือใช้แนวทางอย่างไรในการดำเนินงานส่วนใหญ่ก็เป็นรูปแบบเดิม ๆ ที่ถ่ายทอดกันมา คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้เล่าว่า การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว “ต้องมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินการที่ให้เป็นแนวเดียวกัน” บางท่านได้เล่าว่า“ผมไม่เคยเรียนรู้การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวมาก่อนเลย ไม่เข้าใจว่าตนเองจะมีบทบาทในการทำอะไรบ้าง”

3. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการส่วนใหญ่ได้ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่ดำเนินการ ก็มีบางเรื่องที่ดำเนินการแก้ไขด้วยส่วนราชการที่สัดกัดเอง แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จยากต่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน ซึ่งได้เล่าว่า“ถ้าพูดถึงสุขภาพก็จะนึกถึงคุณหมอ นึกถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือโรงพยาบาล ไม่ค่อยมีส่วนร่วมเรื่องสุขภาพเท่าใดนัก” และได้กล่าวต่อไปว่า “การดำเนินงานตามนโยบายยังไม่ได้ทำงานกันเป็นทีม ทำเฉพาะบางคนที่ไปรับการอบรม คณะกรรมการทั้งหมดยังไม่รู้เรื่องก็เลยไม่รู้จะทำอย่างไร” บางท่านได้เล่าว่า “ผมคิดว่าการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว จะสำเร็จได้ต้องเป็นวาระของอำเภอ ทุกหน่วยช่วยกันทำอย่างจริงจัง” และ “ควรมีการตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนในอำเภอ เพื่อจะทำให้เราได้ความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้น ต้องให้เกียรติและให้ความสำคัญกับเขาด้วย”

4. ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการส่วนใหญ่ยินดีที่เข้าร่วมการพัฒนา บางท่านเป็นคณะกรรมการในปีที่ผ่านมาเล่าว่า “อำเภอเราไม่มีการสำรวจความต้องการของประชาชนว่าอยากให้จัดบริการสุขภาพอะไรให้ มีแต่จัดกิจกรรมมาให้เลย” และกล่าวต่อไปว่า “ยังไม่ได้ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ อย่างจริงจังเลย ทำเพียงแค่การแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น” บางท่านได้เล่าว่า “ดีใจที่สุดที่นายอำเภอเป็นประธานในการดำเนินงาน ได้เข้ามาทำงานร่วมกัน และให้กำลังใจในการทำงาน เพราะเดิมทีเรื่องสุขภาพต้องนึกถึงกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว ปีนี้ผมเข้ามาเป็นคณะกรรมการเป็นปีแรก ก็ยังจับต้นชนปลาย และศึกษารายละเอียดอยู่ครับ แต่ก็คิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน”

5. ดำเนินโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีและทีมหมอครอบครัว โดยนำแนวคิด 7S Model (ด้านยุทธศาสตร์

(Strategy), โครงสร้างองค์กร (Structure), ระบบการดำเนินงานขององค์กร (Systems), บุคลากรในองค์กร (Staff), การพัฒนาทักษะ (Skills), รูปแบบการดำเนินงาน (Style), ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (shared values)) ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว คณะกรรมการส่วนใหญ่เห็นด้วยในการใช้กรอบแนวคิดนี้มาพัฒนา หากมีการดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 7 องค์ประกอบจะทำให้การบริการด้านสุขภาพมีมาตรฐานรองรับการปฏิบัติงาน คณะกรรมการบางท่านเล่าว่า “กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ต้องมีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่องและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน การจัดระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว (Service) มีระบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) ของแต่ละทีมหมอครอบครัว จัดระบบบริการในชุมชนโดยใช้โมเดลสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใยแมงมุมเริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อม ให้เป็นต้นแบบ เชิญเครือข่ายสุขภาพของทุกชุมชนเข้าร่วมและขยายกิจกรรมให้ครบทุกชุมชน บูรณาการทุกภาคส่วนร่วมกับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อร่วมเป็นคณะทำงานแก้ปัญหาในชุมชน”

ข้อเสนอแนะที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีต่อนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในลักษณะที่แตกต่างกันตามลักษณะวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้บริหารได้ให้ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการวางนโยบายในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติได้ให้ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่เป็นเรื่องการขอสนับสนุนการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. นโยบายควรสร้างนโยบายจากการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความเข้าใจนโยบายแก่ผู้ปฏิบัติงานให้มากขึ้น ควรสร้างความมั่นคงของนโยบายให้มากขึ้น
2. ทรัพยากร ควรสนับสนุนทรัพยากรบุคคลให้มากขึ้น
3. ขวัญและกำลังใจผู้บริหารควรรับฟังปัญหาให้มากขึ้นและให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ มิใช่สั่งการแต่เพียงอย่างเดียว

บทที่ 4
วิเคราะห์ สรุปปัญหาและกำหนดแนวทางการเสริมสร้าง บทบาทของคลินิกหมอครอบครัว

ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

บริการปฐมภูมิ ถือว่าเป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด ให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุกในด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพของประชาชนชุมชนและท้องถิ่น เหตุนี้นโยบายการพัฒนาประเทศจึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้เข้มแข็ง มีสุขภาพเพื่อเป็นฐานรากในการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต จึงขอยกตัวอย่างนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. นโยบายของรัฐบาล

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557

ข้อ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยให้มีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ข้อ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร **ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง**

2. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ได้กำหนดวิสัยทัศน์ **“ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”** ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

2.1 ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง

2.2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

2.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

2.4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

2.5 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

2.6 ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ 1. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และ 2. การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ 1. การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม 2. การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพและ 3. การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิสัยทัศน์เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีเป้าหมายระยะ 20 ปี คือประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืนโดยใช้ยุทธศาสตร์ “4 Excellence Strategies”ประกอบด้วย

1. P&P Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

2. Service Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ

3. Governance Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ แผนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภคและระบบธรรมาภิบาล

4. People Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ แผนการวางแผนความต้องการอัตรากำลังการผลิตและพัฒนากำลังคนการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพและการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

3. ประเทศไทย 4.0 (Startup Thailand)

ตามที่ยุทธศาสตร์สำคัญภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีเน้นในเรื่องการพัฒนาสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ด้วยการสร้าง “ความเข้มแข็งจากภายใน” ขับเคลื่อนตามแนวคิด “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ผ่านกลไก “ประชารัฐ” นั้น หลายประเทศได้กำหนดโมเดลเศรษฐกิจรูปแบบใหม่เพื่อสร้างความมั่งคั่งในศตวรรษที่21อาทิสหรัฐอเมริกาพูดถึง A Nation of Makers อังกฤษกำลังผลักดันDesign of Innovation ขณะที่จีนได้ประกาศ Made in China 2025 ส่วนอินเดียก็กำลังขับเคลื่อน Madein India หรืออย่างเกาหลีใต้ก็วางโมเดลเศรษฐกิจเป็น Creative Economy เป็นต้น หากย้อนหลังไปในอดีตประเทศไทยเองก็มีการปรับโมเดลเศรษฐกิจอยู่หลายครั้งเริ่มจาก

“โมเดลประเทศไทย 1.0” ที่เน้นภาคการเกษตร

“โมเดลประเทศไทย 2.0” ที่เน้นอุตสาหกรรมเบาและก้าวสู่

“โมเดลประเทศไทย 3.0” ในปัจจุบันที่เน้นอุตสาหกรรมหนัก

“โมเดลประเทศไทย 4.0” จึงเป็นการพัฒนา “เครื่องยนต์เพื่อขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจชุดใหม่” (New Engines of Growth) ด้วยการแปลง“ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ” ของประเทศที่มีอยู่ 2 ด้านคือ“ความหลากหลายเชิงชีวภาพ”และ“ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม” ให้เป็น“ความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน”โดยการเติมเต็มด้วยวิทยาการความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการวิจัยและพัฒนาแล้วต่อยอดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบเป็น “5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย”ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขคือกลุ่มที่ 2 กลุ่มสาธารณสุขสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness&Bio-Med) ทั้ง 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย จะเป็นแพลทฟอร์มในการสร้าง“New Startups” ต่าง ๆ มากมาย อาทิในกลุ่มที่ 2 เทคโนโลยีสุขภาพ(Healthtech) เทคโนโลยีการแพทย์ (Meditech) สปา เป้าหมายของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์“ประเทศไทย4.0”คือ การขับเคลื่อน 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ภายในระยะเวลา 3-5 ปีข้างหน้า เป็นการเปลี่ยน “ปัญหาและความท้าทาย”ให้เป็น“ศักยภาพและโอกาส”ในการสร้างความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืนให้กับประเทศอย่างเป็นรูปธรรม เช่น เปลี่ยนจากปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุให้เป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีพลัง (Active Aging) กล่าวโดยสรุป กระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศภายใต้“ประเทศไทย 4.0” มี 3 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

3.1 เป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่งคั่ง มั่นคงและยั่งยืนอย่างเป็นรูปธรรม

3.2 เป็น “Reform in Action” ที่มีการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างเศรษฐกิจ การปฏิรูปการวิจัยและการพัฒนา และการปฏิรูปการศึกษาไปพร้อม ๆ กัน

3.3 เป็นการผนึกกำลังของทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “ประชารัฐ” โดยเป็นประชารัฐที่ผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจการวิจัยพัฒนาและบุคลากรระดับโลก ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของการ “รู้จักเติม รู้จักพอ และรู้จักปัน”

4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560

การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ ถือเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ตามที่รัฐบาลได้ดำเนินการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559 และได้ผ่านประชามติเมื่อ 7 สิงหาคม พ.ศ.2559 นั้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ได้แก่

“**มาตรา 55** รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

“**มาตรา 258** ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่าง ๆ ให้เกิดผลดังต่อไปนี้

ช. ด้านอื่น ๆ

4. ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

5. ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

5. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

แนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุใน 5 – 10 ปีข้างหน้า สืบเนื่องจากทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2660-2564) ได้กล่าวถึงสถานะของประเทศด้านสังคม ส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ16.2) ในปี2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ32.1) ในปี 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายเนื่องจากมีการออมน้อยและแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมด มาจากการเกื้อหนุนของบุตร

6. ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยในปีพ.ศ. 2551 พบว่าทุกปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจาก 4 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร 17 ล้านคนต่อปี โรคมะเร็ง 76 ล้านคนต่อปี โรคทางเดินหายใจ 4.2 ล้านคนต่อปี และโรคเบาหวาน1.3 ล้านคนต่อปีสำหรับประเทศไทย พบร้อยละของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากมัลดีฟส์ จากสถิติพบว่าประมาณร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป จากรายงานสถิติสาธารณสุขพ.ศ.2550 – 2557อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่าในปีพ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2557 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกโรค ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกกำหนด 9 เป้าหมาย ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการดำเนินงานภายในปีพ.ศ. 2568 ประเด็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Premature Mortality) คือ อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปีลดลง ร้อยละ 25 ตลอดเวลากว่า 10 ปี ถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ อันได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย แผนพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพ หรือแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว ในระดับปฏิบัติการยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องของรูปแบบ โดยเฉพาะบริบทของการให้การบริการ ซึ่งมีความแตกต่างจากการให้บริการกลุ่มโรคเฉียบพลัน ดังนั้น ควรมีการทบทวนปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและแผนยุทธศาสตร์ของประเทศและระดับโลก

สภาพปัญหาระบบบริการปฐมภูมิ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมในประเทศไทย มีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ทั้งที่เป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ลักษณะปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางด้านสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวยิ่งทำให้ระบบบริการปฐมภูมิและการจัดการด้วยวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ยิ่งมีความจำเป็นและมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น (The World Health Report 2008)

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) จึงเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่องกว่า10 ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดและพัฒนาไปได้ไม่เต็มที่ด้วยปัจจัยหลายประการ หากพิจารณาตามกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก 6 Building Blocks Model ซึ่งมี 6 องค์ประกอบคือ 1. ระบบบริการ 2. กำลังคนด้านสุขภาพ 3. ระบบข้อมูลข่าวสาร 4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและ 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่าปัญหาเร่งด่วนในระบบบริการปฐมภูมิ พอสรุปได้ 3 ด้าน คือ 1. ระบบบริการปฐมภูมิ 2. การบริหารการเงินการคลัง และ 3. กำลังคนด้านสุขภาพรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

1. ระบบบริการปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด ให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุก ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน ให้บริการต่อเนื่องสามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพของประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น กลุ่มเป้าหมายของบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี (วางแผนครอบครัวและตั้งครรภ์) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น มีการตรวจคัดกรองโดยเฉพาะโรคที่สามารถทำการป้องกันระดับ Secondary Prevention (Early Diagnosis) เช่น คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ลดความเสี่ยง ฟื้นฟูสภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้านการป้องกันและ

ควบคุมโรคในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวังสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ด้านสุขภาพบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายาการจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา หน่วยบริการปฐมภูมิที่ดำเนินการในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 10,856 แห่ง อยู่ภายใต้สังกัดของหน่วยงานภาครัฐ (หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดสาธารณสุข) และภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศจำนวน 9,758 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90 การจัดบริการและการบริหาร เป็นลักษณะแยกส่วนภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลแม่ข่าย และตามความพร้อมของทรัพยากรที่มีและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งทั้งนี้ มีการประเมินตามตัวชี้วัด เกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิจากหน่วยงานหลายส่วน ทั้งจากกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขและจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่สนับสนุนเงินผ่านโครงการกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งในหลาย ๆ กิจกรรมเป็นการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน เรื่องเดียวกัน บางตัวชี้วัดไม่ใช่ปัญหาของพื้นที่ เจ้าหน้าที่ก็ต้องรายงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีภารกิจเพิ่มจำนวนมากในการบันทึกและรายงานข้อมูล ด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้วางแผน เช่น การจัดทำแฟ้มครอบครัว (Family Folder) และส่วนรายงานให้กับหน่วยงานส่วนกลาง เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช. ซึ่งผ่านโปรแกรมต่าง ๆ เช่น โปรแกรม HCIS , HosXP , JHCIS , Web ยิ้มสดใส , SSRT, เฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้า, ประเมินมาตรฐานสุขศึกษา, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, งานควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ /ไข้หวัดนก, โปรแกรม R506, โปรแกรมลดการใช้พลังงาน, การบันทึกข้อมูลการคัดกรอง เช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก ต้อกระจก อัมพฤกษ์ ผู้ป่วยซึมเศร้า พัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย เป็นต้น รายงานตัวชี้วัด เกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework : OF) ของสปสช. ปัจจุบัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายลดภาระงาน การบันทึกข้อมูล โดยปรับปรุงระบบรายงานข้อมูลโดยใช้ระบบ HDC (Health data center) และยกเลิกรายงานและโปรแกรมบางรายการออกไป

2. ด้านการบริหารการเงินการคลัง

ในอดีต การบริหารจัดการงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเมื่อประมาณ 15 ปีที่ผ่านมารัฐได้จัดสรรงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนใหญ่ให้อยู่ในการบริหารของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ดัชนีสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น อีกทั้งมีอุบัติการณ์โรคที่ป้องกันได้เกิดขึ้นซ้ำ เช่น คอตีบ เป็นต้น ปัจจุบันหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (CUP) ยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้นการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน (Operating Budget) จึงต้องอาศัยโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินในการดำเนินงานเป็นหลัก ทั้งนี้ แหล่งรายได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาจาก 4 แหล่ง คือ

2.1 จากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ได้รับมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรให้เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสำนักงานที่เป็น fixed cost เช่น ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น

2.2 จากเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีจากรัฐ สำหรับเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.3 จากหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ เช่น อปท. ภาคเอกชนและชุมชน

2.4 จากงบประมาณส่งเสริมป้องกัน (P&P) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น งบประมาณส่งเสริมป้องกันสุขภาพระดับพื้นที่ (Area-based) จากจังหวัด งบลงทุนทดแทนจาก CUP สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้ตรวจราชการกระทรวง งบประมาณที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะได้รับสนับสนุนจาก สปสช. อาจได้รับโดยตรงจาก สปสช.หรือได้รับผ่าน CUP หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาทิ 1. งบประมาณที่จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์ศักยภาพ (Ontop Payment) 2. งบประมาณที่จ่ายตามผลงาน (Itemize) 3. งบประมาณสนับสนุนตามโครงการ และ4. งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ เป็นงบเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการระดับปฐมภูมิ จะเห็นได้ว่าเพียงเฉพาะเงิน P&P จากสปสช. ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดสรรเงิน P&P มากที่สุด เมื่อผ่านขั้นตอนและเกณฑ์การจัดสรร พบว่า จากเงินเริ่มต้น 19,446 ล้านบาท เมื่อจัดสรรปรับเกลี่ยแล้วหน่วยบริการได้รับเงินเหลือเพียง 4,500 ล้านบาท (หลังหักเงินเดือน) คิดเป็น 23 % เท่านั้น ซึ่งส่วนหนึ่งโรงพยาบาลแม่ข่ายจะจัดสรรให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป ส่วนในหมวดจ่ายตาม itemized ผลงาน ที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการร่วมกับงบบริการผู้ป่วยนอก ส่วนจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการระดับปฐมภูมินั้น เงินที่ได้รับไม่แน่นอนขึ้นกับข้อมูลที่บันทึกโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายจะได้รับเงินส่วนนี้ 8-15 ล้านบาทต่อแห่งต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมเงิน P&P หมวดอื่น ๆ และจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ไม่ได้โอนให้โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่จะจัดสรรให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐ องค์กรภาคประชาชนและ NGOs นอกจากนี้ ในส่วนของการจัดสรรงบประมาณ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการ อาทิ พบว่า งบกองทุนฯมีงบคงเหลือสะสม ปี 2558 ประมาณ 3,560 ล้านบาท ปี 2559 ประมาณ 4,586ล้านบาท ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2559 การดำเนินงานใช้งบประมาณไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนโดยมีข้อมูลสนับสนุนทั้งจากการตรวจของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน และจากการหารือของหน่วยงานในพื้นที่มายัง สปสช. การจัดกิจกรรมหรือโครงการมีความซ้ำซ้อนกับภารกิจของหน่วยงานในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเดียวกัน อบต. มีบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนหรือแก้ปัญหาด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของพื้นที่ สปสช. ขาดการติดตามกำกับการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลที่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มิได้เป็นหน่วยงานที่รับงบประมาณโดยตรง ทำให้มีผลต่อการวางแผนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของรพ.สต.อย่างต่อเนื่อง สรุปปัญหาในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการจัดสรรเงินในรูปแบบเดิม 1. แต่ละกองทุนต่างกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดด้านสุขภาพของหน่วยงานตนเองต่างมีวิธีจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ/NGO ด้วยเงื่อนไขแตกต่างกัน

2. หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับจัดสรรเงิน ไม่เพียงพอเนื่องจากการจัดสรรงบประมาณแยกส่วน (Fragmented) ผ่านไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายก่อน จากนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นกับสถานะการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ
3. หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับเงินสนับสนุนตามความสามารถเสนอโครงการหรือจัดส่งข้อมูลบริการตามรายการที่กำหนดโดยส่วนกลาง (Itemized) หากไม่พอต้องขอจากหน่วยต่าง ๆ เพิ่ม
4. การประเมินผลจากรายงานที่กำหนดและกิจกรรมที่ให้บริการ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มเมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

3. กำลังคนด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมาบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ (Paramedical Personnel) แต่ในระยะ 10 ปีหลังนี้ได้มีการพัฒนาบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนบุคลากรระดับวิชาชีพทั้งที่เป็นพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ในส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ นักกายภาพบาบัดเภสัชกร มีการลงมาช่วยให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่เป็นลักษณะ Part time อีกทั้ง การจัดการให้เป็นทีมสหวิชาชีพที่มาร่วมปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังทำได้จำกัดเพียงบางพื้นที่ ขึ้นกับนโยบายส่วนกลางและจังหวัดจัดให้รพ.สต.แต่ละแห่งซึ่งปัจจุบันยังไม่เพียงพอและไม่สมดุลกับภารกิจที่เพิ่มขึ้นเมื่อพิจารณาอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมดพบว่าจำนวนบุคลากรยังมีไม่เพียงพอกับภาระงานในความรับผิดชอบดูแลประชากรซึ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพของบริการปฐมภูมิในการดูแลปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้นทั้งนี้ยังไม่รวมภารกิจด้านงานเอกสารการรายงานต่าง ๆ ที่มาจากหน่วยงานต่าง ๆ จำนวนมากทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกองทุนที่จัดสรรเงินสนับสนุนและการขาดขวัญกำลังใจทั้งด้านความก้าวหน้าและค่าตอบแทนสนับสนุนของเจ้าหน้าที่

สำหรับในส่วนของอัตรากำลังแพทย์ โดยเฉพาะสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญมาแต่ในอดีต อาทิ เป็นสาขาที่ไม่ได้รับความนิยมจากนักเรียนแพทย์ มีผู้สนใจเรียนน้อยและอยู่ในระบบไม่ยั่งยืน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน สนใจเรียนสาขาอื่น ๆ ที่สามารถประกอบอาชีพได้มากกว่า นอกจากนี้ พบปัญหาตั้งแต่ขาดครูผู้สอน ไม่ได้รับการยอมรับเหมือนแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ แพทย์ครอบครัวเหล่านี้ถูกใช้ทำงานที่หลากหลายไม่ตรงกับสาขาที่เรียนมา ผู้บริหารโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจในความสามารถเฉพาะทาง และเงินเดือนค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสาขาอื่น ๆ ทำให้ลาออกไปศึกษาต่อเพิ่มเติมสาขาอื่น ปัจจุบันการเรียนการสอนเพื่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมี 4 รูปแบบ

รูปแบบที่ 1 คือ Formal Training (Track I) เป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ใช้เวลาเรียน 3 ปี ในสถาบันต่าง ๆ ซึ่งได้รับการรับรองจากแพทย์สภาและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จำนวน25 สถาบัน ดำเนินการมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 รูปแบบนี้เมื่อสอบได้จะได้วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปัจจุบันมีโควตาผลิตได้ปีละ 100 คน

รูปแบบที่ 2 (Track II) เป็นโครงการร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จัดโครงการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความรู้ความชำนาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยผู้เรียนจะต้องเป็นแพทย์ที่ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะเรียบร้อยแล้ว และเรียนในสถานที่ที่ผู้เรียนปฏิบัติงาน (สถาบันปฏิบัติงาน) และเรียนบางเวลาในสถาบันหลักที่สนับสนุนราชการ ซึ่งสถาบันปฏิบัติงานนั้น ๆ ได้เลือกหลังจากฝึกอบรม ครบ 3 ปี สามารถสอบวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เริ่มโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556

รูปแบบที่ 3 (Track III) เป็นโครงการร่วมมือระหว่างสำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิต แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.) กระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ภายใต้ชื่อ “การปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้โครงการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว” เริ่มโครงการนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2559 โดยแพทย์โครงการนี้จะรวมเวลาของแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นปีที่ 1 และจะต้องเขียนรายงานผู้ป่วยรูปแบบเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อปฏิบัติงานในสาขาอายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์และออร์โธปิดิกส์, กุมารเวชศาสตร์, สูติศาสตร์-นารีเวชวิทยา และโรงพยาบาลชุมชน อีก 2 ปี ภายหลังการฝึกอบรม สามารถสอบวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวได้ โดยวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะมีการประเมินความรู้เมื่อสิ้นสุดปีที่1 ของระยะเวลาการเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามโครงการ มีโควตาผลิตปีละประมาณ 150 – 200 คน

รูปแบบที่ 4 เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ครบ 5 ปี สามารถสอบหนังสืออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวได้ จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขปี2554, 2555, 2556 และปี 2557 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในประเทศจำแนกตามเขตสุขภาพ มีไม่ถึง 1,000คน และมีแนวโน้มลดลง โดยประมาณ 1 ใน 4 กระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพได้เก็บข้อมูลในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบโดยการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องรวม 4 กลุ่ม จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

1. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 2 คน
2. กลุ่มผู้ให้บริการทุกระดับ จำนวน 10 คน

แบ่งเป็น ผู้บริหารระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ; สสอ.), ผู้บริหารระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ; สสจ.) และเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว จำนวน 6 คน
4. กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกหมอครอบครัว	2	10.00
กลุ่มผู้ให้บริการทุกระดับ		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ; สสจ.	2	10.00
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ; สสอ.	2	10.00
โรงพยาบาลทั่วไป	2	10.00
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4	20.00
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว	6	30.00
กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2	10.00

การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพในครั้งนี้จะนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการเสริมสร้างบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 1 แนวทางการเสริมสร้างบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว

โดยนำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ดังนี้

1. ผลการศึกษาการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว พบว่า โครงสร้างของพื้นที่อาคาร (Structure) มีการจัดพื้นที่บริการออกเป็น 3 ส่วน มีการจัดระบบบริการ (System) โดยทีมสหวิชาชีพทั้งจากคลินิกหมอครอบครัวและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแนวทางการพัฒนาตามระบบบริการ โดยกำหนดแพทย์ประจำหมู่รับผิดชอบพื้นที่และมีระบบบริการเครือข่ายสุขภาพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการวางระบบงานบริการ (Service) เมื่อประชาชนเจ็บป่วยให้เข้าพบหมอครอบครัวประจำหมู่ของตนเองเบื้องต้นก่อนจัดระบบให้คำปรึกษาระหว่างทีมหมอครอบครัว กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ให้การดูแลสุขภาพประชนเป็นระบบชัดเจนมากขึ้น เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหมอครอบครัว (Staff) จะได้รับการพัฒนาความรู้ทุกมิติผ่านระบบ Guideline ระบบ Flowchart ดูแลตาม 5 กลุ่มวัย

2. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวโดยการนำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า เพื่อเป็นการเพิ่มเติมองค์ประกอบในการทำงานจากเดิม 4S (Staff/Structure/System/Service) ของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานในหลายประเด็นจะถูกซ่อนอยู่ในประเด็นหลัก หากมีการ

ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นและพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญและทำงานเป็นระบบที่เชื่อมต่อได้อย่างชัดเจน จึงได้นำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สามารถสรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

7 S Model	ผลการพัฒนา
S1 ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีกลยุทธ์สำคัญ 4 กลยุทธ์ คือ 1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ 3. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนากลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ 4. บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในมิติสุขภาพตามกลุ่มวัย มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่องและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน
S2 โครงสร้างองค์กร (Structure)	1.การจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในรูปแบบคือ 1. คลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย 3 ทีมหมอครอบครัวมีการบูรณาการกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวและการจัดบริการในพื้นที่ 2. การจัดโครงสร้างของอาคารสถานที่ จัดห้องบริการสำหรับทีมหมอครอบครัวในแต่ละทีมให้เป็นสัดส่วน 3. การจัดโครงสร้างของการประสานงาน โดยมีผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวและผู้พัฒนาระบบการประสานงาน
S3 ระบบการดำเนินงานขององค์กร (Systems)	1. การจัดระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว (Service) มีระบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ของแต่ละทีมหมอครอบครัว จัดระบบบริการในชุมชนโดยใช้โมเดลสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใยแมงมุมเริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อม ให้เป็นต้นแบบ เชิญเครือข่ายสุขภาพของทุกชุมชนเข้าร่วมและขยายกิจกรรมให้ครบทุกชุมชน 2. การจัดระบบสนับสนุน (Support) ทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนด้านบุคลากรสหวิชาชีพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ จัดทำแผนการเงิน (Plan Fin) ระบบรับและส่งผู้ป่วยโดยมีการรับส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ 3. การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สร้างระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ ใช้ระบบประเมิน/สำรวจข้อมูลสุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google Form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (HOSXP)

ตารางที่ 4-2 การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (ต่อ)

7 S Model	ผลการพัฒนา
S4 บุคลากรในองค์กร (Staff)	1. ระบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรเพื่อรองรับบทบาทภารกิจของคลินิกหมอครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2. ระบบการจัดโครงสร้างบุคลากรของทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) ที่อยู่ในพื้นที่ร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว
S5 การพัฒนาทักษะ (Skills)	1. การพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอบรมให้ความรู้กับทีมหมอครอบครัวอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สร้างมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบื้องต้น(Guideline) และถ่ายทอดไปสู่แกนนำชุมชน 2. ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัวกับแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการวางแผน การดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซับซ้อนร่วมกับแพทย์เชี่ยวชาญ 3. ระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการ Context Based Learning: CBL ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว
S6 รูปแบบการดำเนินงาน (Style)	1. ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จัดตั้งคณะดำเนินงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันเป็นคณะทำงานแก้ปัญหาในชุมชน 2. ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง เกิดศูนย์คัดกรองสุขภาพในชุมชน สร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกายตามรูปแบบโมเดลใยแมงมุม สนับสนุนงบประมาณ และดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค โดยใช้กระบวนการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
S7 ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (Shared Values)	สร้างค่านิยมร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างระบบการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนระหว่างองค์กรอื่นๆ เคารพให้เกียรติในแต่ละวิชาชีพแต่ละองค์กรในการปฏิบัติงานร่วมกัน

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัว

คลินิกหมอครอบครัว เป็นการปรับโฉมของการให้บริการทางสุขภาพ ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถือว่าเป็นระบบการให้บริการทางสุขภาพด่านแรกของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีสถานที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นซึ่ง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลได้ง่ายและเท่าเทียม มุ่งเน้นในการบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งสามารถจำแนก ลักษณะการให้บริการที่สำคัญ คือ

1. การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน และส่งต่อในกรณีที่ซับซ้อน รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ

2. การให้บริการแบบบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยพิจารณาจากปัจจัยสุขภาพที่ เป็นปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

3. ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง สุขภาพดี เกิดความเจ็บป่วยและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนจัดทำระบบฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพ ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

4. ส่งเสริมสุขภาพและป้องโรคของประชาชนในเชิงรุก ที่เน้นการสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ ตลอดจนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

5. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในส่วนของบริการสุขภาพ บริการสังคมหรือสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ตลอดจนการสนับสนุนจากองค์กรส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาศักยภาพระบบบริการ จะเห็นได้ว่าเป็นระบบบริการที่จะมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ โดยเป็นการดูแลคนที่ไม่ใช่เพียงการดูแลรักษาโรคและพัฒนาชุมชน รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์ที่ทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ประสานงานภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและพัฒนาชุมชนที่เป็นรูปธรรม รวมถึงบูรณาการดูแลสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ และประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน โดยอาศัยแนวคิดกรอบระบบสุขภาพอันพึงประสงค์ (The Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลก มาพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ สามารถผลักดันนโยบายคลินิกหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพบนหลักการของการพัฒนา 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย

6. งานบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดต่อระบบสุขภาพ เพราะส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสุขภาวะของประชาชน โดยมีการจัดรูปแบบการบริการทั้งในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพของผู้รับบริการและการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นการให้บริการสุขภาพที่เน้นเครือข่ายความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพเชิงพื้นที่ มีรูปแบบของการบริการเชิงรุก และพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการมิติของการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

7. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) มีการจัดสรรอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ตามเขตพื้นที่ โดยการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบริการที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพ อื่น ๆ รวมเป็นทีมหมอครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงานและให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้ชื่อว่า “คลินิกหมอ ครอบครัว”หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 Cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชน ของทีมสหวิชาชีพ

8. สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information) ข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นภาพรวมของ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญ สำหรับผู้บริหารที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการให้บริการตามแนวคิดคลินิกหมอครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่นำนโยบายมาให้บริการกับผู้รับบริการได้เข้าใจถึงปัจจัยทางสุขภาพ รูปแบบการให้บริการ การเข้าถึงบริการ อัตรากำลังคนของบุคลากรทางการแพทย์ ความเพียงพอเหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ สภาพคล่องทางการเงิน ความเป็นธรรม จากการรับบริการของระบบสุขภาพ เป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของบุคลากรทุกระดับมีการสร้างระบบกำกับติดตาม ควบคุมการดำเนินและวิจัยเพื่อพัฒนาปรับปรุง แก้ไขระบบสุขภาพให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Essential Medicines) การให้บริการทางด้านของการดูแลรักษา ผู้รับบริการ การเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี ทางการแพทย์ ถือเป็นสิ่งสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว จึงมีการวางแนวทางการประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ช่วยทำหน้าที่พิจารณากำหนดมาตรฐาน ราคา ความคุ้มทุน ความเหมาะสม คุณภาพการเข้าถึงยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วย

10. การคลังด้านสุขภาพ (Health Financing) การคลังเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพทั้ง 6 เสาหลัก ให้สามารถดำเนินต่อไปได้ โดยการบริหารจัดการคลังอยู่ในรูปของกองทุนต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อบริการด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือระบบการเงินของระบบสุขภาพให้อยู่ในสภาพคล่องตัวตลอดเวลา ทำให้ประชาชนได้รับบริการและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพเสมอภาค และเท่าเทียม

11. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) หน่วยงานของรัฐ เช่น กระทรวง มหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพตามภารกิจของหน่วยงาน โดยบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนครอบคลุมทั่วถึงและมีรูปแบบการดูแลที่ไร้รอยต่ออย่างชัดเจน

ผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

1. ระบบบริการ

1.1 บริการทุกคน : ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

1.2 บริการทุกอย่าง : ให้บริการครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)

1.3 บริการทุกที่ : ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก

1.4 บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี : ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย

2. กำลังคนด้านสุขภาพ

มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเพียงพอในอัตราส่วนที่เหมาะสม

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพที่เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) ให้ถูกต้อง ทันเวลา น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์

4.1 มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบจากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง

4.2 มีการจัดการระบบบริการด้านชันสูตรโรคตามความจำเป็นและสามารถจัดให้มีระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อนำไปทำการตรวจชันสูตรโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเครือข่ายบริการด้านชันสูตรโรค

5. ระบบการเงินการคลัง

5.1 มีระบบการเงินการคลังที่ทำให้ประชาชนไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินจนล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่าการบริการสุขภาพ

5.2 มีแผนการจัดการการเงินการคลังในระดับ Cluster (1 Cluster มี 3 ทีม)

6. การนำและการอภิบาล

ภาพรวมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวในแต่ละพื้นที่ จะขึ้นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./DHB) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน

สรุป

คลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่ดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.2560 และแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน เป็นนโยบายของรัฐบาลในการส่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ลงปฏิบัติงานในระดับตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย เป็นการพลิกกลับสามเหลี่ยมการให้บริการของระบบสาธารณสุขซึ่งในปัจจุบันตั้งบน

ยอดสามเหลี่ยมให้กลับมาวางบนฐานของสามเหลี่ยมด้านกว้างเพื่อความมั่นคง แข็งแรงของระบบบริการสาธารณสุขไทย คลินิกหมอครอบครัวจะแประสบความสำเร็จได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนด้วยความวิริยะ อุตสาหะ ความรู้ ความสามารถและความมุ่งมั่นเพื่อประโยชน์สุขของพี่น้องประชาชน

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพในครั้งนี้ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว พบว่า โครงสร้างของพื้นที่อาคาร (Structure) มีการจัดพื้นที่บริการออกเป็น 3 ส่วน มีการจัดระบบบริการ (System) โดยทีมสหวิชาชีพทั้งจากคลินิกหมอครอบครัวและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแนวทางการพัฒนาตามระบบบริการ โดยกำหนดแพทย์ประจำหมู่รับผิดชอบพื้นที่และมีระบบบริการเครือข่ายสุขภาพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการวางระบบงานบริการ (Service) เมื่อประชาชนเจ็บป่วยให้เข้าพบหมอครอบครัวประจำหมู่ของตนเองเบื้องต้นก่อนจัดระบบให้คำปรึกษาระหว่างทีมหมอครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลสุขภาพประชนเป็นระบบชัดเจนมากขึ้น เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหมอครอบครัว (Staff) จะได้รับการพัฒนาความรู้ทุกมิติผ่านระบบ Guideline ระบบ Flow Chart ดูแลตาม 5 กลุ่มวัย

2. ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวโดยการนำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว พบว่า เพื่อเป็นการเพิ่มเติมองค์ประกอบในการทำงานจากเดิม 4S (Staff/Structure/System/Service) ของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานในหลายประเด็นจะถูกซ่อนอยู่ในประเด็นหลัก หากมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นและพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญและทำงานเป็นระบบที่เชื่อมต่อได้อย่างชัดเจน จึงได้นำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สามารถสรุปรูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

S1 ยุทธศาสตร์ (Strategy)

กลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีกลยุทธ์สำคัญ 4 กลยุทธ์ คือ 1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ 3. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนากลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิและ 4. บูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในมิติสุขภาพตามกลุ่มวัย มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่องและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน

S2 โครงสร้างองค์กร (Structure)

การจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในรูปแบบคือ

1. คลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย 3 ทีมหมอครอบครัว มีการบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวและการจัดบริการในพื้นที่

2. การจัดโครงสร้างของอาคารสถานที่ จัดห้องบริการสำหรับทีมหมอครอบครัวในแต่ละทีมให้เป็นสัดส่วน

3. การจัดโครงสร้างของการประสานงาน โดยมีผู้จัดการคลินิกหมอครอบครัวและผู้พัฒนาระบบการประสานงาน

S3 ระบบการดำเนินงานขององค์กร (Systems)

การจัดระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัว (Service) มีระบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ของแต่ละทีมหมอครอบครัว จัดระบบบริการในชุมชนโดยใช้โมเดลสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใยแมงมุม เริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อมให้เป็นต้นแบบ เชิญเครือข่ายสุขภาพของทุกชุมชนเข้าร่วมและขยายกิจกรรมให้ครบทุกชุมชน

1. การจัดระบบสนับสนุน (Support) ทีมโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนด้านบุคลากรสหวิชาชีพ ระบบยาและเวชภัณฑ์ จัดทำแผนการเงิน (Plan Fin) ระบบรับและส่งผู้ป่วยโดยมีการรับส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์

2. การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สร้างระบบกลุ่มไลน์สุขภาพ ใช้ระบบแอปพลิเคชัน อสม. ออนไลน์ ใช้ระบบประเมิน/สำรวจข้อมูลสุขภาพด้วยแบบฟอร์ม Google Form และจัดเก็บข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (HOSXP)

S4 บุคลากรในองค์กร (Staff)

1. ระบบการบริหารจัดการด้านบุคลากร มีการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรเพื่อรองรับบทบาทภารกิจของคลินิกหมอครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. ระบบการจัดโครงสร้างบุคลากรของทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ รวมถึงมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) และผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) ที่อยู่ในพื้นที่ร่วมเป็นทีมหมอครอบครัว

S5 การพัฒนาทักษะ (Skills)

1. การพัฒนาด้านองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพประชาชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอบรมให้ความรู้กับทีมหมอครอบครัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สร้างมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบื้องต้น (Guideline) และถ่ายทอดไปสู่แกนนำชุมชน

2. ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกหมอครอบครัวกับแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ในโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการวางแผนการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคซับซ้อนร่วมกับแพทย์เชี่ยวชาญ

3. ระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการ context based learning : CBL ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว

S6 รูปแบบการดำเนินงาน (Style)

1. ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จัดตั้งคณะดำเนินงานแบบบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันเป็นคณะทำงานแก้ปัญหาในชุมชน

2. ระบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองเกิดศูนย์คัดกรองสุขภาพในชุมชนสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ตามรูปแบบโมเดลใยแมงมุม สนับสนุนงบประมาณ และดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค โดยใช้กระบวนการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

S7 ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (shared values)

สร้างค่านิยมร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างระบบการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนระหว่างองค์กรอื่น ๆ เคารพให้เกียรติในแต่ละวิชาชีพแต่ละองค์กรในการปฏิบัติงานร่วมกัน

ผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. ระบบบริการ

1.1 บริการทุกคน : ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

1.2 บริการทุกอย่าง : ให้บริการครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)

1.3 บริการทุกที่ : ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก

1.4 บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี : ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย

2. กำลังคนด้านสุขภาพ

มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเพียงพอในอัตราส่วนที่เหมาะสม

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพที่เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) ให้ถูกต้อง ทันเวลา น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์

4.1 มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ภายใต้กรอบบัญชียา ของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบจากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง

4.2 มีการจัดการระบบบริการด้านชันสูตรโรคตามความจำเป็นและสามารถจัดให้มีระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจ เพื่อนำไปทำการตรวจชันสูตรโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเครือข่ายบริการด้านชันสูตรโรค

5. ระบบการเงินการคลัง

5.1 มีระบบการเงินการคลังที่ทำให้ประชาชนไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินจนล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่าการบริการสุขภาพ

5.2 มีแผนการจัดการการเงินการคลังในระดับ Cluster (1 Cluster มี 3 ทีม)

6. การนำและการอภิบาล

ภาพรวมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวในแต่ละพื้นที่ จะขึ้นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./DHB) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน

อภิปรายผล

จากการศึกษาตามภารกิจคลินิกหมอครอบครัว มีประเด็นในการแก้ไขปัญหาประกอบด้วย งานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมประชากร เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เนื่องจากหน่วยงานที่ให้บริการมีหลายสังกัด (โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เทศบาลเมืองวารินชำราบ) ขาดการประสานความร่วมมือ/ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ โสภณ เมฆธน (2561) ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในบริการปฐมภูมิที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับประชากรที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การขาดแคลนอัตรากำลัง ของบุคลากรคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดอุบลราชธานี ตามรายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2562 จังหวัดอุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ 10 ทีมสหวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ขาดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม รวมถึงการทำงานในระดับครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของคลินิกหมอครอบครัว นอกจากนี้ ยังไม่มีกลไกสร้างแรงจูงใจให้กับทีมสหวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิภาครัฐในการทำงานเชิงรุก ขาดระบบฐานข้อมูลกลางที่ทุกหน่วยงานสามารถใช้ประโยชน์ได้ แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว คือ การจัดหาอัตรากำลังให้เพียงพอตามแผน หากต้องการข้อสรุปในประเด็นนี้ต้องมีเกณฑ์กลางร่วมกันในการพิจารณาอีกครั้ง โดยการคิดภาระงานแบบค่าเทียบเท่าพนักงานเต็มเวลา (Full Time Equivalent : FTE) ทั้งนี้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของรูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสมกับพื้นที่ จากการศึกษาลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันและระบุลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม คือ ด้านระบบบริการ ได้แก่ บริการทุกคน : ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ์ ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยบริการทุกอย่าง : ให้บริการครอบคลุม 4 มิติ รักษา ป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู บริการทุกที่ : ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี : ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) ให้ถูกต้อง ทันเวลา น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ มีการจัดระบบบริการด้านชันสูตรโรคตามความจำเป็น และสามารถจัดให้มีระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อนำไปทำการตรวจชันสูตรโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเครือข่ายบริการด้านชันสูตรโรค ด้านระบบการเงินการคลัง ได้แก่ มีระบบการเงินการคลังที่ทำให้ประชาชนไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินจนล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่าการบริการสุขภาพและให้ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันหรือให้ความสำคัญน้อยกับลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเพียงพอในอัตราส่วนที่เหมาะสม ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งเกณฑ์นี้สามารถยืดหยุ่นตามบริบทได้ ดังนั้นควรมีเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขไว้อ้างอิงเป็นพื้นฐาน

และควรให้มีการปรับได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ กรณีที่ต้องเพิ่มอัตรากำลังควรมีการวางแผนดำเนินการเป็นระยะ (Phasing) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่างซึ่งมีการอภิปรายประเด็นนี้ร่วมกัน แต่ก็มีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญบางส่วนที่เห็นว่าประเด็นนี้ไม่มีความจำเป็น จะใช้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือไม่ก็ได้ ด้านระบบการเงินการคลัง ได้แก่ มีแผนการจัดการการเงินการคลังในระดับ Cluster (1 Cluster มี 3 ทีม)" โดยความคิดเห็นในข้อนี้ เนื่องจากงบประมาณอยู่คนละพื้นที่จึงมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกัน ด้านการนำและการอภิบาล ได้แก่ ภาพรวมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวในแต่ละพื้นที่ จะขึ้นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต/อำเภอ (พชข./DHB) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน โดยความคิดเห็นในข้อนี้มีข้อคิดเห็นที่แต่ต่างกันและผู้เชี่ยวชาญมีมุมมองต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ระดับพื้นที่

1.1.1 ใช้การบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพเป็นวาระการดำเนินงานของอำเภอ

1.1.2 ควรให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของ

1.2 ระดับจังหวัด

1.2.1 สนับสนุนองค์ความรู้ และเชิดชูเกียรติอำเภอที่มีผลงานการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวดีเด่น สร้างให้มีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม

1.2.2 สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ เพื่อสร้างความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ

1.3 ระดับกระทรวง

1.3.1 ควรเชิญผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจริง ๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง การบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพและจัดเป็นตัวชี้วัดของการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบดูแนวโน้ม

1.3.2 ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับต้องให้ความสำคัญต่อการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อประชาชนจะได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในระยะแรกของนโยบายควรมีการวิจัยซ้ำทุก ๆ 3-5 ปี หรือในระยะต่อ ๆ ไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จยิ่ง ๆ ขึ้นไป

2.2 การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในอำเภอวารินชำราบเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในอำเภออื่น ๆ ในจังหวัด และในเขต เพื่อจะได้นำมาเปรียบเทียบกัน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ประชาธิป กะทา. สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.

นงลักษณ์ พะไกยะ และ เพ็ญนภา หงษ์ทอง. กำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป. กรุงเทพฯ : พรินท์แอทมี, 2554.

นงลักษณ์ พะไกยะ และเพ็ญนภา หงษ์ทอง. วิจัยและขับเคลื่อนเพื่อกำลังคนด้านสุขภาพ : 6 ปี. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2555.

บุญชัย ธีระกาญจน์. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสาหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2559.

สาธารณสุข, กระทรวง. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552.

สุวิมล ว่องวาณิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น/สุวิมล ว่องวาณิช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2547-2558. นนทบุรี : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2558.

วารสาร และหนังสือพิมพ์

ระพีพรรณ ฉลองสุข. “ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ : กรณีศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : เขต 5 ราชบุรี”, ไทยไภษัชยนิพนธ์. ปีที่ 10 (2), กรกฎาคม - ธันวาคม 2558. หน้า 46-67.

เบญจวรรณ ผิวผ่อง. “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด อุบลราชธานี”, วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 9. 2 (ส.ค.-พ.ย.2555) 35-43, 2555.

สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล และสุทธิพร ชมพูศรี. “กระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างเป็นเอกภาพ จังหวัดพะเยา”, วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. ปีที่ 15 (ฉบับที่ 2), 2557.

โอภาส การย์กวินพงศ์. “ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน”, บทความวิชาการ, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2561.

กฎหมาย

"พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒", ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก, 30 เมษายน 2562, หน้า 173.

"รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560", ราชกิจจานุเบกษา, เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก, 6 เมษายน 2560, หน้า 77 - 80.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัยส่วนบุคคล

ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. "ประสิทธิผลของการใช้ โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม". วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร, มหาบัณฑิต, มหาสารคามมหาสารคาม, 2553.

สมชาย ยอดดี. "ผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร". รายงานการวิจัย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555.

ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์

"แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทิศทางระบบสุขภาพไทย". (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : https : www. hfocus.org/content/2017/05/13965, 2560.

ยศ ตีระวัฒนานนท์. "การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว". (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http : //www.hitap.net/ research/169146, 2561.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. "การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : https : //www. thelancet.com/pb.../S0140673618301983_Thai.pdf, 2561.

สำเริง แหยงกระโทก. "การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ". (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http : /medinfo2.psu.ac.th/commed/activity/year2/a10pcu.pdf, 2561.

"เสนอรัฐจูงใจดึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกลับปฐมภูมิ". (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : https:www. hfocus.org/content/2015/09/10839, 2558.

โสภณ เมฆธน. "แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ". (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http : //www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/ primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf,2561

ภาษาต่างประเทศ

"Human resources for health action framework (HAF): Guide to Develop and Implement Strategies to Achieve an Effective and Sustainable Health Workforce". (Online). Available: https ://www.msh.org/sites/ msh. org/files/HRM-Aealth -Action-Framework_7-28-10_web.pdf, 2009.

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก
การศึกษาเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ-สกุล ..... โทร. .....
ผู้เก็บข้อมูล .....ว.ด.ป. .....

1.ประเด็นคำถาม

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีและทีมหมอครอบครัว ท่านคิดว่ารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร โดยนำแนวคิด 7S Model ของแมคเคนซี่มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

1.1 S1 ด้านยุทธศาสตร์ (Strategy)

.....
.....

1.2 S2 โครงสร้างองค์กร (Structure)

.....
.....

1.3 S3 ระบบการดำเนินงานขององค์กร (Systems)

.....
.....

1.4 S4 บุคลากรในองค์กร (Staff)

.....
.....

1.5 S5 การพัฒนาทักษะ (Skills)

.....
.....

1.6 S6 รูปแบบการดำเนินงาน (Style)

.....
.....

1.7 S7 ค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (shared values)

.....

.....

2. ประเด็นคำถาม

ท่านมีความคิดเห็นต่อลักษณะที่พึงประสงค์ของคลินิกหมอครอบครัวบนหลักของการพัฒนา 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

1. งานบริการสุขภาพ (Health service delivery)

.....

.....

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)

.....

.....

3. สารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information)

.....

.....

4. ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Essential medicines)

.....

.....

5. การคลังด้านสุขภาพ (Health financing)

.....

.....

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance)

.....

.....

3. ประเด็นคำถาม

ท่านมีความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัวตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

3.1 ระบบบริการ

3.1.1 บริการทุกคน : ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

.....

.....

3.1.2 บริการทุกอย่าง : ให้บริการครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)

.....

.....

3.1.3 บริการทุกที่ : ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก

.....

.....

3.1.4 บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี : ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย

.....

.....

3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเพียงพอในอัตราส่วนที่เหมาะสม

.....

.....

3.3 ระบบข้อมูลข่าวสาร

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) ให้ถูกต้อง ทันเวลา น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

.....

.....

3.4 เทคโนโลยีทางการแพทย์

3.4.1 มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบจากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง

.....

.....

3.4.2 มีการจัดการระบบบริการด้านชันสูตรโรคตามความจำเป็น และสามารถจัดให้มีระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อนำไปทำการตรวจชันสูตรโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเครือข่ายบริการด้านชันสูตรโรค

.....

.....

3.5 ระบบการเงินการคลัง

3.5.1 มีระบบการเงินการคลังที่ทำให้ประชาชนไม่ต้องรับภาระจ่ายเงินจนล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่าการบริการสุขภาพ

.....

.....

3.5.2 มีแผนการจัดการการเงินการคลังในระดับ Cluster (1 Cluster มี 3 ทีม)

.....

.....

3.6 การนำและการอภิบาล

ภาพรวมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวในแต่ละพื้นที่จะขึ้นกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ./DHB) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือตอบคำถามเป็นอย่างดีของท่าน

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ : นายธงชัย กีรติหัตถยากร

วัน เดือน ปี เกิด : 29 กุมภาพันธ์ 2507

การศึกษา : แพทยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
: สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
: อนุมัติบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา

ประวัติการทำงานโดยย่อ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส
: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบุรี จังหวัดระนอง
: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด
: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง
: ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
: รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
: รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่งปัจจุบัน : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อความมั่นคงด้านระบบบริการสุขภาพ

ผู้วิจัย นายธงชัย กีรติหัตถยากร **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** 62

ตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจนคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25.1 หรือผู้สูงอายุราว 16 ล้านคน และแบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หัวใจ เบาหวาน ความดันโรคหิตสูง สมองเสื่อม เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัจจุบันประเทศมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ 5 แสนล้านบาท ในจำนวนนี้ 4 แสน ล้านบาท เป็นสัดส่วนที่รัฐให้การสนับสนุน นักวิชาการจากTDRI คาดว่าเมื่อเข้าถึงสังคมผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นโดยในอีก 15 ปีข้างหน้า ประเทศอาจมีค่าใช้จ่ายถึง 1.4-1.8 ล้านล้านบาท ถ้าไม่มีการจัดการด้านสุขภาพที่ดีพอ

ประกอบกับ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนดไว้ใน หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ช) ด้านอื่นๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ แผน 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชน ด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบ

สาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีด้วยค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ไม่สูงจนเกินไป โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งหากสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้อีกด้วย แต่จากการวิเคราะห์ยังพบปัญหาการจัดการ เช่น ทีมหมอครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการ ขาดการมีส่วนร่วม ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี และงบประมาณไม่เพียงพอ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ โดยพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ถูกต้อง ตรงตามความต้องการของพื้นที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว
2. เพื่อศึกษาปัญหาผลการดำเนินงานของรูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัว
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ครอบคลุมพื้นที่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ขอบเขตประชากร

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ จำนวนประมาณ 20 คน ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.00) กลุ่มผู้ให้บริการทุกระดับ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 50.00) แบ่งเป็น ผู้บริหารระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ; สสอ.), ผู้บริหารระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ; สสจ.) และเป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ในครอบครัว จำนวน 6 คน (ร้อยละ 30.00) และกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.00)

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การเอกสารข้อมูล รายงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความพึงพอใจการปฏิบัติงาน

4. ขอบเขตระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มีระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2562 ถึง เดือน พฤษภาคม 2563

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบหลังดำเนินการ โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่ได้จากการค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ แนวคิดทฤษฎี จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลโดยค้นคว้าจากแหล่งต่างๆ และข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง

1.2 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) จากการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ที่ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและรับบริการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และสังเคราะห์ข้อมูลตามทฤษฎีและหลักการต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3. การนำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลแบบรายงานวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการพัฒนาบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ผลการวิจัย

จากการศึกษาตามภารกิจคลินิกหมอครอบครัว

1. เนื่องจากหน่วยงานที่ให้บริการมีหลายสังกัด (โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เทศบาลเมืองวารินชำราบ) ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

2. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในบริการปฐมภูมิที่ไม่เพียงพอ

3. ทีมสหวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบันขาดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม รวมถึงการทำงานในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของคลินิกหมอครอบครัว

4. กลไกสร้างแรงจูงใจให้กับทีมสหวิชาชีพในระบบบริการปฐมภูมิภาครัฐในการทำงานเชิงรุก

5. ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยา เดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกแตกต่าง ยังไม่สามารถทำ Lab X-ray ได้

6. ขาดการมีส่วนร่วมของการบริหารจัดการคลินิกหมอครอบครัวที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน

7. ขาดกลไกสร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่และประชาชนในการดำเนินงาน

8. งบประมาณไม่สนับสนุนให้เกิดการกระตุ้นให้มีการส่งเสริม ป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบาย

1.1 ควรสร้างนโยบายจากการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.2 สนับสนุนทรัพยากร ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรงบประมาณทรัพยากรอุปกรณ์ เช่น การตรวจLab การX-ray เป็นต้น ให้มากขึ้น

1.3 ส่งเสริมขวัญและกำลังใจ

2. เชิงปฏิบัติ

2.1 ให้มีการลงทะเบียนครอบครัว

2.2 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้มาก มีศักยภาพ ไม่น้อยกว่า โพลีคลินิก

2.3 เน้นการเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริม ป้องกันโรค

3. การวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาต้นทุน และเปรียบเทียบ พื้นที่ ที่มีคลินิกหมอครอบครัว กับที่ไม่มี