

บทนำ

ด้วยมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ โดยมีวัตถุประสงค์กำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดให้มีหลักเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งมีกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและพื้นที่ แต่ในปัจจุบันระบบปฐมภูมิของกรุงเทพมหานครยังไม่สมบูรณ์ หน่วยบริการปฐมภูมิของกรุงเทพมหานครรองรับประชาชนได้ประมาณ ๑,๓๐๐,๐๐๐ คน และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชนรองรับประชาชนได้ประมาณ ๒,๐๐๐,๐๐๐ คน ยังขาดหน่วยบริการปฐมภูมิรองรับประชาชนจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องปรับปรุงระบบการบริหารจัดการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งการใช้จ่ายงบประมาณของกรุงเทพมหานครที่ซ้ำซ้อน การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในระดับที่สูงขึ้นยังไม่มีประสิทธิภาพ การเตรียมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ยังขาดการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำเป็นต้องมีหลักสูตรการอบรมเร่งรัดพิเศษ เพื่อให้บริการระบบปฐมภูมิสามารถขับเคลื่อนภารกิจต่อไปได้ ตามเจตนารมณ์พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้กำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

ในคราวประชุมสภากรุงเทพมหานคร สมัยประชุมสามัญ สมัยที่สี่ (ครั้งที่ ๑) ประจำปี พุทธศักราช ๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้พิจารณาญัตติของนายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เรื่อง ขอให้สภากรุงเทพมหานครตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และลงมติเห็นชอบให้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งประกอบด้วย สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร และผู้แทนจากหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลนวมินทร์ บริษัท มิตรไมตรีการแพทย์ จำกัด มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และทนายความ โดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษา ๑๘๐ วัน คณะกรรมการวิสามัญฯ ประกอบด้วย

- | | |
|-------------------|-----------------|
| ๑. นายพรเทพ | ศิริวนารังสรรค์ |
| ๒. นางสุกัญญา | สุวัฒน์วงศ์ |
| ๓. นายกิตติ | บุศยพลการ |
| ๔. พลเอก โทณูจนาท | จุนณะภาต |
| ๕. พลตรี สุทธิชัย | วงษ์บุบผา |

๖. นายนิรันดร์	ประติษฐกุล
๗. นางสาวเฟื่องฟ้า	เทียนประภาสิทธิ
๘. พลตำรวจโท พลบูรณ์	ชำนาญกุล
๙. นายโกเมนทร์	ทิวทอง
๑๐. นางจิราพร	สร้อยมุกดา
๑๑. นายมลทล	มานิตย์
๑๒. นายประเทือง	เผ่าดิษฐ์
๑๓. นายสุปรีย์	วงศ์ดีพร้อม
๑๔. นายฐานพัฒน์	รัตนพันธ์
๑๕. นายสุนทร	สุนทรชาติ
๑๖. นางภาวิณี	รุ่งทนต์กิจ
๑๗. นางสาวจิตรลดา	บุตรงามดี
๑๘. นางสาวลักษณ	บุญณรงค์

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ประชุมครั้งแรกเมื่อวันศุกร์ที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๒ ที่ประชุมมีมติเลือก นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานกรรมการ นายกิตติ บุศยพลากร เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง นางสุกัญญา สุวัฒน์วงศ์ เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง นายสุนทร สุนทรชาติ เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สาม และเลือก นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ เป็นเลขานุการ โดยคณะกรรมการวิสามัญฯ มีการดำเนินงาน ดังนี้

๑. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาและรวบรวมข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการฯ จำนวน ๑๓ คน โดยมี นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานอนุกรรมการ

๒. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้มีการประชุมรวม ๒๒ ครั้ง และคณะอนุกรรมการฯ ได้มีการประชุมรวม ๑๙ ครั้ง

ขอบเขตการศึกษา

การประชุมคณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีการกำหนดกรอบประเด็นการศึกษา ประกอบด้วย ความเป็นมาระบบปฐมภูมิ ปรัชญาระบบปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ด้านปฐมภูมิ กระบวนการ และการนำไปสู่ความสำเร็จ โครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิ ระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และการเตรียมเข้าสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในงานบริการปฐมภูมิ และเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมหารือร่วมกันและเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเพื่อพิจารณาในประเด็น ดังต่อไปนี้

๑. ความเป็นมา ปรัชญาสุขภาพปฐมภูมิ โดยการศึกษาจากบทความของสุพัตรา ศรีวณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน เรื่อง สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง
๒. สำคัญพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบปฐมภูมิ โดย นายโกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอข้อมูลสำคัญของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และร่างแผน ยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๙
๓. ปัญหาข้อกฎหมายระหว่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมี นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร นำเสนอข้อมูล
๔. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและลงทะเบียนประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิผู้มีสิทธิ โดยที่ประชุมได้มีการพิจารณาเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และนายแพทย์ ไกรสร โตทับเที่ยง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลตรัง และ นายแพทย์ ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงเพชร นำเสนอข้อมูลการลงทะเบียนประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ
๕. รูปแบบการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของภาคเอกชน โดยนายแพทย์ มนัส จินตนาณรงค์ แพทย์ผู้ดูแล และนางอรารวรรณ อภิเชษฐบุตร หัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลวิชัยเวช แยกไผ่ฉาย นางจิราพร สร้อยมุกดา ผู้จัดการโรงพยาบาลนวมินทร์ นายฉายวิษณุ บุญไ้ ผู้จัดการเรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม และ นายวรศักดิ์ มานิตย์ กรรมการบริหารบริษัท มิตรไมตรี การแพทย์ จำกัด นำเสนอข้อมูลการดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ
๖. รูปแบบการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของภาครัฐ โดยมี นายแพทย์ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ ด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกำแพงเพชร นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลตรัง และนายชวรินทร์ สุนนะเศรษฐกิจ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล นางสาวกัลยาณี เขมะสุริจันทร์โย หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี นำเสนอข้อมูล
๗. โครงสร้างและระบบพื้นฐานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดย นายโกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอโครงสร้างหน่วยงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข โครงสร้างอัตรากำลังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน และนายประเทือง เผ่าดิษฐ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร นำเสนอข้อมูลหลักเกณฑ์ และการใช้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๘. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยนายแพทย์ อนันต์ กนกศิลป์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ นำเสนอข้อมูลการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) และการบริหารจัดการข้อมูล

๙. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดย นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นำเสนอข้อมูลการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับพื้นที่

๑๐. การมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ โดยที่ประชุมได้ศึกษาการดำเนินงานจากประสบการณ์การให้บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลวิชัยเวช แยกไฟฉาย มิตรไมตรีคลินิก และศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อการกำหนดบทบาทภารกิจหน้าที่ในการดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคเอกชนให้เกิดความชัดเจน

๑๑. การพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ โดยมี ดร. สุดคะนิง ฤทธิ์ฤทัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอ แผนการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านปฐมภูมิ สมรรถนะบุคลากรปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๑๒. การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมี นายโกเมนทร์ ทิวทอง รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข และนางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย นำเสนอข้อมูลแผนการประชาสัมพันธ์การให้บริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของสำนักอนามัย

๑๓. การประชุมเพื่อปรึกษาหารือ วิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่มีการศึกษาแนวทางการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๑๔. การจัดทำรายงานผลการศึกษาศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ผลการศึกษา

จากประชุมของคณะกรรมการวิสามัญฯ เพื่อศึกษาวิเคราะห์การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อมูลในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ซึ่งเป็นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ โดยมีสาระสำคัญในเรื่องที่ศึกษาเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยสรุปดังนี้

๑. ความเป็นมา ปรัชญา หลักการเหตุผล และกฎหมายระบบปฐมภูมิ

๑.๑ ความเป็นมา ปรัชญา หลักการและเหตุผล

ปี พ.ศ.๒๕๒๑ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำประกาศแห่ง อัลมา-อตา(Alma-Ata Declaration) ในการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) ที่เมืองอัลมา-อตา ประเทศสหภาพโซเวียต (ในขณะนั้น) และในปี พ.ศ.๒๕๒๓ ได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก ในการสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน โดยรัฐบาลประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาทางสุขภาพ (charter of Health Development) เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๓ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๓” (Health for All by the year ๒๐๐๐) ซึ่งประเทศไทยได้ริเริ่มโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ ที่มี ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยบริการของภาครัฐอย่างเข้มข้นพร้อมทั้งในปี ๒๕๓๕ ได้ประกาศนโยบาย “ทศวรรษการพัฒนาสถานีนานามัย ๒๕๓๕-๒๕๔๓” เพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งเชื่อมโยงกับ ผสส.และ อสม. ในการผลักดันยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ “ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ” เชื่อมต่อกับ “ระบบสุขภาพชุมชน” สร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและสามารถลดปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญและเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยคนไทยเพิ่มสูงขึ้น

ปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานและการสาธารณสุขปฐมภูมิ เป็นระบบคุณค่า (set of values) หลักการ (Principles) และเป็นวิธีการพัฒนาสุขภาพ (Health Development Approach) ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่เป็นประเทศผู้นำด้านการสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นการนำระบบการสาธารณสุขใหม่ (new public health) และการพัฒนาสุขภาพด้วยกระบวนการทางสังคม (social approach in health) มาผสมผสานให้เกิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในสังคมโดยที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้รับการยกระดับสุขภาพได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคลให้มีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้า (Health for All) ซึ่งหมายถึงการได้รับบริการและการได้รับการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและเป็นธรรม (health equality and equity) ซึ่งทิศทางเชิงนโยบายที่สะท้อนหลักการ (core principles) ที่เป็นเครื่องชี้นำการพัฒนา ประกอบด้วย หลักที่หนึ่ง หลักความครอบคลุมของบริการ (Universal Coverage) ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ เท่าเทียมกันและมีประสิทธิภาพได้นั้น คนทั้งหมดต้องเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามความต้องการ และไม่มีข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการจ่าย หลักที่สอง หลักประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Care) ระบบบริการสุขภาพสามารถถูกปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยการทำให้จุดบริการ ผสานเชื่อมโยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนแบบไร้รอยต่อ ซึ่งระบบสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นจุดยุทธศาสตร์ในการรองรับการเชื่อมต่อ (platform) ที่สำคัญยิ่ง หลักที่สาม หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policies) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชากร ส่วนใหญ่อยู่นอกภาคบริการสาธารณสุขที่เรียกว่า ปัจจัยกำหนดทางสังคม (social determinants of health) นโยบายและการทำงานของภาคส่วนอื่นๆ เช่น การศึกษา การเมือง ระบบเศรษฐกิจ สังคม ล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชน การดำเนินนโยบายใดๆ ของรัฐทั้งหมดควรตระหนักถึง ผลกระทบทางสุขภาพในทุกๆ นโยบาย (Health in All Policies) หลักที่สี่ หลักภาวะการนำ (Leadership) ซึ่งเชื่อว่าระบบสุขภาพจะต้องปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมได้

ต้องการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน มีการกำกับทิศทางนโยบายที่เข้มแข็ง รวมถึงฝ่ายปฏิบัติงาน รวมถึงประชาชนเองที่ต้องเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (change agent) ของระบบสุขภาพ ทั้งภาครัฐ (รวมถึงท้องถิ่น) ภาคเอกชน และภาคประชาชน

คำ ๓ คำ ได้แก่ “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) “ระบบบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) “เวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) มีนิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยงกัน ดังนี้

คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) มีที่มาจากคำประกาศอัลมา-อตา โดยองค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๗๓ (พ.ศ. ๒๕๑๙) ซึ่งมีเจตนาให้มีการขับเคลื่อนชุมชนโลกให้เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศสมาชิกได้ลงนามร่วมกัน โดยในประเทศฝั่งยุโรปจะให้ความหมายของคำว่า Primary Health Care เหมือนกับ Primary Care คือบริการด่านแรก หรือบริการระดับปฐมภูมิ จึงหมายถึงการบริการเหมือนกัน

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวแบบประเทศทางตะวันตกมากกว่า ๔๐ ปี ในระยะแรกก่อนการประกาศอัลมา-อตาเน้นการพัฒนาหน่วยบริการพื้นฐาน ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แต่ก็พบว่าประชาชนยังไปใช้บริการได้น้อย ระยะต่อมาเป็นระยะ ๑๐ ปีแรกหลังประกาศอัลมา-อตา ประเทศไทยได้เน้นการเพิ่มบทบาทของประชาชน มีการพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลไกการจัดการในชุมชนเพื่อขยายบริการให้เข้าถึงมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ยังคงมีการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องในประเทศไทย ทำให้เห็นถึงวิวัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย และความเชื่อมโยงสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริการปฐมภูมิ

คำว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมา-อตา ปี ค.ศ. ๑๙๗๘ กำหนดว่า หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน โดยมุ่งหวังระบบบริการปฐมภูมิให้มีแพทย์รับผิดชอบร่วมด้วยเพื่อสร้างความเข้มแข็งในด้านแรก ซึ่งเป็นที่มาของการบรรจุในรัฐธรรมนูญ มาตรา ๒๕๘ (ข) กำหนดให้ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบประชาชนในขนาดที่เหมาะสม จึงเป็นที่มาของระบบบริการปฐมภูมิหรือระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิในเชิงแนวคิดและหลักการ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care service) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีระบบส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลง โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหน่วย และหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

คำว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัว มักเน้นไปที่สาขาวิชาเฉพาะของแพทย์ที่ควบคู่กับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ เช่น อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ฯลฯ แต่ขณะเดียวกันก็ใช้เรียกงานบริการทางการแพทย์ที่ใช้ศาสตร์วิชาประเภทต่าง ๆ ในลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้ ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มิได้จำกัดขอบเขตที่ใช้เฉพาะแพทย์ แต่ขยายแนวคิดและศาสตร์นี้ให้ใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นด้วย เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขยังมีแพทย์ไม่เพียงพอ และเห็นว่าความรู้และศาสตร์วิชานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่มที่ทำงานในหน่วยบริการด้านแรก

ความเชื่อมโยงของสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว

บริการที่ระดับปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการที่ควรจะดำเนินงานด้วยเนื้อบริการที่มีลักษณะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลัก จึงทำให้มีการใช้คำละกันระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ที่มาของคำมีความต่างกัน โดยสรุปว่า บริการระดับปฐมภูมิเป็นการพิจารณาในมุมมองของระดับความซับซ้อนของบริการในระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมดที่บริการนี้ต้องรับผิดชอบดูแลสถานะสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ทุกกลุ่มวัย ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นหน่วยบริการที่เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถาบันบริการสุขภาพให้แบบสนิท ส่งต่อไปรับบริการที่อื่นอย่างเหมาะสม และบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการพิจารณาจากมุมที่เป็นเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการที่ต้องใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์หลายด้าน รวมทั้งศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์และจิตวิทยา ในสัดส่วนที่มากกว่าสาขาอื่น ซึ่งทั้งสองคำนี้มีส่วนที่ซ้อนกันและเสริมกันในการดำเนินการจริงที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กัน และทั้งหมดนี้ต่างก็ได้รับแนวคิดหรือหลักการสำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน หรือกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเดียวกันกับสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศอัลมา-อตาโดยองค์การอนามัยโลก

ปี พ.ศ.๒๕๖๒ ประเทศไทยมีการจัดระบบบริการสุขภาพเป็นขั้นๆ กล่าวคือ ในระดับพื้นฐานจะมีหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ สถานีอนามัย และส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งกระจายในทุกพื้นที่ตำบลในทุกจังหวัดทั่วประเทศซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙,๗๗๕ แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล รวมร้อยละ ๙๒.๙๘ ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดทั่วประเทศ

สำหรับในพื้นที่เขตเมืองมีศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนของเทศบาล กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย รวมถึงภาคเอกชน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่กระจายทั่วทุกพื้นที่เขตเมือง เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒๐๘ แห่ง ทั้งนี้ สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิพื้นฐานสำหรับประเทศไทยที่ผสมผสานงานด้านสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ ดำเนินงานในรูปแบบการผสมผสานและเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) โดยมีหน่วยคู่สัญญาหลัก (Main Contracting Unit Providers) หรือ CUP ทำหน้าที่เป็นองค์กร การบริหารจัดการ การเงินการคลังบริหารงบประมาณให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในฐานะหน่วยคู่สัญญารอง (Sub-contracting Unit) โดยมีนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และสายงานอื่นร่วมกันให้บริการ ได้แก่ แพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด โดยที่ในบางหน่วยบริการจะมีแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป (GP) ให้บริการแบบเต็มเวลา และบางช่วงเวลาหรือบางวันนอกจากงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับบุคคล กลุ่มประชากรและสิ่งแวดล้อมแล้ว ส่วนใหญ่จัดบริการในลักษณะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) ยังไม่มุ่งเน้น

การให้บริการในลักษณะการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ผสมผสาน (Comprehensive) เป็นองค์รวม (Holistic Care)

ในส่วนของภาคเอกชน หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคลินิกที่เป็นอิสระ และบางส่วนเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครปัจจุบันมีคลินิกอยู่รวม ๑๖๒ แห่ง จากทั้งหมดทั่วประเทศ ๓๐๑ แห่ง ส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญเฉพาะการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ส่วนบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมักค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เปิดทำการเพียงบางเวลาเท่านั้น แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาบริการสาธารณสุขผสมผสานเพิ่มมากขึ้น

ในปี ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาเพื่อยกระดับระบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลประชาชนทุกครัวเรือนครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วย “ทีมหมอครอบครัว” (Family Care Team) ดูแลประชาชนทุกครัวเรือน โดยแบ่งกลุ่มประชากรให้คำปรึกษา ดูแลถึงบ้าน ประสานงานส่งต่อโดยมีทีมแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา ซึ่งจากการประเมินนโยบาย พบว่า ผลลัพธ์สุขภาพเกิดกับกลุ่มเป้าหมายหลักเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปรากฏรูปแบบความเชื่อมโยงการบริการดูแลประชาชนที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่ายและเชื่อมโยงกับภาคสังคม ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHS)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดและรูปแบบทีมหมอครอบครัว (FCT) ได้รับการพัฒนาต่อยอดเป็นนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ซึ่งเป็นการปรับปรุงรูปแบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ๕ ที่ระบุว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” พร้อมทั้งนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) มาเป็นแนวคิดหลักเสริมจากระบบบริการปฐมภูมิเดิมที่ใช้แนวคิด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอยู่เป็นฐานเดิม โดยมีการจัดรูปแบบบริการด้วยหลักเกณฑ์ ๑) มีประชากรรับผิดชอบดูแล ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๘,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน (ตามบริบทพื้นที่) ๒) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย ๓ วันทำการ ๓) มีทีมสุขภาพให้บริการหลัก ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คน โดยมีเป้าหมายในการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวให้ครอบคลุมคนไทยทุกคนรวม ๖,๕๐๐ ทีม ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี โดยได้ทดลองจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบ PCC ในช่วงปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ รวมทั้งสิ้น ๑,๑๘๐ ทีม แต่ยังคงพบารูปแบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวบางส่วนยังคงเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (Extended OPD) ซึ่งต้องการพัฒนาบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการในลักษณะการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ผสมผสาน (Comprehensive) เป็นองค์รวม (Holistic Care) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้เกิดความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม รูปแบบบริการ PCC ถือเป็นรากฐานสำคัญยิ่งของประเทศที่นำไปสู่การผลักดันให้ประกาศใช้ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อเป็นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความเข้มแข็งให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนภายใน ๑๐ ปี

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีการจัดระบบและดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศในรูปแบบ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” และ “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ตามพระราชบัญญัติฯ แต่การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิเองก็ยังคงเผชิญกับความท้าทายจากปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมที่สำคัญ คือ

๑) การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นแต่คุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน

๒) การผลิตกระจาย และการธำรงรักษาบุคคลทางด้านแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพยังไม่เพียงพอ

๓) การลงทุนทางสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีอยู่จำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับการลงทุนกับระบบการแพทย์เชี่ยวชาญ

๔) ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพประชาชนในพื้นที่และสังกัดที่แตกต่างกันยังเป็นระบบแยกส่วน

๕) ความท้าทายของปัญหาสุขภาพประชากรและสังคมที่เป็นความท้าทาย คือ

๕.๑) ความยืนยาวของอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วค่อนข้างมาก

๕.๒) สภาวะความเป็นเมืองที่ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยแออัด สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมและมลพิษ ภาวะทางสังคมที่แข่งขันเร่งรีบประชาชนมีวิถีชีวิตทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและด้อยโภชนาการ ความไม่เสมอภาคในการรับบริการสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง ภาวะสุขภาพจิต อาชญากรรม ความรุนแรง ยาเสพติด และปัญหาโรคระบาด ฯลฯ

๕.๓) การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยที่ประเทศไทยซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประชากรวัยอื่นๆ รวมกัน อยู่ในอัตราสูง ทำให้ศักยภาพในการผลิตและหารายได้ของประเทศลดต่ำลง ขณะที่ผู้สูงอายุต้องการระบบการดูแลเพิ่มมากขึ้นทั้งการดูแลชีวิตประจำวันภายในครอบครัว การเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจากความเสื่อมถอยของร่างกาย การจัดการรองรับการดูแลสุขภาพในระยะยาว ฯลฯ

๕.๔) ภาวะโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น พบว่า ความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวาน และความดันเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า ตรวจพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ๓ แสนคน/ปี ขณะที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถควบคุมภาวะโรคได้เป็นปกติทำได้เพียงร้อยละ ๒๓.๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด

๕.๕) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพดี และการจัดการสุขภาพของตนเองให้ลดภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม

ซึ่งเป็นความท้าทายที่หน่วยบริการและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่จะต้องนำมาออกแบบระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทความท้าทายของสุขภาพประชาชน

๑.๒ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้มีการศึกษาและพิจารณาประเด็นสาระสำคัญของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทภารกิจของกรุงเทพมหานครในการดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งศึกษายุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายและยุทธศาสตร์ชาติ โดยสรุป ดังนี้

๑.๒.๑ เจตนารมณ์การมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

เหตุผลสำคัญในการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๔๗ วรรคหนึ่ง บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา ๕๕ บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค

การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมาตรา ๒๕๘ ช. ด้านอื่นๆ (๕) บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถือเป็นกฎหมายที่จะเป็นหลักสำคัญในการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีกลไกคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิจึงมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยได้รับสิทธิรับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

๑.๒.๒ สรุปสาระสำคัญจากพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

“ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการ

ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้มีมาตราที่เกี่ยวข้องกับกรุงเทพมหานคร ดังนี้

หมวด ๒ การจัดบริการการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข

มาตรา ๑๗ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ซึ่งคณะกรรมการกำหนดและประกาศให้ประชาชนทราบ

มาตรา ๑๘ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิกระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ร่วมกันจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ แจ้งให้ผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อตามวรรคหนึ่งทราบถึงการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิผู้ดูแลผู้รับบริการตามมาตรา ๒๒ การจัดทำบัญชีรายชื่อตามวรรคหนึ่ง และการแจ้งตามวรรคสองให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

เพื่อความสะดวกและความจำเป็นในการรับบริการ ผู้รับบริการอาจขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งตนมีรายชื่อได้

มาตรา ๒๐ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ตลอดจนเคารพ ในสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติและผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพกายและสังคมก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วย

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัด เว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และบริการ รวมทั้งการขอรับค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๖) ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

มาตรา ๒๑ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้คณะกรรมการประกาศกำหนด หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการให้ข้อมูล การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ และการเข้าถึงข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งการส่งข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้รับบริการในหน่วยบริการกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีรายชื่อตามมาตรา ๑๘

มาตรา ๒๒ การให้บริการตามมาตรา ๒๐ (๑) ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนเหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้นในสัดส่วนที่เหมาะสม

ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามวรรคหนึ่ง ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแจ้งให้ผู้รับบริการและสำนักงานทราบโดยเร็ว

เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิอาจกำหนดสถานที่ วัน และเวลาในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม รวมทั้งแจ้งให้ผู้รับบริการมารับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามสถานที่ วัน และเวลานั้นได้

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง และวรรคสาม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่ คณะกรรมการประกาศกำหนด

หมวด ๔ การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

มาตรา ๓๐ เพื่อให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ให้คณะกรรมการประกาศกำหนดกลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้ และส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนตามตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๑) โดยบูรณาการทรัพยากรในการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิและติดตามดูแลการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมทั้งประสานให้เกิดเครือข่ายบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในพื้นที่นั้นหรือพื้นที่อื่น ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๓๑ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาจขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน เพื่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

รายการค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษา เงิน และการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา ๓๒ ให้คณะกรรมการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม ปรับปรุง และพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ ปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การรับฟังความคิดเห็นตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

๑.๒.๓ ร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

วิสัยทัศน์ : ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นที่ยอมรับ ครีธา และเชื่อมั่นของประชาชนและชุมชน พันธกิจ : “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสุขภาพหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ภายใต้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน่วยบริการหลักเป็นหน่วยเดี่ยวหรือรวมเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ : ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงประโยชน์ของระบบบริการปฐมภูมิอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม สามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เพิ่มศักยภาพบริการปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ขับเคลื่อนด้วยทีมหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ประชาชนเข้าถึง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

เป้าประสงค์ระดับยุทธศาสตร์ : ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิทุกรูปแบบที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบบริการบริหารจัดการด้านปฐมภูมิและสนับสนุนชุมชน พึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เป้าประสงค์ระดับยุทธศาสตร์ : ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ (การดูแลสุขภาพ การป้องกัน ส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ระดับยุทธศาสตร์ : ทรัพยากรบุคคลในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องตามภารกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับรูปแบบการบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ระดับยุทธศาสตร์ : ระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิ สามารถตอบสนองการดำเนินงานตามภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ระดับยุทธศาสตร์ : หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่

๑.๓ ปัญหาข้อกฎหมายระหว่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะกรรมการวิสามัญ ได้ศึกษาปัญหาข้อกฎหมายในการปฏิบัติงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีปัญหาข้อกฎหมายระหว่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ กับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ประเด็นสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข (หมวดที่ ๒ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	ความเห็น/ข้อสังเกต
<p>มาตรา ๑๔ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ทั้งนี้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการปฐมภูมิตามวรรคหนึ่ง ต้องจัดให้มีการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนดตามมาตรา ๒๑</p>	<p>มาตรา ๕ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด</p> <p>มาตรา ๗ บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ</p>	<p>๑. สิทธิรับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯ รองรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคณะกรรมการ สามารถกำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข</p> <p>๒. ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯ ประชาชนมีสิทธิรับบริการที่หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิได้อยู่แล้ว มีความจำเป็นกำหนดให้ประชาชนไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัตินี้หรือไม่</p>

๒. ประเด็นหน่วยบริการและมาตรฐานบริการสาธารณสุข (หมวดที่ ๒ การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	ความเห็น/ข้อสังเกต
<p>มาตรา ๑๗ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่คณะกรรมการกำหนดและประกาศให้ประชาชนทราบหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามวรรคหนึ่ง</p>	<p>มาตรา ๔๔ ให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ แล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตน ตามมาตรา ๖ การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่</p>	<p>คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ กำหนดหน่วยบริการ ๔ ประเภท (ปฐมภูมิ ประจำ รับส่งต่อ ร่วมให้บริการ) ซึ่งรวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว การมีหน่วยบริการปฐมภูมิตามร่างพระราชบัญญัติปฐมภูมินี้ จะซ้ำซ้อนหรือไม่ จะเกิดเป็นหน่วยปฐมภูมิ ๒ ระบบ และ ๒ มาตรฐาน หรือไม่</p>

<p>ให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา ๑๖ ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน การแบ่งเขตพื้นที่ และการประกาศตามวรรคหนึ่ง รวมทั้งการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการเรียกคืนเงินตามวรรคสอง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์</p>	<p>คณะกรรมการกำหนด</p>	
<p>มาตรา ๑๘ ให้สำนักงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร ร่วมกันจัดทำบัญชีรายชื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแจ้งให้ผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อตามวรรคหนึ่งทราบถึงการใช้สิทธิรับบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผู้ดูแลผู้รับบริการตามมาตรา ๒๒ เพื่อความสะดวกและความจำเป็นในการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้รับบริการอาจขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งตนมีรายชื่อได้ ทั้งนี้ให้นำความในวรรคสอง มาใช้บังคับโดยอนุโลม การจัดทำบัญชีชื่อตามวรรคหนึ่ง การแจ้งตามวรรคสอง และการขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามวรรคสาม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด</p>	<p>มาตรา ๖ บุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา ๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงาน หรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำ การลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ การขอเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำและหน้าที่ของหน่วยบริการประจำที่พึงมีต่อรับบริการ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ ในกรณีที่บุคคลใดมีสิทธิเลือกหน่วยบริการเป็นอย่างอื่นตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการ หรือตามสิทธิที่บุคคลนั้นได้รับอยู่ตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรีหรือคำสั่งอื่นใด ให้การใช้สิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือสิทธิของบุคคลนั้น</p>	<p>พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯ กำหนดให้การเลือกหน่วยบริการเป็นไปตามความประสงค์(เจตนาของผู้มีสิทธิ) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ เป็นลักษณะบังคับหรือไม่ กรณีดังกล่าวจะเป็นกฎหมายที่ขัดหรือแย้ง พระราชบัญญัติหลักประกันฯ หรือไม่</p>

<p>มาตรา ๒๐ หน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการ ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเชื่อทางศาสนา</p>	<p>มาตรา ๔๕ ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้ วัคซีน ยาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษา ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุข ที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา</p>	
<p>มาตรา ๒๒ ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามมาตรา ๒๐ (๑) ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจำนวนที่เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการซึ่งมีรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้นในสัดส่วนที่เหมาะสม ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามวรรคหนึ่ง ให้หน่วยบริการปฐมภูมิแจ้งให้ผู้รับบริการ และสำนักงานทราบโดยเร็วเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาจ กำหนดสถานที่ วัน และเวลาในการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม รวมทั้งแจ้งผู้รับบริการ เพื่อรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามสถานที่ วัน และเวลานั้นได้ การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง วรรคสอง และวรรคสาม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด</p>	<p>มาตรา ๔๔ วรรคสอง การขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ตาม วรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการ กำหนด</p>	<p>พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ มีจุดเด่น ในการกำหนดให้มี แพทย์เวชศาสตร์และคณะผู้ ให้บริการ อย่างไรก็ตาม เห็นว่า กรณีหน่วยบริการในระบบ UC คณะกรรมการก็อาจดำเนินการได้ ตามมาตรา๑๘ (๑) ประกอบ มาตรา ๔๔</p>

๓. ประเด็นการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ (หมวดที่ ๓ การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	ความเห็น/ข้อสังเกต
<p>มาตรา ๒๔ ให้คณะกรรมการกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างสม่ำเสมอ โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบดังกล่าว ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด</p>	<p>มาตรา ๕๐ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจดังต่อไปนี้ (๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕(๒) กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ</p>	<p>มีการตรวจประเมินและควบคุมมาตรฐานหน่วยบริการ ๒ ชุด มาตรฐานเดียวกันหรือไม่</p>
<p>มาตรา ๒๕ ในกรณีที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิใดไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ให้รายงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา</p>	<p>มาตรา ๕๐ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕ มาตรา ๕๗ ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนพิจารณา</p>	<p>ควรมีคณะกรรมการอีกชุดหนึ่งสำหรับการควบคุมคุณภาพโดยตรงหรือไม่ การกำหนดให้กลไกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นหลักประกันความเป็นธรรมให้แก่ผู้ป่วยซึ่งได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานหรือไม่</p>

๒. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและการลงทะเบียนประชาชน

๒.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยสรุปดังนี้

คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๒๕ คน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน กำหนดหลักเกณฑ์และกลไก

- ควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
- การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- ส่งเสริมและพัฒนาระบบ

เพื่อจัดให้มีทีมหมอครอบครัวมากกว่า ๖,๕๐๐ ทีม ดูแลคนไทยทุกคน ๖๘ ล้านคน โดยทีมหมอครอบครัว ๑ ทีม ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหวิชาชีพ และอาสาสมัคร รับผิดชอบ ประชาชน ๑๐,๐๐๐ คน ดูแลทุกคน ดูแลทุกอย่าง ดูแลทุกที่ ดูแลทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี

ซึ่งรวมผลได้จากการมีบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติใน ๑๐ ปี ๒๒๗,๕๗๐ ล้านบาท ช่วยประหยัดเวลาการรอคอยจาก ๓ ชั่วโมง เหลือ ๔๔ นาที ประหยัดเงินเดินทางเฉลี่ย ๑,๖๕๕ บาท/คน

ร่างประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ตามความในมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๙) และมาตรา ๑๗ วรรคสาม)

หน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

(๑) Structure	(๒) System	(๓) Staff *แพทย์ที่ผ่านการอบรมตามมาตรา ๔๓
<p>(๑) มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดลอมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ</p> <p>(๒) สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น</p>	<p>(๓) มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ตามประกาศขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ)</p> <p>(๔) มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปด ชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์ (ถ้ามีการให้บริการนอกเวลาทำการ แจ้งประชาชน)</p> <p>(๕) มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศฯ</p>	<p>(๖) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว* อย่างน้อยหนึ่งคน และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อยหนึ่งคณะซึ่งประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวนสองคนขึ้นไป และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ชุมชน จำนวนสองคนขึ้นไป Structure</p>

- เกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบระหว่าง ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐๐ คน หรือตามจำนวนที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

- ภายใน ๒ ปี กรณีหน่วยงานบริการปฐมภูมิไม่สามารถจัดผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถจัดให้มีตามความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ โดยความเห็นชอบจาก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มี ๒ ประเภท

(๑) หน่วยบริการอย่างน้อยสองหน่วยบริการรวมกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

(ก) มีหน่วยบริการอย่างน้อยสองหน่วยรวมกัน ระยะห่างเหมาะสม

(ข) มีที่ตั้งของเครือข่ายหน่วยบริการที่มีขนาดเพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนหน่วยบริการทั้งหมดที่อยู่ในเครือข่าย เข้าถึงสะดวก

- อาจรวมกันเพื่อประสานความร่วมมือหรือระดมทรัพยากรได้

(๒) หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยสองหน่วยรวมกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

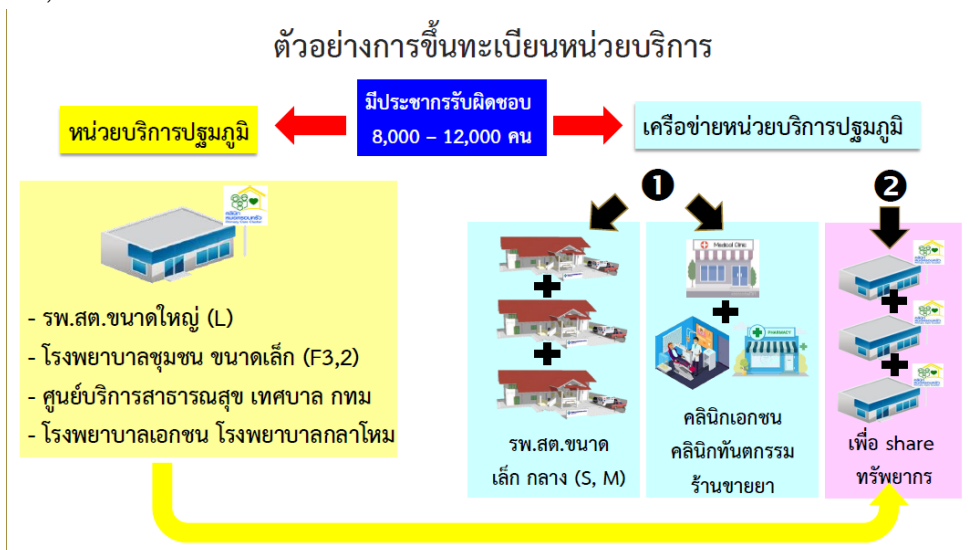
(ก) มีหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยสองหน่วยบริการปฐมภูมิรวมกัน โดยมีระยะห่างระหว่างกันที่เหมาะสมกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

(ข) มีที่ตั้งของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดที่อยู่ในเครือข่ายและเข้าถึงสะดวก

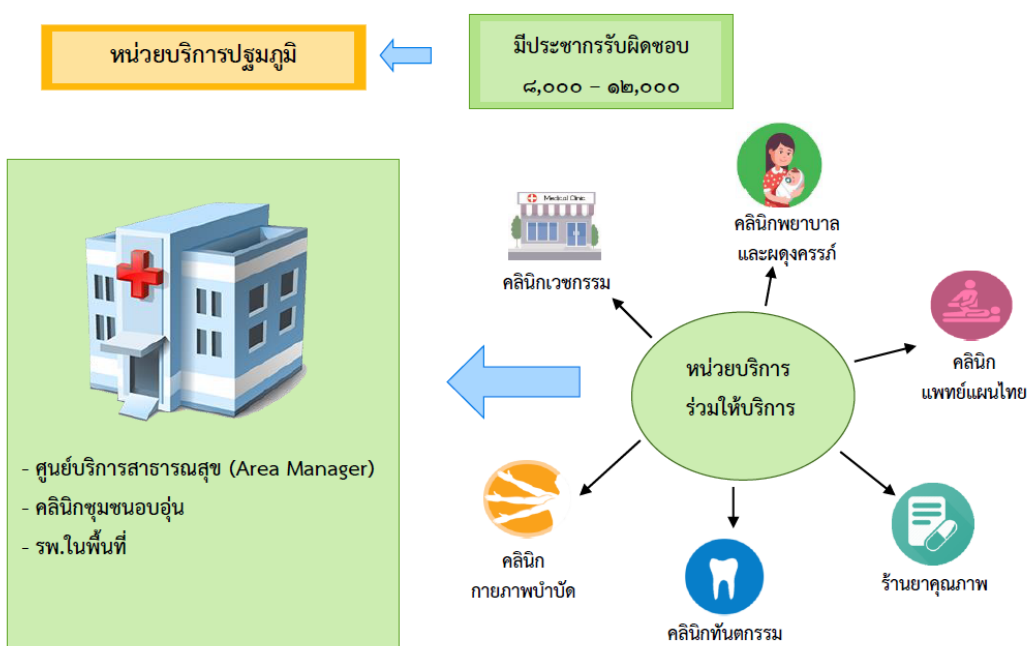
- เพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรรวมกันมากยิ่งขึ้น

- อาจจัดให้มีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมของพื้นที่ก็ได้

ทั้งนี้ (๑) และ (๒) ต้องมีลักษณะเหมือนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามข้อ ๓ และประชากร ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ หรือตามบริบท



ตัวอย่างการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



หน่วยบริการที่จะขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ลักษณะของหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน

๑.๑ มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

๑.๒ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

๑.๓ บุคลากรมีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างน้อยดังต่อไปนี้

- ดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน
- ดูแลสุขภาพเชิงรับในหน่วยบริการและเชิงรุกในชุมชน
- บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน
- บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ
- ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

- ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

- มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันทำการต่อสัปดาห์ โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป

- มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพในการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว* อย่างน้อยหนึ่งคน และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อยหนึ่งคณะ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนสองคนขึ้นไป** และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวนสองคนขึ้นไป**

* สามารถให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ ภายในสองปีนับตั้งแต่วันที่ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ

** ในกรณีที่หน่วยบริการใดที่ไม่สามารถจัดให้มีคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขในสัดส่วนตามที่กำหนดได้ ให้หน่วยบริการนั้นสามารถจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ตามความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่โดยความเห็นชอบของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในสองปีนับตั้งแต่วันที่ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ

๒. มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบระหว่าง จำนวน ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน หรือตามจำนวนที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของหน่วยบริการ

หมายเหตุ ปัจจุบันในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิคือหน่วยบริการเพียงหน่วยเดียวมีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขทุกข้อ ยังไม่มีการขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วย

บริการปฐมภูมิ คือ หน่วยบริการหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อยสองหน่วยรวมตัวกัน แบ่งเป็น ๒ ประเภท ดังต่อไปนี้ ประเภทที่ ๑ คือ หน่วยบริการอย่างน้อยสองหน่วยบริการรวมกันเพื่อให้มีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขทุกข้อ ประเภทที่ ๒ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยสองหน่วยรวมกันเพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต่างกับประชาชนอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และใช้ทรัพยากรร่วมกันมากยิ่งขึ้น

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- ศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่เป็น Area manager จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลในพื้นที่ จำนวน ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน โดยให้การดูแลประชาชนที่อยู่ในเขต ไม่สามารถดูแลข้ามเขตได้

- มีหน่วยร่วมให้บริการ ได้แก่ ร้านขายยา คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์ คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกกายภาพบำบัด โดยหน่วยร่วมให้บริการเหล่านี้จะไม่ได้รับการจัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมาย ประชาชนสามารถเข้ามาใช้บริการได้ด้วยตัวเอง หน่วยร่วมให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนจากผลงานการให้บริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

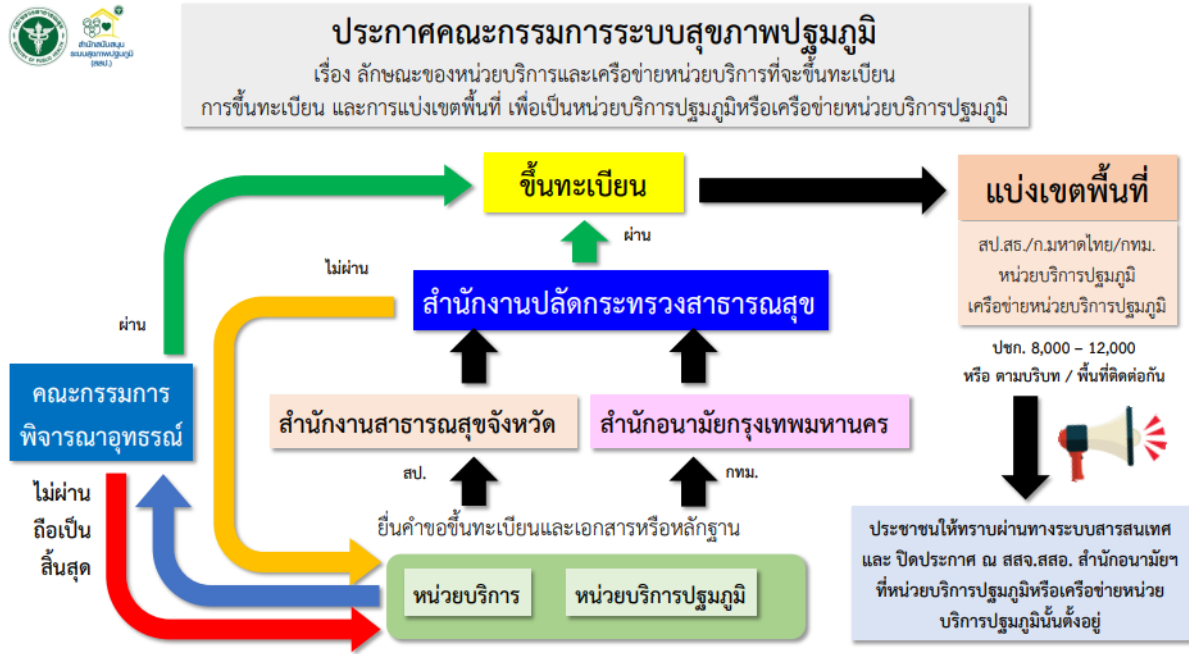
ตัวอย่างการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในเขตพื้นที่ กทม.



๒.๒ การลงทะเบียนประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประชาชนประกอบด้วย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มด้อยโอกาส ซึ่งการจัดให้บริการด้านสุขภาพโดยให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ให้ประชาชนรู้ข้อมูลของตนเอง มีที่ปรึกษา ด้านสุขภาพ และสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ อีกทั้งยังช่วยลดการรอคอยเมื่อไปรับบริการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของรัฐ และลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ซึ่งกฎหมายกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ครอบครัว & คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลประชากร ๑ : ๑๐,๐๐๐ คน

คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตามแผนภูมิ ดังนี้



การดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการขึ้นทะเบียนประชาชนจับคู่กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการดำเนินการเพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพและการรักษากลับไปยังแพทย์ประจำตัว ซึ่งขณะนี้ทั่วประเทศมีทีมหมอครอบครัว จำนวน ๑,๒๘๐ ทีม ครอบคลุมประชากร ๑๒ ล้านคน มีระบบบริหารจัดการทีมหมอครอบครัว Primary Care Cluster Management : PCCM ซึ่งระบบ PCC Management เป็นระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ใช้สำหรับให้บริการข้อมูลหน่วยบริการและข้อมูลบุคลากร ข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ โดยแพทย์ประจำตัวจะมีข้อมูลของคนไข้

วิธีการลงทะเบียนประชาชน ในขั้นแรกใช้วิธีการจับคู่ประชากรกับแพทย์ วิธีการจับคู่ที่ทำการใช้ฐานข้อมูลเดิมในระบบของกระทรวงที่มีอยู่ และให้แพทย์กับทีมลงทะเบียนไปที่สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิว่าจะดูแลประชากรพื้นที่ใด จากนั้นก็นำประชากรในพื้นที่มารวมกันเป็นทีมนำร่อง เนื่องจากไม่สามารถให้ประชาชนทุกคนมาลงทะเบียนได้ จึงต้องนำข้อมูลประชากรที่มีอยู่เดิมก่อนแล้วจับทีมหมอลงมาดูแล หากประชาชนต้องการย้ายสิทธิสามารถกระทำได้ เมื่อมีการจับคู่ประชากรกับทีมหมอครอบครัวแล้ว ส่วนที่ดำเนินการควบคู่กันคือการเตรียมการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งพระราชบัญญัติกำหนดว่า เมื่อใดก็ตามที่ประชาชนผูกชื่อกับแพทย์แล้ว แพทย์มีสิทธิที่จะเป็นตัวแทนขอข้อมูลสุขภาพจากที่ใดก็ได้ในประเทศ และหมอประจำตัวมีหน้าที่สรุปและแปรข้อมูลสุขภาพไว้ที่หน่วยบริการ และได้ข้อมูลสุขภาพแล้วก็คืนให้กับประชาชน เพื่อให้ติดตัวไปสำหรับใช้ประโยชน์หากจะเข้ารับรักษาพยาบาลทั่วประเทศ

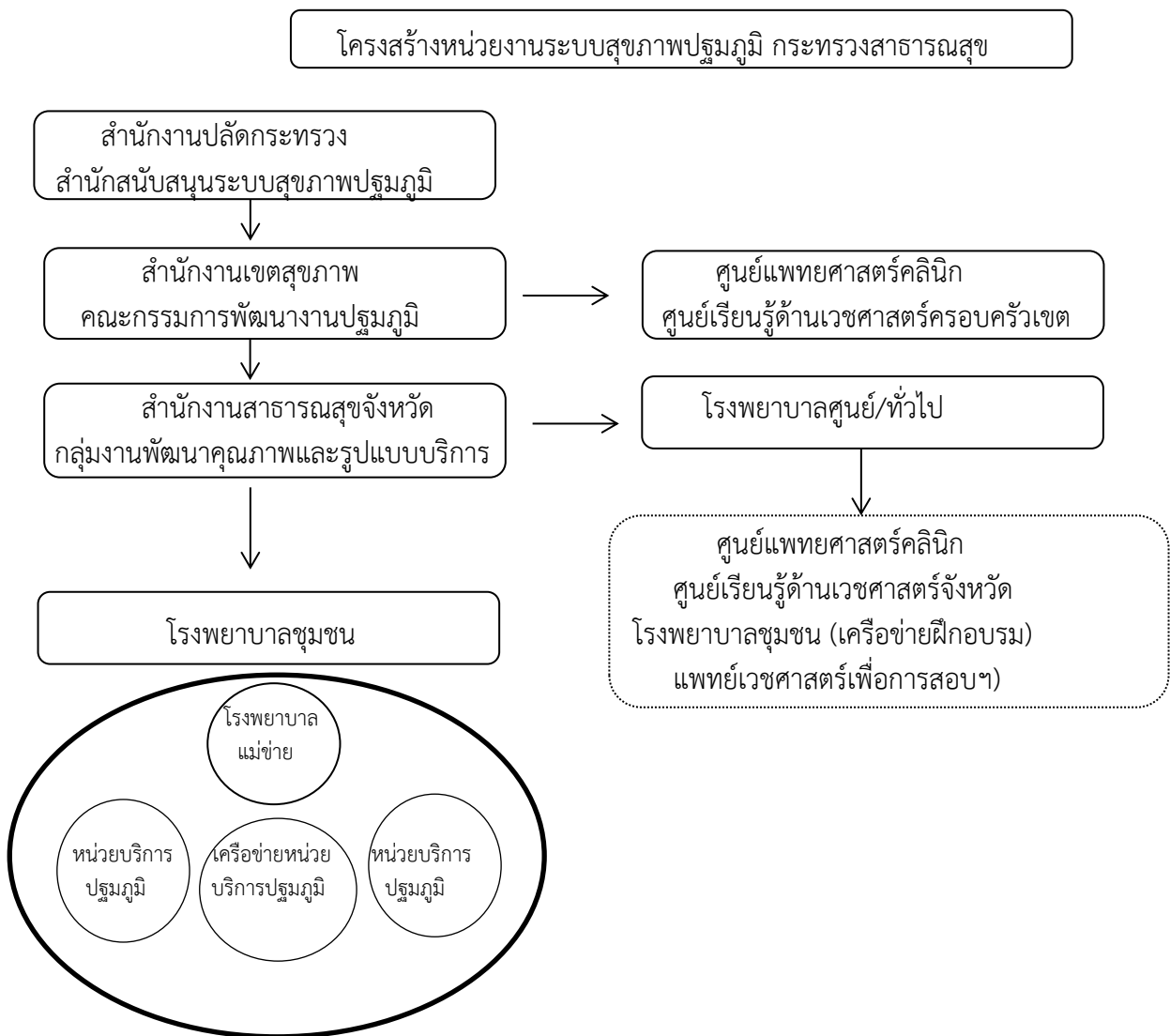
Data set Examples

- น้ำหนัก ส่วนสูง ความดัน โลหิต Pulse หายใจ
- วันที่ไปใช้บริการ
- การวินิจฉัย
- ยาที่ได้รับ
- แพ้ยาอะไร
- ค่า Lab II&: Reference range
- วัคซีนที่ได้รับ
- การตรวจค้นหา เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่
- วันนัดหมายครั้งต่อไป
- ภาพ EKG
- ผลอ่าน CT Ultrasound X-ray
- ผลตรวจครรภ์ :-LMP,อายุครรภ์, ท่าเด็ก, ผลเลือด , Fetal HR, ภาวะเสียง GPA
- Operation
- Key Information Summary

๓. โครงสร้างและระบบพื้นฐานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๑ โครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร

โครงสร้างหน่วยงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข



ตามผังโครงสร้างหน่วยงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนกลางมีสำนักงานปลัดกระทรวงดูแลและเป็นเลขานุการตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิฯ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงมอบสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อรับผิดชอบงานปฐมภูมิโดยเฉพาะ ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งเขตสุขภาพ ๑๒ เขต ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่ในเขต ๔-๘ จังหวัด โดยเขตจะมีผู้ตรวจราชการกระทรวงเป็นหัวหน้าประจำแต่ละเขต

จากสำนักงานเขตสุขภาพจะลงไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดซึ่งมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบ โดยมีกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ รับผิดชอบงานปฐมภูมิ อสม. สาธารณสุขพื้นฐานทั้งหมด และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะลงไป ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีหน่วยงานบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดูแลร่วมกัน

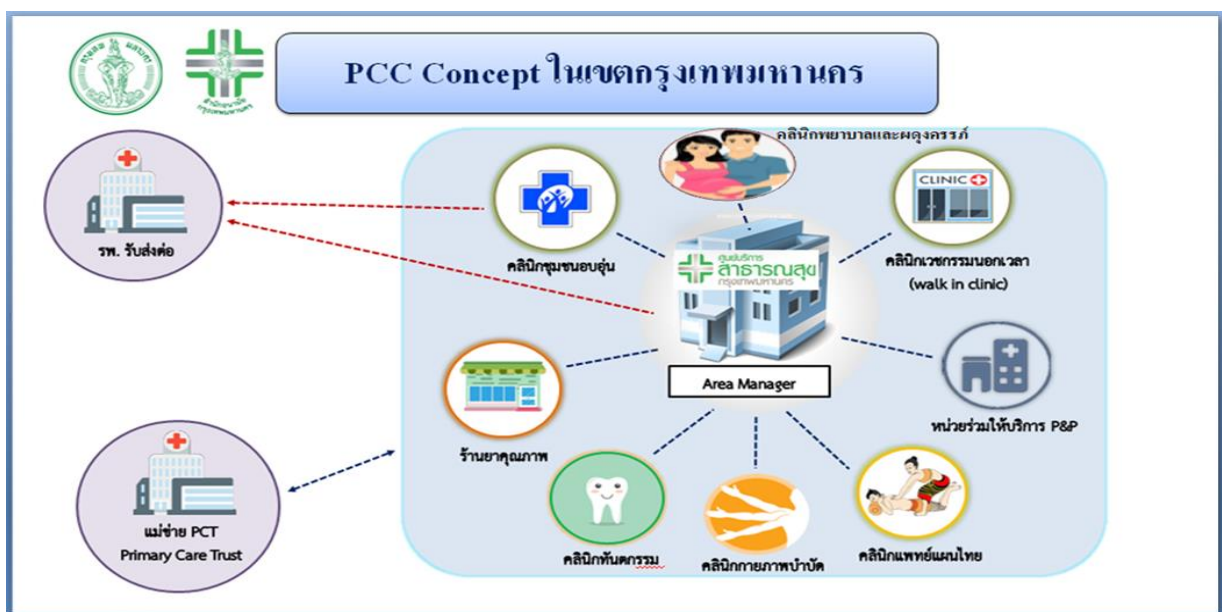
สำหรับเรื่องกำลังคน การฝึกอบรม ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขจะมีศูนย์แพทย์ศาสตร์คลินิก เป็นสถานที่ผลิตแพทย์เพิ่ม และต้องการให้ศูนย์แพทย์ศาสตร์รับในเรื่องการฝึกอบรมหลังจบแพทย์ และตั้ง เป็นศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเขต

ในอนาคตได้วางแผนไว้ว่าแต่ละจังหวัดควรมีศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จังหวัด โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์เพื่อการสอบ ขณะนี้สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล ประมาณ ๑๒๐ ล้านบาท ดำเนินการเรื่องการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การพัฒนาบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพต่างๆ ซึ่งตามโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขพยายามจะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งอำเภอ มีหน้าที่รับผิดชอบ

๑. รับลงทะเบียนประชาชนในพื้นที่ รับเรื่องการเปลี่ยนแปลงโยกย้าย
๒. รับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
๓. ติดตามประเมินผลคุณภาพตามมาตรฐาน

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครปี ๒๕๖๓



คลินิกหมอครอบครัว เป็นการบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชน ได้รับมอบหมายพื้นที่และประชาชนในการดูแลที่ชัดเจน ดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสมทั้ง 5 มิติสุขภาพ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องใช้การดูแลหลากหลายมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ควบคุม/ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายโรคในชุมชน การดูแลลักษณะนี้ต้องอาศัยผู้ให้การดูแลที่มีความพร้อม ทั้งความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค การสร้างสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี

เป้าหมายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

- ๑) ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
 - ๒) ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 - ๓) ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล
 - ๔) การร่วมกันทำงานแบบประชารัฐ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
- เกณฑ์การจัดตั้ง “คลินิกหมอครอบครัว (PCC)” ๓S ตามแนวทางของกระทรวง

สาธารณสุข

๑. SYSTEM

- มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชนประมาณ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน และตามบริบทของพื้นที่
- รูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสะดวกโดยใช้เทคโนโลยี
- ระบบการดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูง
- การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

๒. STAFF

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์
- พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน
- นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข อย่างน้อย ๒ คน

๓. STRUTURE ที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว

แนวคิดคลินิกหมอครอบครัวพื้นที่กรุงเทพมหานคร

บริการทุกคน	บริการทุกกลุ่มวัย ทุกสิทธิการรักษา (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย)
บริการทุกอย่าง	Holistic Integrated Care (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ส่งต่อ ต่อเนื่อง)
บริการทุกที่	ทั้งในคลินิกครอบครัวและทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและชุมชน
บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี	เวลาราชการ/เวลาราชการ ใช้เทคโนโลยี ประสาน/เชื่อมโยงข้อมูล เช่น Line-group E-referral

หน่วยบริการในเขตพื้นที่ดำเนินการ PCC ประกอบด้วย

- ศูนย์บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ area manager
- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็น PCC : คลินิกชุมชนอบอุ่น
- หน่วยบริการร่วมให้บริการ : คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม ร้านขายยา คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์

เป็นต้น

- หน่วยบริการรับส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่าย PCT ของหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำ

บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

๑. พื้นที่บริการคลินิกหมอครอบครัว ของหน่วยบริการ ใช้ catchment area ของระบบบริการ สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (PPนอก) ที่มีการแบ่งพื้นที่โดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

๒. หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Area manager คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำภาครัฐ ที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข

๓. หน่วยบริการเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว มีหน้าที่ ดังนี้

ลำดับ	หน่วยบริการเครือข่าย PCC	บทบาท หน้าที่
๑	Area manager : ศูนย์บริการสาธารณสุข	<p>๑. บริหารจัดการเครือข่ายบริการเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ PCC ได้รับการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและบริการดูแลรักษา</p> <p>๒. จัดสรรพื้นที่และประชากรเป้าหมายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตามรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน</p> <p>๓. นิเทศ กำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการ OP ระดับปฐมภูมิ และบริการ P&P</p> <p>๔. ทำงานแบบเครือข่าย ร่วมกับหน่วยบริการทั้งภาครัฐ/เอกชน เพื่อให้บริการ PP เชิงรุกในชุมชน</p> <p>๕. ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๖. ประชุมเครือข่ายหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ/หน่วยบริการร่วม ให้บริการในเขตพื้นที่ที่ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว</p> <p>๗. จัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการระหว่างหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ/หน่วยบริการร่วมให้บริการในพื้นที่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการรับบริการของประชาชน</p>
๒	หน่วยบริการปฐมภูมิ : คลินิกชุมชนอบอุ่น	<p>๑. บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย ทั้งด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(P&P)และบริการดูแลรักษา (OP)</p> <p>๒. ให้บริการ PP เชิงรุก ในพื้นที่ที่ได้รับการแบ่งประชากรจากศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>๓. ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ PCC ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p>

๓	หน่วยบริการร่วมให้บริการ P&P : ร้านขายยา คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์	ให้บริการ P&P
๔	หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเวชกรรม : คลินิกเวชกรรม	ให้บริการ P&P ให้บริการ OP ตามรายการที่ สปสช.กทม. กำหนด
๕	หน่วยบริการร่วมให้บริการ ทันตกรรม : คลินิกทันตกรรมภาครัฐและเอกชน	ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และทันตกรรมรักษา
๖	หน่วยร่วมบริการประเภทอื่นๆ เช่น คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกกายภาพบำบัด	ให้บริการตามรายการที่ สปสช.กทม. กำหนด
๗	โรงพยาบาลรับส่งต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิ/ประจำ	บริการรักษาพยาบาลให้กับหน่วยบริการเครือข่าย โดยเฉพาะบริหารระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
๘	โรงพยาบาลแม่ข่าย Primary care trust	กำกับคุณภาพเครือข่าย PCT และอาจร่วมเป็นที่กำกับคุณภาพหน่วยบริการเครือข่าย PCC และหน่วยร่วมให้บริการ

พื้นที่ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว PCC

๑. พื้นที่นำร่องดำเนินงาน ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวน ๔ เขต ประกอบด้วย

- | | | |
|----------------|------------------|----------------|
| ๑) เขตจอมทอง | ๒) เขตบางกอกน้อย | ๓) เขตลาดพร้าว |
| ๔) เขตดอนเมือง | | |

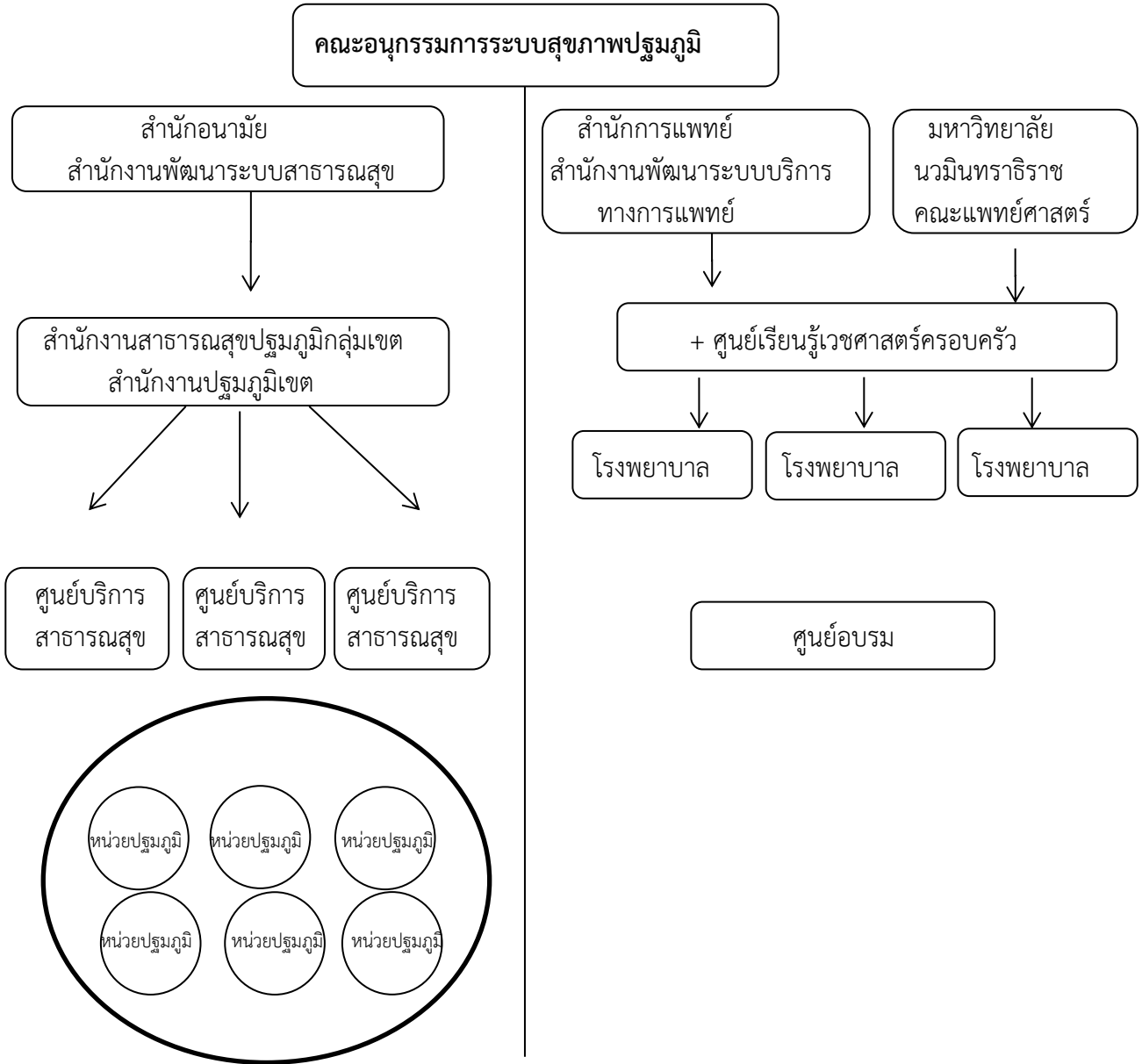
๒. พื้นที่ ที่เข้าร่วมดำเนินการเพิ่มในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๗ เขต ประกอบด้วย

- | | | |
|-------------------|-----------------|-------------|
| ๑) เขตคันนายาว | ๒) เขตบางคอแหลม | ๓) เขตบางแค |
| ๔) เขตบางขุนเทียน | ๕) เขตจตุจักร | ๖) เขตดุสิต |
| ๗) เขตสวนหลวง | | |

๓. พื้นที่ ที่เข้าร่วมดำเนินงานเพิ่มในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑๒ เขต ประกอบด้วย

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| ๑) เขตพญาไท | ๒) เขตราชเทวี | ๓) เขตดินแดง |
| ๔) เขตคลองเตย | ๕) เขตยานนาวา | ๖) เขตสายไหม |
| ๗) เขตลาดกระบัง | ๘) เขตประเวศ | ๙) เขตมีนบุรี |
| ๑๐) เขตคลองสาน | ๑๑) เขตภาษีเจริญ | ๑๒) เขตราชบุรีบูรณะ |

ที่ประชุมได้พิจารณากำหนดรูปแบบโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิของ กรุงเทพมหานคร ดังนี้



จากแผนภูมิข้างต้น ให้สำนักอนามัยจัดตั้งสำนักงานสาธารณสุขปฐมภูมิกลุ่มเขต และมีสำนักงานปฐมภูมิเขต เพื่อดูแลศูนย์บริการสาธารณสุข และภายใต้ศูนย์บริการสาธารณสุขจะเป็นหน่วยอำนวยการเรื่องปฐมภูมิในเขต แล้วบางส่วนแปรสภาพเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) โดยยกเลิบบางงานที่ PCU ของเอกชนดำเนินการแล้ว แพทย์ ๑ คน เป็น ๑ PCU ถ้าแพทย์ ๒ คน เป็น ๒ PCU โดยในศูนย์บริการสาธารณสุขควรให้มี ๓ PCU คือ แพทย์ ๓ คน พยาบาล ๖ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑๒ คน หากบุคลากรไม่เพียงพอกรุงเทพมหานครต้องจ้างเพิ่มให้ได้ตามมาตรฐานของ สปสช.

สำนักการแพทย์ โดยสำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ให้ตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่ออำนวยการ และประสานกับโรงพยาบาลที่มีคณะแพทยศาสตร์ศึกษาและทำหน้าที่อบรมสหวิชาชีพทั้งหมด

๓.๒ โครงสร้างอัตรากำลัง

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่จะขึ้นทะเบียนมีโครงสร้าง และอัตรากำลัง ดังนี้

๑. ด้านโครงสร้าง

๑.๑ มีอาคาร สถานที่ และ สิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

๑.๒ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ใน พื้นที่ ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

๒. ด้านการบริหาร

๒.๑ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ตามประกาศขอบเขต บริการสุขภาพปฐมภูมิ)

๒.๒ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์ (ถ้ามีการ ให้บริการนอกเวลาทำการ แจ้งประชาชน)

๒.๓ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบ ข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐม ภูมิและข้อมูลด้าน สุขภาพตามประกาศฯ

๓. ด้านบุคลากร

มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว*อย่างน้อยหนึ่งคน และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อยหนึ่งคณะซึ่งประกอบด้วยผู้ ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวนสองคนขึ้นไป และผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ชุมชน จำนวนสอง คนขึ้นไป Structure

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดหลักเกณฑ์และการใช้บริการผู้ช่วย นอกของหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

PCU ๑๐,๐๐๐ คน

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนบุคลากร
๑	แพทย์ปฏิบัติงานประจำ (๑ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๑ คน
๒	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ (๑ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๕,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๒ คน
๓	เภสัชกร (๑ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ คน) * ถ้าไม่ปฏิบัติงานประจำ กำหนดเวลาทำงานตามเกณฑ์ ๔๐ ชม./ สัปดาห์	ไม่น้อยกว่า ๑ คน
๔	บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ผู้ประกอบโรคศิลปะ และ/หรือบุคลากรสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพปฏิบัติงานประจำ (๓ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๕,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๖ คน
	รวม	๑๐ คน

- พื้นที่ใช้สอยอาคารเบื้องต้น ประชากร ๑๐,๐๐๐ คน พื้นที่บริการไม่น้อยกว่า ๘๐ ตารางเมตรบริเวณชั้น ๑ ของอาคาร

PCU ๒๐,๐๐๐ คน

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	จำนวนบุคลากร
๑	แพทย์ปฏิบัติงานประจำ (๑ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๒ คน
๒	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ (๑ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๕,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๔ คน
๓	เภสัชกรปฏิบัติงานประจำ (๑ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๑ คน
๔	บุคคลอื่น -ไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือเทียบเท่า ปฏิบัติงานประจำ (๓ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๕,๐๐๐ คน) -ไม่ต่ำกว่าประกาศนียบัตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือสาขาที่ เกี่ยวข้อง ปฏิบัติงานประจำ (๓ คน : ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน ๕,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ๖ คน ไม่น้อยกว่า ๖ คน
	รวม	๑๙ คน

- พื้นที่ใช้สอยอาคารเบื้องต้น ประชากร ๒๐,๐๐๐ คน พื้นที่บริการไม่น้อยกว่า ๑๒๐ ตารางเมตร บริเวณชั้น ๑ ของอาคาร

กรณี PCU ๒๐,๐๐๐ ห้องตรวจโรค ๒ ห้อง ห้องน้ำผู้ป่วย ๑ ห้อง ผู้พิการ ๑ ห้อง และมี บริเวณที่จอดรถยนต์สำหรับผู้มารับบริการอย่างเพียงพอ

ภาพรวมการใช้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๖๑

ประชากร UC ที่ลงทะเบียน ๓,๘๔๕,๘๐๐ คน จำนวนประชากร UC ที่มาใช้บริการ ๙๕๑,๑๘๘ คน คิดเป็น ๒๔.๗๓% จำนวนประชากร UC ที่ลงทะเบียนแต่ไม่เคยมาใช้บริการ ๒,๘๙๔,๖๐๒ คน คิดเป็น ๗๕.๒๗%

ประเภท	ประชากร กทม.	จำนวน ประชากรที่ เข้ารับบริการ	จำนวน ประชากรที่ไม่ เข้ารับบริการ	% ของผู้เข้า รับบริการ	% ของผู้ไม่ เข้ารับบริการ
โรงพยาบาลของรัฐ	๑,๐๕๓,๖๗๓	๒๕๑,๘๖๕	๘๐๑,๘๐๘	๒๓.๙๐%	๗๖.๑๐%
โรงพยาบาลเอกชน	๖๔๑,๔๓๘	๑๓๗,๗๕๕	๕๐๓,๖๘๓	๒๑.๔๘%	๗๘.๕๒%
ศูนย์บริการ สาธารณสุข	๒๖๓,๘๐๐	๔๐,๐๐๘	๒๒๓,๗๙๒	๑๕.๑๗%	๘๔.๘๓%
คลินิกชุมชนอบอุ่น	๑,๘๘๖,๘๘๙	๕๒๑,๕๗๐	๑,๓๖๕,๓๑๙	๒๗.๖๔%	๗๒.๓๖%
ภาพรวม กทม.	๓,๘๔๕,๘๐๐	๙๕๑,๑๘๘	๒,๘๙๔,๖๐๒	๒๔.๗๓%	๗๕.๒๗%

ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง กำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามมาตรา ๑๐ วรรคหนึ่ง (๙) และมาตรา ๔๓ วรรคหนึ่ง แพทย์อื่น หมายความว่า แพทย์สาขาอื่นที่มีใบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ได้ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวตามประกาศนี้

แพทย์ซึ่งจะปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์อื่นตามประกาศนี้ ต้องเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทย์สภาและต้องผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่แพทย์สภาหรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

๓.๓ การพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการจัดทำแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ สมรรถนะบุคลากรปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีการดำเนินการในด้านต่างๆ ดังนี้

๑. ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชปฏิบัติทั่วไป

๑.๑ จัดระบบบริการโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลแบบ องค์กรวม และดึงศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้

๑.๒ ตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินขณะทำงานเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้

๑.๓ ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย องค์กร และชุมชนเพื่อ บริการที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

๑.๔ ดูแลโดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวใช้ศักยภาพในการประเมิน วางแผน แก้ไขปัญหา และประเมินผลการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

๑.๕ ดูแลโดยมุ่งเน้นให้ชุมชนใช้ศักยภาพในการวินิจฉัยชุมชน จัดทำโครงการ และ ประเมินผลการแก้ไขปัญหาชุมชนด้วยตนเองได้

๑.๖ สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย และผู้รับบริการ เพื่อการทำงานเป็นทีม ทำให้เกิดการบริการที่ดีได้

๒. ด้านการบริหารจัดการ

๒.๑ กำหนดทิศทาง ภารกิจ เป้าหมายการทำงานของพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบาย ประเทศได้

๒.๒ สร้างความร่วมมือร่วมใจของทีม เครือข่าย องค์กรต่าง ๆ ในการทำงานเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายได้

๒.๓ บูรณาการองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำงานให้ทัน ต่อการเปลี่ยนแปลงได้

๒.๔ เจรจาต่อรอง และจัดการกับความขัดแย้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน ทั้งภายในและภายนอกองค์กรได้

๒.๕ วางแผนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ โดยกระตุ้นให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญ ของการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูล และเตรียมแผนรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๖ ออกแบบ ประยุกต์การจัดทำระบบข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาการบริหารงานใน องค์กรและเพื่อการใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจทางการบริหารได้

๓. ด้านการทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น

๓.๑ กระตุ้น สนับสนุน และเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลจัดการสุขภาพ ของตนเองและสภาวะของชุมชนได้

๓.๒ ทำงานเชื่อมประสานกับเครือข่าย องค์กร ภาคีภาคส่วนต่างๆ ในภาคชุมชน และท้องถิ่นเพื่อพัฒนาชุมชนร่วมกันได้

๓.๓ ออกแบบระบบบริการครอบคลุมทุกมิติตามมุมมองของบุคคลภายนอกและบุคคลภายใน

๓.๔ ประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว

๓.๕ รับฟังความคิดเห็น ความรู้สึก และยอมรับพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของบุคคล และชุมชนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม และรู้สึกเป็นส่วนร่วมได้โดยไม่รู้สึกรัดแย้ง

๓.๖ ประยุกต์เครื่องมือในการทำงานแบบต่าง ๆ ที่หลากหลายเพื่อวิเคราะห์ เรียนรู้ และพัฒนาชุมชนได้

๔. ด้านจิตวิทยาการปรึกษาและพัฒนาพฤติกรรม

๔.๑ ระบุข้อดีและข้อควรปรับปรุงของตนเองได้

๔.๒ ยอมรับข้อดีข้อเสียของตนเอง และกำหนดแนวทางในการพัฒนาตนเองได้

๔.๓ ปรับ ลด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง รักษาพฤติกรรมใหม่ที่ปฏิบัติแล้ว ได้ผลเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

๔.๔ เชื่อมโยงชุมชน และเครือข่ายให้เกิดความสามัคคีและรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้

๔.๕ ออกแบบการดูแลผู้รับบริการที่หลากหลาย ตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม

๔.๖ ช่วยพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรม และพัฒนาศักยภาพตามธรรมชาติและ ความต้องการของผู้รับบริการได้

บนฐานคิด “การทำงานโดยเข้าใจประชาชน และต้องการให้ประชาชนดูแลตนเอง” กระบวนการพัฒนา “มองความจริงโดยไม่ใช้ความคิดตนเองไปตัดสิน และตระหนักถึงคุณค่าของการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อการได้รับความรู้ใหม่”

แผนการดำเนินงาน

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ	ระยะเวลาการอบรม	เป้าหมายปี ๒๕๖๓ (คน)
แผนงานพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ			
๑	โครงการหลักสูตรทันตสาธารณสุข (ทันตกรรมครอบคร้ว)	๔ เดือน (มี.ค.-มี.ย. ๖๓)	๓๖ คน
๒	โครงการพัฒนาทันตภิบาลเพื่อการ บริการคลินิกหมอครอบคร้ว	๕ วัน (รุ่น ๑ ๒๐-๒๔ ม.ค. / รุ่น ๒ ๒๔-๒๘ ก.พ. ๖๓)	รุ่นละ ๗๕ คน รวมจำนวน ๑๕๐ คน
๓	โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาพยาบาลเวชศาสตร์ ครอบคร้ว	๖ สัปดาห์	วิทยาลัยพยาบาล ๙ แห่งๆ ละ ๕๐ -๖๐ คน รวม จำนวน ๔๗๐ คน
๔	การอบรมหลักสูตรอบรมระยะสั้น หลักสูตรเภสัชกรรมปฐมภูมิ : เภสัช กรรมครอบคร้วและชุมชน	๔ เดือน	๑๐๐ คน

๕	โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนา ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	๔ วัน	รุ่นที่ ๔ วันที่ ๑๖-๑๙ ธ.ค. ๖๒ จำนวน ๗๘ คน รุ่นที่ ๕ -๗ รุ่นละ ๖๓ คน รวมจำนวน ๑๘๙ คน
๖	โครงการอบรมหลักสูตรสมรรถนะนัก สาธารณสุขเพื่อปฏิบัติงานในคลินิก หมอครอบครัว (วสส. ๖ แห่ง ๆ ละ ๙๐๐,๐๐๐ บาท)	แบ่งเป็น ๒ ระยะ ๆ ละ ๔ วัน รวม ๘ วัน	วิทยาลัยการสาธารณสุข ๖ แห่ง และวิทยาลัย พยาบาล ๒ แห่ง รวม ๘ แห่ง อบรมแห่งละ ๕๐ คน รวมทั้งสิ้น ๔๐๐ คน
๗	โครงการอบรมการพัฒนาบุคลากร เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยการ สื่อสารประชาสัมพันธ์	๓ วัน	๑๒๕ คน
๘	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา รูปแบบการบริการในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ	วันที่ ๑๔-๑๕ พ.ย. ๖๒	๓๕๐ คน
๙	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา หลักสูตรเพื่อพัฒนากำลังคนรองรับ การปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	วันที่ ๑๒ ธ.ค. ๖๒	๓๕ คน
แผนงานผลิตและพัฒนาแพทย์			
๑	โครงการอบรมแนวคิดและทักษะ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๓ (อว.)	จำนวน ๒ รุ่น รุ่นที่ ๑ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๖-๙ ส.ค. ๖๒ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑-๔ ต.ค. ๖๒ ครั้งที่ ๓ วันที่ ๗-๑๐ ม.ค. ๖๓ รุ่นที่ ๒ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๔-๒๗ ก.ย. ๖๒ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๒-๑๕ พ.ย. ๖๒ ครั้งที่ ๓ วันที่ ๔-๗ ก.พ. ๖๓	๑๐๐ คน
๒	โครงการ Refresher Course for Family Physician doctor	ระยะเวลา ๓ วัน	๑๐๐ คน
๓	โครงการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวเพื่อสนับสนุนการ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster) (ระยะสั้น)	ระยะเวลา ๔ เดือน รุ่นที่ ๑ Module ๑ (๓๐ มี.ค.-๒ เม.ย.) Module ๒ (๒๒-๒๔ เม.ย.) Module ๓ (๒๕- ๒๘ พ.ค.)	๑๐๐ คน

		Module ๔ (๒๙ มี.ย.-๑ ก.ค.) รุ่นที่ ๒ Module ๑ (๑๘ พ.ค.- ๒๑ พ.ค.) Module ๒ (๘ - ๑๐ มี.ย.) Module ๓ (๒๐ - ๒๓ ก.ค.) Module ๔ (๑๗ ส.ค.- ๑๙ ส.ค.)	
๔	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (กทม. = ๕๐/ เขต ๔ = ๒๐) โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต	Module ๑ (๖-๙ ม.ค.) Module ๒ (๒๘-๓๐ ม.ค.) Module ๓ (๑๗-๒๐ ก.พ.) Module ๔ (๙-๑๑ มี.ค.)	๘๐ คน
๕	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาอาจารย์และผู้รับผิดชอบการดำเนินงานหลักสูตร Basic Family Medicine for Primary Care Doctor	วันที่ ๒-๓ ธ.ค. ๖๒	๖๐คน
๖	โครงการอบรมหลักสูตร Basic Family Medicine for Primary Care Doctor เพื่อพัฒนาแพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒ ระยะ ๆ ละ ๒ วัน รวม ๔ วัน จัดอบรม ณ สถานที่ ๆ เขตสุขภาพ กำหนด	๑,๒๐๐ คน
๗	โครงการพัฒนาสถาบันการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเป็นศูนย์เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัวระดับเขต (ศูนย์เรียนรู้)	ตามที่เขตสุขภาพกำหนด	๑๒ ศูนย์
๘	โครงการอบรม Training for Trainer (TOT) (อาจารย์แพทย์ใหม่)	ระยะเวลา ๕ วัน	๕๐ คน
๙	โครงการอุดหนุนโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ In service training	โอนให้สถาบันที่เป็นแหล่งฝึกของกระทรวงสาธารณสุข	เข้าเรียนปีการศึกษา ๒๕๖๑ จำนวน ๒๒๖ คน / ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๖๔ คน (ยังไม่สรุปตัวเลข)

๓.๔ ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การพัฒนาาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ความเป็นมาและความสำคัญ

ระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ถูกพัฒนามาบนฐานของโรงพยาบาล โดยแต่ละโรงพยาบาลต่างคนต่างพัฒนาโปรแกรมที่ให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้เกิดรูปแบบข้อมูลที่หลากหลาย (Multiple System) ขาดมาตรฐานและขาดศูนย์กลางในการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลดิจิทัลข้ามหน่วยงานได้ ส่งผลกระทบเมื่อต้องการนำระบบดิจิทัลมาใช้และต้องการให้ข้อมูลมีการบูรณาการจะยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งต่างจากระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อนบ้านของเราเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ใต้หวัน หรือแม้แต่อังกฤษ ที่มีการจัดการระบบสุขภาพที่เป็นระบบเดียวกัน โดยใช้โปรแกรมและมาตรฐานเดียวกัน (Single System) ในการให้บริการและมีหน่วยงานกลางของประเทศที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ จึงไม่ความยุ่งยากมากนักในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพข้ามหน่วยบริการ

การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยในปัจจุบัน น่าจะไม่สามารถบังคับให้หน่วยบริการต่างๆ เปลี่ยนมาใช้โปรแกรมที่เป็นระบบเดียวกันได้อีกแล้ว จึงจำเป็นต้องดำเนินการ โดยใช้แนวคิด Reverse Single System ด้วยการสร้างแพลตฟอร์มกลาง และมีการพัฒนามาตรฐานระบบให้มีการใช้มาตรฐานเดียวกัน และใช้มาตรฐานกลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ จึงจะทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลจากต่างแหล่งข้อมูลได้ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ รวมไปถึงอุปกรณ์เซนเซอร์ อุปกรณ์สวมใส่ที่เป็น Internet of Thing (IoT) ทั้งที่อยู่ในสถานพยาบาลและอยู่นอกสถานพยาบาลโดยอาศัยเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคมที่ทันสมัย ทำให้ข้อมูลสามารถถูกรวบรวมมาเป็นข้อมูลส่วนบุคคลได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบสุขภาพ เกิดการพัฒนาาระบบให้บริการที่เกินกว่าขอบเขตของการแพทย์ทางไกลหรือ Telemedicine ที่มุ่งเน้นพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ชายขอบหรือขาดแคลนแต่ยังไม่สามารถบูรณาการข้อมูลสุขภาพได้เราเรียกระบบนี้ว่า ระบบสุขภาพดิจิทัล(Digital Health) ซึ่งจะส่งผลทำให้

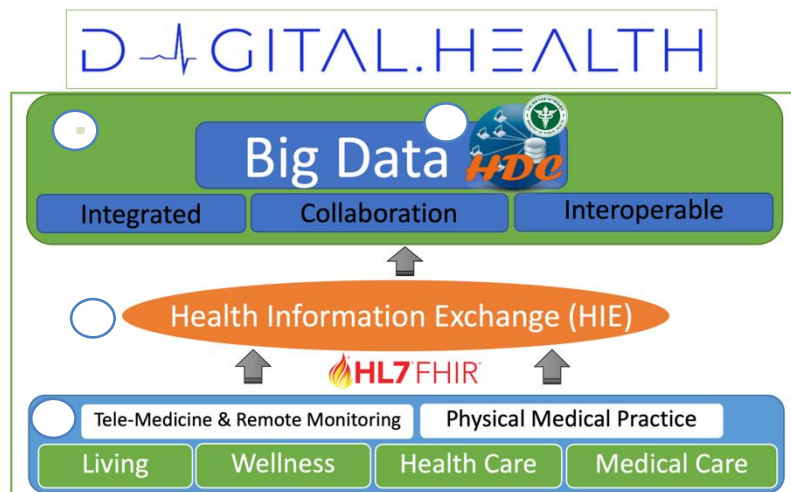
๑. เกิดการให้บริการข้ามพรมแดน (Cross Border Care) หรือไม่มีพรมแดน
 ๒. เกิดโรงพยาบาลเสมือน หรือคลินิกเสมือน(Virtual Hospital, Virtual Clinic) โดยไม่ยึดติดกับโครงสร้างทางกายภาพของหน่วยบริการ
 ๓. เกิดการกระจายการบริการออกนอกโรงพยาบาลจาก Hospital Base ไปเป็น Professional Base
 ๔. เกิดการติดตามข้อมูลสุขภาพโดยใช้อุปกรณ์สวมใส่ติดตัวผู้รับบริการ(Wearable Device) หรือจากอุปกรณ์ที่บ้านของผู้รับบริการ (Home Device)
 ๕. เกิดการให้บริการโดยเครื่องจักรปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent)
- ซึ่งจะมีขอบเขตเกินไปกว่าการกำกับดูแลโดยใช้อำนาจตามกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นช่องว่างที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดผู้ควบคุมกำกับดูแล (Regulator) และสร้างกฎหมายที่มีปัจจัยเอื้อ ส่งเสริมต่อการพัฒนาและสามารถปิดช่องว่างดังกล่าวได้

แนวทางการพัฒนา

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนออกแบบโครงการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชน โดยมุ่งหวังให้ข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมสุขภาพในทุกมิติ ทุกระบบ และจากทุกหน่วยบริการ สามารถรวบรวมมาเป็นข้อมูลสุขภาพดิจิทัลส่วนบุคคล และคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพ อย่างแท้จริง

ก่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นการคืนอำนาจการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน โดยใช้เครื่องมือการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล ด้วยการแบ่งขอบเขตการพัฒนาเป็น ๔ ส่วน ดังนี้

๑. การพัฒนาแพลตฟอร์มกลางของประเทศ (National HealthCare Platform) หรือ HDC (Health Data Center) ซึ่งมีคุณสมบัติของข้อมูล ๓ ประการคือ
 - บูรณาการข้อมูล (Integration) จากทุกภาคส่วน ลดความซ้ำซ้อน
 - เกิดความร่วมมือในการทำงานที่ส่งผลลัพธ์ร่วมกัน (Collaboration)
 - สามารถสื่อสารเข้าใจตรงกัน (Interoperable)
๒. การพัฒนามาตรฐานข้อมูลจากทุกแหล่งของข้อมูลทั้งที่มาจากทั้งนอกหน่วยบริการสุขภาพและในหน่วยบริการสุขภาพโดยใช้มาตรฐานกลางที่อ้างอิงจากมาตรฐานสากล และมีการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการบนระบบดิจิทัล โดยใช้แนวทางของ Smart Hospital
๓. พัฒนาการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพด้วยมาตรฐานกลาง (Health Information Exchange, HIE)
๔. พัฒนาการประมวลผลข้อมูล Big Data โดยใช้หลักการ Data Governance และคืนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ



Anant Kanoksilp

ภาพประกอบที่ ๑ “แสดงองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล”

หน่วยงานที่กำกับดูแลข้อมูลสุขภาพ (Health Data Governance Center, HDGC)

การพัฒนาดังกล่าวจำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบเป็นผู้ควบคุมข้อมูลสุขภาพ (Health Data Controller) ระดับประเทศ ทำหน้าที่กำกับดูแล (Regulator) ข้อมูลและกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ จากผู้ควบคุมข้อมูลสุขภาพในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ร้านยา ห้องแล็บ หรือ แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ แม้แต่จากเจ้าของข้อมูลโดยตรง (ในกรณีของ self care) รวมไปถึงความรับผิดชอบให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยของระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ

จัดทำมาตรฐานในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Health Information Exchange ,HIE) มาตรฐานแบบฟอร์มของชุดข้อมูล (Data Format, Data Set) และร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ พัฒนามาตรฐาน

ของเนื้อหาข้อมูล (Data Content) และเป็นผู้กำกับการใช้มาตรฐาน Data Content เหล่านั้น นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ประมวลผลข้อมูลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

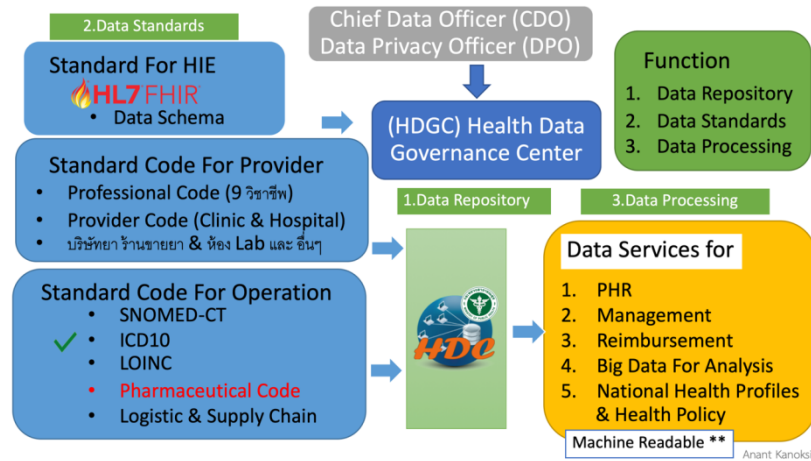
สรุปได้ว่า HDGC (Health DataGovernance Center) จะมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ

๓ ประการ คือ

๑. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ (Data Repository) เรียกว่า HDC (Health Data Center)

๒. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (Data Standard)

๓. เป็นศูนย์กลางในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพ (Data Processing)



ภาพประกอบที่ ๒ “แสดงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของหน่วยงาน HDGC”

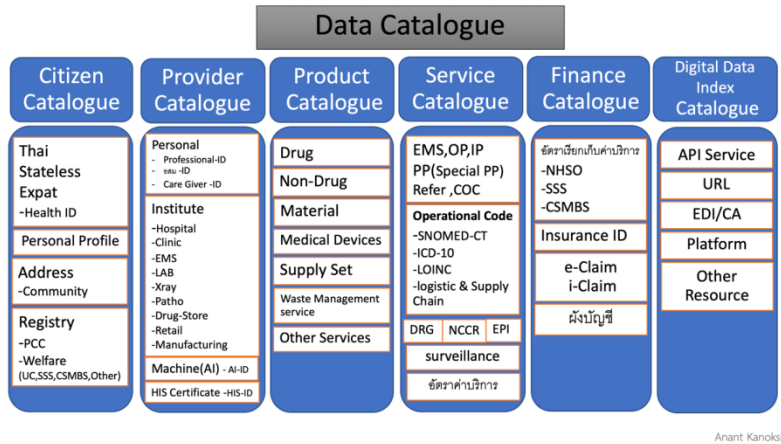
การพัฒนามาตรฐานชุดข้อมูล (Data Catalogue and Data Schema)

ชุดข้อมูลมาตรฐานจะมีอยู่ ๒ รูปแบบหลัก ๆ คือ

๑. Data Catalogue เป็นชุดข้อมูลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกลางที่ใช้อ้างอิงในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประกอบไปด้วยกลุ่มข้อมูลมาตรฐานหลัก ๆ อย่างน้อย ๕ กลุ่มชุดข้อมูลที่ทำหน้าที่เหมือนเป็นดิกชันนารี ที่เป็นเนื้อหา (Content) ของข้อมูลได้แก่

- ๑.๑ กลุ่มชุดข้อมูลประชากร
- ๑.๒ กลุ่มชุดข้อมูลผู้ให้บริการ (บุคคลและหน่วยงาน)
- ๑.๓ กลุ่มชุดข้อมูลสินค้าสุขภาพ
- ๑.๔ กลุ่มชุดข้อมูลการบริการทางสุขภาพ
- ๑.๕ กลุ่มชุดข้อมูลทางการเงินสุขภาพ

ชุดข้อมูลเหล่านี้ในปัจจุบันได้กระจายอยู่ตามหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานกำกับดูแล (Regulator) ในด้านต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) สภาวิชาชีพ ฯลฯ ซึ่งจำเป็นต้องจะมีการรวบรวมและปรับเปลี่ยนให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและมีการเปิดเผยข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันในรูปแบบดิจิทัล



Anant Kanoksilp

ภาพประกอบที่ ๓ “แสดงกลุ่มชุดข้อมูลมาตรฐานData Catalogue”

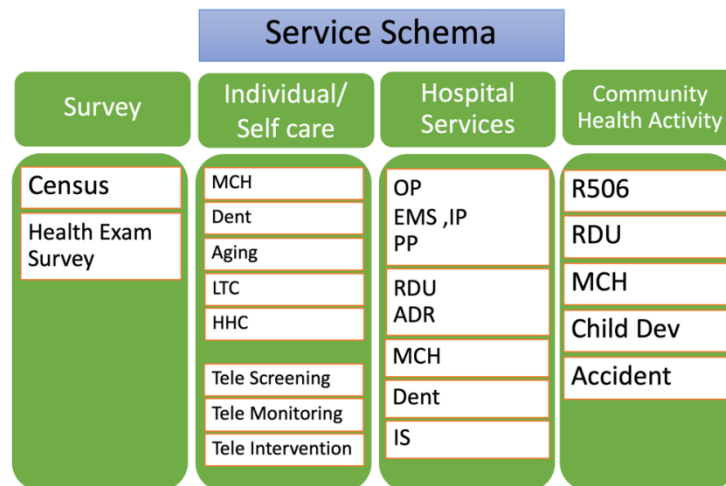
๒. Data Schema เป็นรูปแบบข้อมูล (Data Format, Data Set) ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลตามชนิดและประเภทของบริการ เสมือนเป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการบรรจุเนื้อหาข้อมูลปรับเปลี่ยนไปตามชนิดและประเภทของการให้บริการหรือกิจกรรมทางสุขภาพ ซึ่งมีเฉพาะข้อมูลการให้เปลี่ยนแปลงตามกิจกรรมหรือบริการโดยข้อมูลเกือบทั้งหมดจะมีลักษณะเป็น รหัส (Code) มาตรฐานที่อ้างอิงมาจาก Data Catalogue เมื่อต้องแปลเป็นเนื้อหาเป็นภาษาที่คนสามารถอ่านเข้าใจได้จะต้องนำไปจับคู่กับ Data Catalogue ซึ่งได้แก่

๒.๑ กลุ่มชุดข้อมูลที่ได้มาโดยการสำรวจ (Survey)

๒.๒ กลุ่มชุดข้อมูลที่เกิดจากการให้บริการรายบุคคล (Individual Care) หรือจากการดูแลตนเอง (Self Care)

๒.๓ กลุ่มชุดข้อมูลของการให้บริการในหน่วยบริการ (Hospital Service)

๒.๔ กลุ่มชุดข้อมูลที่เกิดจากกิจกรรมในชุมชน (Community Health Activity) เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมโรค



Anant Kanoksilp

ภาพประกอบที่ ๔ “แสดงกลุ่มชุดข้อมูลมาตรฐานของ Data Schema”

การรวบรวมข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลของระบบสุขภาพดิจิทัลทั้งระบบจะต้องมีการบูรณาการข้อมูลสุขภาพจากทุกแหล่ง และถูกรวบรวมไปเป็นข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Health Record) ซึ่งถือเป็นการกระจายข้อมูล (Decentralized) จากหน่วยบริการต่างๆ ข้อมูลไปจนถึงระดับบุคคล ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ตามพื้นที่ (Area Base) ตามหน่วยบริการ (Hospital Base) ตามกองทุนหรือองค์กรต่างๆ (Institute Base) ตามเหตุการณ์ (Agenda Base) สามารถทำได้สะดวก ครบถ้วน ถูกต้องมากขึ้นเพราะข้อมูลข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจะสามารถถูกจัดกลุ่มไปตามบริบทที่ต้องการได้

แหล่งข้อมูลก็จะมีที่มาหลัก ๆ อยู่ ๒ ประเภท คือ

๑. ฐานประชากร “กระทรวงสาธารณสุขดูแลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย” จึงจำเป็นจะต้องมีฐานข้อมูลของประชากรทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มคนไทย คนไร้รัฐหรือหลบหนีเข้าเมือง และคนต่างชาติแรงงานต่างด้าว เพื่อนำมาใช้วางแผนบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพได้

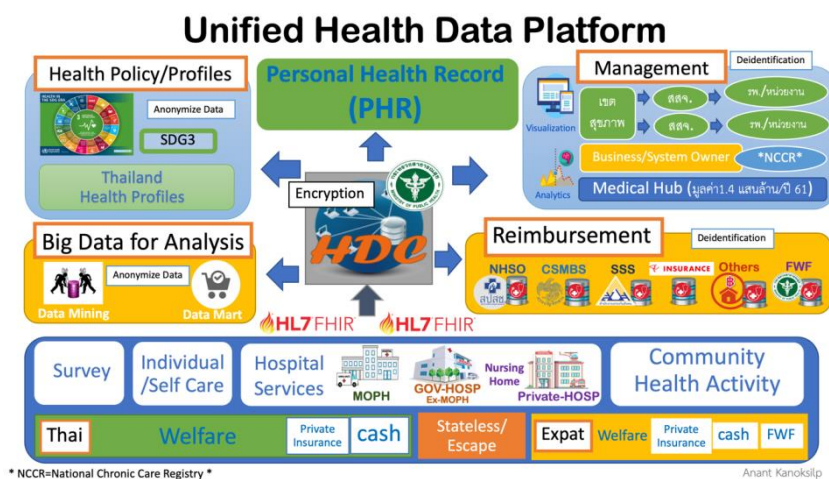
๒. ฐานของกิจกรรม ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ ๔ ประเภท เช่นเดียวกับกับ Data Schema คือ

๒.๑ การสำรวจ (Survey)

๒.๒ ข้อมูลสุขภาพรายบุคคลที่เกิดจากการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญนอกหน่วยบริการ หรือจากการดูแลตนเอง (Individual Care , Self Care)

๒.๓ การรับบริการในหน่วยบริการ (Hospital Service)

๒.๔ กิจกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมโรค (Community Health Activity)



ภาพประกอบที่ ๕ “แสดงแหล่งข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล”

การประมวลผลข้อมูล

ข้อมูลจากทุกระบบและทุกมิติสุขภาพจะถูกรวบรวมเข้ามาที่ HDC โดยใช้มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลและมาตรฐานชุดข้อมูลกลางที่อ้างอิงจากมาตรฐานสากล ก่อให้เกิดข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information) ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาโดยใช้กระบวนการและเครื่องมือในการประมวลผล Big Data ที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย ลดเวลาและลดการทำงานด้วยคน (Manual) ในกระบวนการที่ซ้ำๆ

ใช้หลักการ Data Governance ในการกำกับดูแล มีกระบวนการรักษาความมั่นคงปลอดภัย ข้อมูลได้ตามมาตรฐาน มีกระบวนการและตรวจสอบย้อนกลับได้ ว่ามีใครทำอะไรกับข้อมูลบ้าง สามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (Information) ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับบุคคลได้อย่างสะดวกรวดเร็วและทันเวลา และสามารถนำไปใช้ประโยชน์หลัก ๆ ได้ดังนี้

๑. คีนข้อมูลสุขภาพดิจิทัลรายบุคคล (Personal Health Record, PHR) ให้กับประชาชน

๒. กำหนดนโยบายสุขภาพ (Health Policy, Health Profile) และการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (Health Care Management System) โดยการจัดทำ Visualization และ Dash Board ให้กับผู้บริหารเขตสุขภาพ ผู้บริหารระดับจังหวัด และผู้บริหารระดับหน่วยงาน

๓. ใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการประชาชนได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังเกิดผลพลอยได้อีก ๒ ประการ คือ

(๑) การวิจัยทางสุขภาพ เช่น จัดทำเหมืองข้อมูล (Data Mining) ตลาดข้อมูล (Data Mart)

(๒) การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ เช่น การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ (Reimbursement)

๓.๕ การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดรูปแบบแนวทาง และการพัฒนา การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

๑) รูปแบบการประชาสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๒) แนวทางการดำเนินการประชาสัมพันธ์ตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

๒.๑ ผู้บริหาร เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๒.๒ ผู้ปฏิบัติงาน เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๒.๓ เครือข่าย เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๒.๔ ประชาชน ไม่เป็นทางการ

๓) การพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการประชาสัมพันธ์

๓.๑ โครงการอบรมการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกาย ภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงปัจจุบัน

๓.๒ ออกแบบโปสเตอร์ ทำคลิปวิดีโอ Infographic

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จัดทำแผนการประชาสัมพันธ์การให้บริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การบริการด้านสุขภาพ ตามแนวทางการดำเนินงานปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมแก่ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนทั่วไป

ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการจัดกิจกรรม	ช่องทางการเผยแพร่	ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง
๑. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว	๑. จัดทำโปสเตอร์ infographic ประชาสัมพันธ์ความรู้ และแนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพ	- บริเวณตอม่อรถไฟฟ้าในพื้นที่รับผิดชอบของ กทม. - ภายในพื้นที่รับผิดชอบของ	- สำนักงานการประชาสัมพันธ์ - ศูนย์บริการสาธารณสุข - สำนักงานพัฒนา

(Family medicine) และการเข้าถึงบริการ	ระดับปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลประชาชน เช่น - เปิดใจ ใช้บริการทีมหมอครอบครัว - สุขภาพดี เริ่มต้นได้ที่บ้าน - บริการแบบไร้รอยต่อ กับทีมหมอครอบครัว - ทีมหมอครอบครัว บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน	ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง ๖๘ แห่ง เช่น ในศูนย์ฯ ชุมชน โรงเรียน ฯลฯ - ทาง Social Media เช่น BKK Connect, Facebook, Website, Youtube, Line - Bangkok health application	ระบบสาธารณสุข
	๒. จัดทำVTR การจัดให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ เรื่อง เข้าถึง ฟังได้ ใจไว้ใจ กับทีมหมอครอบครัว กรุงเทพมหานคร	ทาง Social Media เช่น BKK Connect, Facebook, Website, Youtube, Line - Bangkok health application	- สำนักงานการประชาสัมพันธ์ - สำนักงานพัฒนาสาธารณสุข - ศูนย์บริการสาธารณสุข
	๓. จัดทำสคริปต์ข้อมูล การจัดให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในแต่ละชุมชน	หอกระจายข่าวในชุมชน	- สำนักงานพัฒนาสาธารณสุข - ศูนย์บริการสาธารณสุข - ผู้นำชุมชน/ อสส./จิตอาสา

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเครือข่าย และความเข้าใจการดำเนินงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ข้าราชการและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

ชื่อกิจกรรม	รายละเอียดการจัดกิจกรรม	ช่องทางการเผยแพร่	ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง
๑. จัดให้มีพิธีลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) กับภาคีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งภาครัฐและ เอกชน ทุกภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพ	๑. ประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและ เอกชน อาทิ คลินิก เอกชน โรงพยาบาล	- สื่อมวลชน - Social Media เช่น BKK Connect, Facebook, Website, Youtube, line	- สำนักงานประชาสัมพันธ์ - สำนักอนามัย - สำนักการแพทย์ - กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยบริการปฐมภูมิ

ระดับปฐมภูมิตามแนวคิด เวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine)	เพื่อจัดทำข้อมูลต่างๆ ในการให้บริการตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิจนถึง ระดับตติยภูมิให้เป็น บริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service) ตามแนวคิด เวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ๒. จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ สำหรับ พิธีลงนาม ๓. พิธีลงนามบันทึก ข้อตกลง (MOU) กับ ภาคีเครือข่ายทุกภาค ส่วนตามกำหนด ๔. จัดแถลงข่าว ประชาสัมพันธ์ พิธี ลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อเผยแพร่ แก่ประชาชน		ทั้งภาครัฐและเอกชน
๒. จัดอบรมผู้ปฏิบัติงานทีม หมอครอบครัว ประจำหน่วย บริการปฐมภูมิ	จัดทำโครงการการ ฝึกอบรม พัฒนา ความรู้และทักษะการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ และการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดเวชศาสตร์ ครอบครัว (Family medicine)	สื่อมวลชน - Social Media เช่น BKK Connect, Facebook, Website, Youtube, line	- สำนักอนามัย - สำนักการแพทย์ - กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยบริการปฐม ภูมิทั้งภาครัฐและ เอกชน

๔. รูปแบบระบบบริการปฐมภูมิ

๔.๑ รูปแบบการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของภาคเอกชน

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินการบริการปฐมภูมิของภาคเอกชนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ โดยสรุป ดังนี้

๔.๑.๑ โรงพยาบาลนวมินทร์

โรงพยาบาลนวมินทร์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๑๒๐ เตียง ปี ๒๕๔๐ เพิ่มจำนวนเตียงเป็น ๑๕๐ เตียง ปี ๒๕๔๓ เพิ่มจำนวนเตียงเป็น ๑๘๐ เตียง บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๒๔ ชั่วโมง ในปี ๒๕๔๕ ร่วมโครงการประกันสังคม เปิดให้บริการผู้ถือบัตรประกันสังคม ปัจจุบันผู้ประกันตน NV จำนวน

๑๐๐,๑๓๐ คน NV ๙ จำนวน ๑๕๐,๐๐๐ คน รวม ๒๕๐,๑๓๐ คน ปี ๒๕๕๓ ขนาดหน่วยบริการรองรับ เพิ่มหน่วยบริการ ๗ แห่ง เพื่อรองรับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวม ๑๔ แห่ง ผู้มีสิทธิ ๒๐๕,๒๐๘ คน

โรงพยาบาลนวมินทร์ และคลินิกเครือข่าย ๑๔ คลินิก ให้บริการดูแลประชาชนที่ขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรทองตามมาตรฐานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในคลินิกเครือข่าย และโรงพยาบาล รวมถึงการหมุนเวียนเตียงใน IPD จึงได้มีการวางแผนร่วมกันในทีมแพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดการ READMIT REVISIT และการบริหารเตียงให้เพียงพอแก่ผู้ป่วย จึงได้มีการวางแผนพัฒนาร่วมกับชุมชน ดังนี้

๑. วางแผนพัฒนาระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน กำหนดเกณฑ์ส่งต่อเยี่ยมบ้าน และกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและโรคที่เป็น รวมถึงการตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านลงในระบบ SSB เพื่อให้ทีมรักษาทราบ

๒. พัฒนารูปแบบ การจัดเก็บข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อลดการใช้กระดาษ และลดพื้นที่การจัดเก็บแฟ้มผู้ป่วย มีผลดีต่อการส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานต่างๆ

๓. ปฏิบัติการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านเข้าสู่ระบบ EHC REFER ของ สปสช. และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้กับคลินิกเครือข่ายตามสิทธิปฐมภูมิ พื้นที่รับผิดชอบของคลินิกเอกชนหรือศูนย์สาธารณสุข และติดตามผลการเยี่ยมบ้าน แจ้งให้ทีมรักษาทราบผล โดยลงผลในระบบ SSB และรูปเอกสารลงในแฟ้มผู้ป่วย

๔. ทีม PP นอก พัฒนาในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้ในชุมชน การคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชนในชุมชน การเสริมพลัง ความรู้ทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว โดยการลงเยี่ยมบ้าน รวมถึงการประชุมวางแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัคร จิตรอาสา

๔.๑.๒ โรงพยาบาลวิชัยเวช แยกไฟฉาย

โรงพยาบาลวิชัยเวช แยกไฟฉาย เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด ๕๙ เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทุกสาขา มีความพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนจนพยาบาลและทีมงานที่มีประสบการณ์ โดยมุ่งตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการตามมาตรฐานสากลเป็นสำคัญ มุ่งเน้นการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลวิชัยเวช แยกไฟฉาย เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๕ ได้รับมอบหมายดูแลประชากรจำนวน ๓๔,๐๐๐ คน โดยให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามคลินิกต่าง ๆ ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดในงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในหน่วยบริการ PP ใน และนอกหน่วยบริการในงาน PP นอก ตามเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โรงพยาบาลได้เข้าร่วมงาน PCC (Primary care cluster) เป็นเขตพื้นที่นำร่อง ๔ เขต ของกรุงเทพมหานคร โดยศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาาม เป็น Area Manager หรือแม่ข่าย ร่วมกับปฐมภูมิศิริราช ได้รับแบ่งพื้นที่ให้ดูแลประชากรในงาน PCC จำนวน ๑๒,๐๐๐ คนโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของชุมชน แจ้งไปที่เขตบางกอกน้อย ทำให้โรงพยาบาลมีพื้นที่ PCC จำนวน ๒ ชุมชน และ ยังปฏิบัติงาน PP นอก เหมือนเดิม ประมาณ ๘,๒๐๐ จำนวน ๖ ชุมชนตามพื้นที่เดิม ที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. ตั้งแต่ปี ๒๕๔๕

แนวทางการดำเนินงาน PCC ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑. โรงพยาบาลต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน /จำนวนประชากร ๑๐,๐๐๐ คน
๒. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ดูแลเป็นหัวหน้าทีม ร่วมกับสหวิชาชีพ ในการดูแลสุขภาพ
๓. Area Manager เป็นผู้จัดสรรพื้นที่และคอยกำกับดูแลการทำงาน มีการประชุมทบทวนการทำงานอย่างน้อย ๔ ครั้ง

๔. ปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

เกณฑ์การทำงาน PCC ตามที่ สปสช. กำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงาน
๒. Home Health Care ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร
๓. Home visit ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร
๔. แก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบ ที่หน่วยงานคิดว่าเป็นปัญหาสำคัญและควรได้รับการแก้ไขเร่งด่วน จำนวน ๓ กรณีพร้อมส่งรายงาน สปสช.

๕. การให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ไม่จำกัดพื้นที่) ทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการในปฐมภูมิและสำรวจพบในชุมชนพื้นที่ ทุกสิทธิการรักษา โดยต้องให้บริการตรวจสอบสุขภาพ ตรวจสอบเลือดตามเกณฑ์ดังนี้

๕.๑ ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์ของโรค (โปรแกรมจะประมวลผลให้เท่าที่หน่วยบริการนั้นๆ บันทึกผล) หากผู้ป่วยเบาหวานยังได้รับการให้บริการไม่ครบ หน่วยงานต้องจัดให้บริการให้ครบ โดย สปสช. จ่ายค่าชดเชยค่าบริการ รายละเอียด ๑,๘๐๐ บาท ประกอบด้วย การตรวจ CR/ EGFR/CHOL/TRI/LDL /UMA/HbA๑c/ตรวจตา/ตรวจเท้า/การเยี่ยมบ้าน HHC /HV อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๕.๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ของโรค (โปรแกรมจะประมวลผลให้เท่าที่หน่วยบริการนั้น ๆ บันทึกผล) หากผู้ป่วยความดัน ยังได้รับการให้บริการไม่ครบ หน่วยงานต้องจัดให้บริการให้ครบ โดย สปสช. จ่ายค่าชดเชย ๑,๕๐๐ บาท ประกอบด้วย การตรวจ FBS/CR/EGFR/CHOL/TRI/UMA/การเยี่ยมบ้านHHC /HV อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๖. จำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล

๗. การให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ๗๐% ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบและเขตบางกอกน้อย

๘. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ ๘๐% ของประชากรในเขตพื้นที่ให้บริการและเขตบางกอกน้อย

๙. การตรวจคัดกรอง Metabolic ๘๐% ในพื้นที่รับผิดชอบและในเขตบางกอกน้อย

๑๐. งานกิจกรรมต่างๆ บันทึกจัดเก็บไว้ที่หน่วยงานบริการและบันทึกข้อมูลการดำเนินงานส่ง สปสช.

หมายเหตุ สปสช. จ่ายค่าชดเชยการให้บริการ ตามผลงานตามเกณฑ์โดยรวมทั้งหมดในการทำงานของแต่ละหน่วย และโดยผลงานทั้งหมดของทั้ง ๓ หน่วยงาน ในการให้บริการในเขตบางกอกน้อยร่วมกัน

การดำเนินงาน PCC ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

การทำงาน PCC เริ่มมีเกณฑ์การทำงานมากขึ้น ตัวชี้วัดการทำงานมากขึ้น มีกิจกรรมหลากหลายและมีโรงพยาบาลและคลินิกร่วมให้บริการ เพิ่มจากเดิม ๔ เขต เป็น ๑๑ เขตการให้บริการรวมหน่วยบริการมากกว่า ๘๐ แห่ง โรงพยาบาลวิชัยเวชได้เข้าร่วมโครงการ PCC ร่วมกับทีมงานเดิม โดยได้รับการจัดสรรให้ปฏิบัติงานในพื้นที่เดิมจากเดิมอีก ๔ ชุม เนื่องจาก สปสช. ได้กำหนดให้แบ่งพื้นที่การทำงาน โดยใช้จำนวนประชากรจากทะเบียนราษฎร ตามทะเบียนบ้านที่มีชื่ออยู่อาศัย ทำให้พื้นที่เดิมที่เคยทำได้จำนวน

ประชากร ๑๒๐๐๐ คนไม่ถึงตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด (๑๐,๐๐๐ คน) ทำให้ต้องมีการเพิ่มพื้นที่ โดยนำเอาพื้นที่ PPนอกที่ได้รับการจัดสรรมารวมกันอีก ๖ ชุมชนเป็น ๘ ชุมชน ได้ประชากร ประมาณ ๑๑,๐๐๐ คน ทำให้โรงพยาบาลวิชัยเวชสามารถทำงาน PCC ได้ และได้รับการจัดสรรพื้นที่เพิ่มจากแม่ข่ายเพื่อทำ PP นอก อีก ๓ ชุมชน จำนวน ๔,๘๐๐ คน รวมประชากรประมาณ ๑๖,๐๐๐ คน

แนวทางการดำเนินงาน PCC ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. โรงพยาบาลต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน/จำนวนประชากร ๑๐,๐๐๐ คน
 ๒. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ดูแลเป็นหัวหน้าทีม ร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ
 ๓. Area Manager เป็นผู้จัดสรรพื้นที่และคอยกำกับดูแลการทำงาน มีการประชุม ทบทวนการทำงานอย่างน้อย ๔ ครั้ง

๔. ปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

เกณฑ์การดำเนินงาน PCC ตามที่ สปสช. กำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมในการดำเนินงาน
 ๒. Home Health Care ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร
 ๓. Home visit ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร
 ๔. Health survey ๕๐ % ของจำนวนประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ
 ๕. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน - ความดัน ตามรายชื่อที่ สปสช. กำหนดให้ (ในทะเบียนราษฎร์) และเพิ่มที่พบในชุมชน และให้บริการตามตัวชี้วัดที่ สปสช. กำหนดการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ไม่จำกัดพื้นที่) ทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการในปฐมภูมิและสำรวจพบในชุมชนพื้นที่ ทุกสิทธิการรักษา โดยต้องให้บริการตรวจสอบสุขภาพ ตรวจเลือดตามเกณฑ์ดังนี้

๕.๑ ผู้ป่วยเบาหวาน ทุกคนต้องได้รับการสุขภาพตามเกณฑ์ของโรค (โปรแกรมจะประมวลผลให้เท่าที่หน่วยบริการนั้นๆ บันทึกผล) หากผู้ป่วยเบาหวานยังได้รับการให้บริการไม่ครบหน่วยงานต้องจัดให้บริการให้ครบ โดย สปสช. จ่ายค่าชดเชยค่าบริการ รายละเอียด ๑,๕๐๐ บาท ประกอบด้วย การตรวจ CR / EGFR/CHOL/TRI/LDL /UMA/HbA๑c/ตรวจตา/ตรวจเท้า/การเยี่ยมบ้านHHC /HV อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๕.๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ของโรค (โปรแกรมจะประมวลผลให้เท่าที่หน่วยบริการนั้น ๆ บันทึกผล) หากผู้ป่วยความดันยังได้รับการให้บริการไม่ครบ หน่วยงานต้องจัดให้บริการให้ครบ โดย สปสช. จ่ายค่าชดเชย ๑,๕๐๐ บาท ประกอบด้วย การตรวจ FBS/CR/EGFR/CHOL/TRI/UMA/การเยี่ยมบ้านHHC /HV อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๖. ผู้ป่วยเบาหวาน – ความดันในพื้นที่ต้องได้รับการดูแล ให้บริการครบตามเกณฑ์อย่างน้อย ๘๐% ของจำนวนผู้ป่วย

๗. การคัดกรองความเสี่ยง ในกลุ่มเสี่ยงอายุ ตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ตามรายชื่อที่ สปสช. มีให้พร้อมพบใหม่ในชุมชน อย่างน้อย ๙๕ % ของจำนวนประชากร

๘. การให้บริการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย ตามรายชื่อที่ สปสช. ให้ตามทะเบียนราษฎร์

๙. งานกิจกรรมต่างๆ บันทึกจัดเก็บไว้ที่หน่วยงานบริการและบันทึกข้อมูลการดำเนินงานส่ง สปสช.

หมายเหตุ สปสช. จ่ายเงินชดเชยตามความสามารถ ผลงานของแต่ละหน่วยงานที่ทำได้

ข้อแตกต่างการทำงาน PCC ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	หมายเหตุ
- การจ่ายเงินชดเชย จากผลงานของหน่วยงาน และภาพรวมของทั้ง ๓ หน่วยงานในการดูแล ทั้งเขตบางกอกน้อย	- การจ่ายเงินจ่ายตามผลงานของแต่ละหน่วยงาน	ตามตัวชี้วัด
- การทำงานชุมชนประกอบด้วย การคัดกรองต่างๆตามตัวชี้วัด การ Home Health ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร การ Home visit ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร ไม่มี Health survey	การทำงานชุมชนประกอบด้วย - การคัดกรองต่างๆ ตามตัวชี้วัด - การ Home Health ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร - การ Home visit ๒๐๘ ครั้ง : ๑๐,๐๐๐ ประชากร - การ Health survey ๕๐ % ของจำนวนประชากร ที่ได้รับการจัดสรร	
- การดูแลและให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน- ความดัน เลือกโดยหน่วยบริการ	- การดูแลและให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน - ความดัน ถูกกำหนดโดยทะเบียนราษฎร์ ตามที่รายชื่อที่ สปสช. ให้และสำรวจเพิ่ม	
- การจ่ายเงินชดเชยการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน - ความดันตามที่ทำได้จริง ตามจำนวนราย	- การจ่ายเงินชดเชยการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน - ความดัน จ่ายตามจริง การให้บริการโดยคำนวณจาก จำนวนประชากรตามรายชื่อเป็น%การทำงาน	
- ชดเชยรายหัวในงาน PCC ๖๐ บาท - ชดเชยรายหัวในงาน PP นอก ๔๐ บาท	- ชดเชยรายหัวในงาน PCC ๖๐ บาท - ชดเชยรายหัวในงาน PP นอก ๖๐ บาท แต่ต้องทำงานได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด Health survey ต้องได้ตามเป้า ๕๐ % ไม่ได้ตามเกณฑ์การจ่าย ชดเชย จะลดลง	

๔.๑.๓ เรือพระร่วงสหคลินิก

เรือพระร่วงสหคลินิก มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ ๒๗,๕๕๓ คน แบ่งเป็น ๑๗ ชุมชน ๕,๑๔๙ ครัวเรือน ได้แก่ (๑) คลองใหญ่ (๒) อนามัยงามเจริญ (๓) พัฒนาหมู่ ๖ (๔) วัดบัวผัน (๕) เกาะโพธิ์ (๖) เทียนทะเล ๒๒ (๗) วัดหัวกระบือ (๘) ปู่โสมพัฒนา (๙) ข้างสถานี (๑๐) วงแหวนซิวาล (๑๑) สะแกงาม (๑๒) ศักดิ์มงคลชัย (๑๓) ศาลเจ้าแม่ทับทิม (๑๔) สามัคคี (๑๕) หลวงพ่อขาว (๑๖) มุ่งพัฒนา (๑๗) ดอกรัก

จำนวนประชากร UC ทั้งหมด ปกติ ๑๙,๓๒๓ คน พิการ ๔๑๒ คน แบ่งเป็น

๑) โรงพยาบาลพระราม ๒ ปกติ ๑๓,๑๕๗ คน พิการ ๒๒๓ คน

๒) โรงพยาบาลตากสิน ปกติ ๖,๑๖๓ คน พิการ ๑๘๙ คน

(ข้อมูล ณ วันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๒)

บุคลากรเรือพระร่วงสหคลินิก ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ คน ทันตแพทย์ ๒ คน แพทย์แผนไทย ๒ คน เภสัชกร ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ ๔ คน พยาบาลเวชปฏิบัติ ๑ คน นักกายภาพ ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑๔ คน พนักงาน ผู้ช่วยแม่บ้าน ๗ คน รวมทั้งสิ้น ๓๕ คน

ปัญหาในการดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครจะแตกต่างจากต่างจังหวัด ในกรุงเทพมหานครประชาชนสามารถเลือกสิทธิได้ว่า จะรักษาที่ใดถึงแม้จะไม่ได้อยู่ในพื้นที่ที่หน่วยบริการตั้งอยู่ รวมทั้งประชาชนที่อยู่ในต่างจังหวัด แต่บุตรเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานคร จะใช้วิธีการย้ายสิทธิและส่งต่อในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้ต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนเกิน

๔.๑.๔ บริษัท มิตรไมตรี การแพทย์ จำกัด

มิตรไมตรีคลินิกเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี ๒๕๔๕ ในปี ๒๕๕๐ จดทะเบียนบริษัท มิตรไมตรีการแพทย์ จำกัด (๗ สาขา) ปัจจุบันขยายสาขาครอบคลุมพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง และกรุงเทพมหานคร มากกว่า ๖๘ สาขาใน ๗ จังหวัด มีสมาชิกบัตรทองมากกว่า ๓๕๐,๐๐๐ คน

การให้บริการ

- คลินิกเวชกรรม (Medical Clinic) ตรวจรักษาโรคทั่วไป วัคซีนเด็ก ผ่ากรรภ์ โรคเรื้อรัง โปรแกรมตรวจสุขภาพ เปิดให้บริการทุกวัน เวลา ๐๘.๐๐-๒๐.๐๐ น. โดยมีแพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพ
- ทันตกรรม (Dental Clinic)
- กายภาพบำบัด (Physical Therapy) ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อระบบประสาทและสมอง พัฒนาการเด็ก ตรวจและรักษาโรคทางกายภาพบำบัด ด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด

รายได้ที่ทางคลินิกได้รับเป็นรายได้เหมาะสมจ่ายรายหัว การให้บริการประชาชนที่ใช้สิทธิ UC จะได้ผลงานบริการเป็นรายได้ส่วนหนึ่งจาก สปสช. รายได้ขณะนี้สามารถนำมาบริหารจัดการได้ในระดับหนึ่ง ยังพอมีเงินเหลือเพียงพอต่อการขยายสาขา เมื่อมีการให้บริการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมป้องกันในระยะยาว จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของคลินิกลงไปได้ และในการให้บริการไม่เลือกสิทธิจะสามารถสร้างความน่าเชื่อถือให้กับชุมชน และพบว่ามียาได้ในส่วนที่เป็นเงินสดเพิ่มขึ้น รายได้ส่วนหนึ่งมาจากบริษัทประกันของเอกชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มียาได้นอกจากเหนือที่ได้รับจาก สปสช.

๔.๒ รูปแบบการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของภาครัฐ

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ศึกษาถึงแนวทางการดำเนินการขยายหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดความแออัดและเป็นการเพิ่มการให้บริการประชาชนให้ได้รับความสะดวก โดยโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการในแนวทาง ดังนี้

๔.๒.๑ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

นโยบายดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ ๓ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒ “ขอให้ทุกจังหวัดทุกอำเภอจัดวางพื้นที่ Catchment ให้ชัดเจน แล้วเริ่มกระบวนการดูแลประชาชนโดยใช้รูปแบบของเวชศาสตร์ครอบครัว เปลี่ยนจากการดูแลโรคเป็นการดูแลคน เปลี่ยนจากการแบ่งงานกันทำเป็นแบ่งพื้นที่กันทำ”

นโยบายดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดกำแพงเพชร

นโยบายระดับจังหวัด

- เปิดให้บริการคลินิกหมอครอบครัวครบทุกอำเภอ
- อำเภอเมืองกำแพงเพชรและอำเภอยางทองพัฒนาเปิดบริการคลินิกหมอครอบครัวเต็ม

พื้นที่

- นโยบายการจัดกำลังตามเกณฑ์คลินิกหออครอบครัว (ปรับเปลี่ยกำลังคน)

นโยบายระดับเครือข่าย

- บริการมาตรฐานเดียวกันกับโรงพยาบาล
- สนับสนุนบุคลากร สหสาขาวิชาชีพ ในการทำงาน PCC (One Team รพ.สต./

ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล กับโรงพยาบาลกำแพงเพชร)

- มีระบบสนับสนุน ระบบประสานงานเมื่อส่งต่อและมีช่องทางด่วนในการให้บริการ

แนวคิด จัดบริการ PCC ตามหลัก Primary Care และสร้างแรงจูงใจเชิงบวกต่อการมา

ใช้บริการ

- จัดบริการคลินิกหออครอบครัวที่ระดับตำบล
- จัดบริการมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล
 - Refill ยาและเวชภัณฑ์
 - Central LAB & X-ray
 - การจัดการขยะติดเชื้อด้วยระบบ IT และ Logistic
 - จัดบริการร่วมกันทั้ง ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และรักษาโรค รวมทั้งฟื้นฟูสภาพ
 - จัดบริการทั้งในหน่วยบริการ และนอกหน่วยบริการ (บ้าน/ชุมชน)
 - สนับสนุนบุคลากร สหสาขาวิชาชีพ ในการทำงาน PCC
 - ทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างบุคลากรจากโรงพยาบาลกับ ทีม รพ.สต.

ในการดูแลคนไข้แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มฉุกเฉิน กลุ่มเร่งด่วน และกลุ่มเรื้อรัง

คนไข้ที่มาใช้บริการคลินิกหออครอบครัวจะมีช่องทางด่วนไว้ให้บริการ ไม่ต้องผ่านห้องบัตร สามารถไปที่ห้องตรวจได้ คนไข้ที่ไปคลินิกหออครอบครัวจะมีแพทย์ประจำตัว ได้รับการดูแลมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลกำแพงเพชร ถ้าส่งตัวจะมีช่องทางพิเศษให้ ใช้เวลาในโรงพยาบาลไม่นาน และเมื่อคนไข้มาใช้บริการคลินิกหออครอบครัว แล้วโอกาสที่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจะลดลง เนื่องจากจะลดเวลาในการใช้บริการ เพราะเป็นระบบ จุดบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ปัจจุบันมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๖ ทีม โดยมีการเชิญชวนแพทย์ที่เกษียณอายุราชการทำงาน

รูปแบบกำแพงเพชรโมเดลจะเลือกที่ให้คนไข้เข้าถึงบริการได้โดยสะดวก เพิ่มการให้บริการ หน่วยปฐมภูมิจึงมีการส่งแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข กระจายไปทุก ๑๐ กิโลเมตร ประชาชนสามารถใช้บริการคลินิกหออครอบครัวได้ บุคลากรที่ใช้คือ บุคลากรจาก รพ.สต.เดิม และส่งทีมแพทย์ไปทำงานร่วมกัน ส่วนในเขตอำเภอเมืองจะมีเทศบาล มีการทำ MOU ร่วมกัน

สิ่งที่ดำเนินการคือ การเข้าถึง ๑ A ๔ C (Accessibility, Coordination Comprehensiveness, Continuity, Community Participation) เพิ่มการเข้าถึง มีระบบการจัดการโดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาล และมีระบบนัดคนไข้เพื่อให้คนไข้เลือกวันไปรักษาได้ รวมทั้งนำเทคโนโลยีเข้ามาดำเนินการในการทำคิวอาร์โค้ด ที่ชองยาซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการในการให้บริการ เมื่อคนไข้มาที่โรงพยาบาลจะมีบริการนำรถไปส่งที่คลินิกหออครอบครัวเพื่อให้คนไข้ได้ไปใช้บริการ ซึ่งจะใช้เวลาในการตรวจรักษาเร็วกว่าไปโรงพยาบาล โดยขณะนี้ จะพยายามนัดเหลือเวลา เพื่อให้ไม่ต้องมารอ โดยคนไข้เป็นคนตัดสินใจเอง การทำระบบหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งจะทำให้เห็นคนไข้ได้อย่างต่อเนื่อง และถ้าสามารถทำให้คนไข้สามารถดูแลตัวเองก็จะลดภาระในการดูแลลงไปได้

ปัจจัยที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จ คือ นโยบายที่ชัดเจน ทีมงานเป็นทีมเดียวกัน มาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย การหาคนเข้ามาในระบบต้องเกิดการยอมรับแพทย์เชี่ยวชาญ มีการดูแลอย่างเป็นองค์รวม มีแรงจูงใจ และการนำข้อมูลมาจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์จากการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว

๑. ระบบบริการสุขภาพโดยรวมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นทั้งระบบ
๒. ลดภาระงานของบุคลากรและความซ้ำซ้อนของงาน
๓. ประชาชนได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและระดับชุมชน
๔. ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชน ลดระยะเวลารอคอยและความแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่
๕. การใช้ข้อมูลจากแฟ้มครอบครัว และการดูแลที่ใกล้ชิด สร้าง Health Literacy และ Self Management ลดการเจ็บป่วยในระยะยาว

๔.๒.๒ โรงพยาบาลตรัง

การให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ๙ ทีมจากประชากร ๑๕๐,๐๐๐ คน โดยในอนาคตมีแพทย์จบใหม่จะพยายามเปิดให้เต็มพื้นที่ และเมื่อเปิดเต็มพื้นที่แล้ว โรงพยาบาลจะไม่รับคนไข้ที่ไม่ได้นัด จะให้ไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิแทน จะใช้ระบบการส่งตัวคือถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินจะส่งเข้าโรงพยาบาลกลางได้ทันที แต่ถ้าไม่ใช่กรณีฉุกเฉินต้องเป็นระบบการนัดคนไข้ เพื่อให้กระบวนการจัดการดีขึ้น ลดความแออัดของคนไข้ รวมทั้งระบบการคัดกรอง เพื่อให้ไปพบหมอที่ตรงตามโรค ในระยะยาวจะทำให้มีความยั่งยืนมากกว่าที่จะให้คนไข้เดินเข้าไปในโรงพยาบาลแล้วไปเลือกแพทย์เฉพาะทางเอง กระบวนการ IT ที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลช่วยให้การนัดมีความสมบูรณ์แบบมากขึ้น ซึ่งทำคู่ขนานทั้งโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะคัดกรองคนไข้ที่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลจริงๆ โรงพยาบาลตรังมีการนำคิวอาร์โค้ดในฉลากยา มีการอธิบายข้อบ่งชี้การใช้ยา โดยกระบวนการนำ IT มาใช้เป็นการฝึกเปรียบเทียบให้คนไข้รู้วิธีการใช้ยา มีกระบวนการนัดที่ชัดเจน มีกระบวนการจัดการให้คนไข้รู้ล่วงหน้า โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการมีการตรวจโรควันไหน อย่างไร เพื่อให้ไปรับบริการได้ตรงวัน การดูแลคนไข้ในจังหวัดมีการแบ่งงานกันทำ เทศบาลดูแลคนไข้ในเชิงรุก โรงพยาบาลดูแลคนไข้ในเชิงรับเป็นการเสริมช่วยกันทำงานร่วมกัน

๔.๒.๓ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

การจัดหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘
 โรงพยาบาลวชิรพยาบาลจัดทำโครงการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยขอความร่วมมือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์บริการสาธารณสุขในการกระจายผู้ป่วยเดิมที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลลดลง ๕,๐๐๐ -๖,๐๐๐ คน แต่ในช่วงปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ ได้รับการร้องเรียนค่อนข้างมาก เนื่องจากมีการกระจายสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ส่งไปหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit : PCU) ประชาชนร้องเรียนเรื่องการย้ายสิทธิโดยไม่แจ้งล่วงหน้า แต่โรงพยาบาลได้ปรึกษากับ สปสช. ไว้ก่อนที่จะดำเนินการจริงประมาณ ๖ เดือน ซึ่งเรื่องร้องเรียนได้มีการประชุมเพื่อหาทางออกร่วมกัน ได้ข้อสรุปว่า ขอให้เป็นการใช้สิทธิตามพื้นที่อยู่ใกล้บ้าน แต่ในบางกรณีที่คนไข้ที่อยู่บริเวณรอบโรงพยาบาล ขอให้ย้ายสิทธิกลับมาที่โรงพยาบาลเป็นราย ๆ ไป เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ใกล้บ้าน

หลังจากปี ๒๕๕๙ ที่มีการกระจายความแออัด ได้จัดทำโครงการร่วมกับ Nectec ของ สปสช. เพิ่มเติม รวมถึงสำนักอนามัยในการพัฒนาระบบ e-refer และเนื่องจากวชิรพยาบาลไม่ได้เป็นหน่วยงาน ภายใต้สังกัดกรุงเทพมหานคร จึงเป็นปัญหาเรื่องการส่งตัวผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาระบบ โดยหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่พื้นที่ใกล้กับโรงพยาบาลที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ โมเดล ๒ และโมเดล ๔ ที่ส่งต่อโรงพยาบาลวชิรพยาบาลจะใช้ระบบ e-refer แต่ปัจจุบันระบบนี้อาจจะยังไม่ได้ใช้เต็มรูปแบบ ใช้เฉพาะเวลาทำการเท่านั้น จึงมีแผนที่จะพัฒนาไปใช้รูปแบบตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมงในระบบ e-refer ในปัจจุบันวชิรพยาบาลไม่มีคลินิกปฐมภูมิภายนอกของโรงพยาบาล คนไข้ที่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพมีการเปิดห้องตรวจเวชศาสตร์ครอบครัวโดยหมอที่ตรวจเป็นหมอเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ประจำบ้านที่กำลังฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นหลัก นอกจากนี้จะมีการทำงานร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขตามโครงการของ สปสช. ในเรื่องงาน primary care clus ที่จะพัฒนาศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีความใกล้เคียงกัน ขณะนี้ห้องตรวจเวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำมีทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพ คนไข้ประกันสังคม กรณีต้องมีการติดตามต่อเนื่องจะติดตามที่ห้องเวชศาสตร์ครอบครัว และในทุกปีคนไข้จะไปตรวจติดตามกับแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จะลดความแออัดที่ห้องตรวจเฉพาะทางลงได้

๔.๒.๔ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

การดำเนินการกระจายความแออัดหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล โรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินโครงการกระจายบริการปฐมภูมิ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๑ ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

- ๑) ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๐ แห่ง ใน ๙ เขต ได้แก่
 - ๑.๑ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๗ ประสงค์ สุดสาคร ตู๊จินดา เขตสวนหลวง
 - ๑.๒ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๓ มินบุรี เขตมีนบุรี
 - ๑.๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๔ ลำผักชี หนองจอก เขตหนองจอก
 - ๑.๔ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๕ ร่มเกล้า เขตลาดกระบัง
 - ๑.๕ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๖ กันตารัตูทิศ เขตลาดกระบัง
 - ๑.๕ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๐ บึงกุ่ม เขตบึงกุ่ม
 - ๑.๖ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๖ ทับเจริญ เขตคันนายาว
 - ๑.๗ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๗ บุญเรือง ล้าเลิศ เขตประเวศ
 - ๑.๘ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๔ คลองสามวา เขตคลองสามวา
 - ๑.๙ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ สะพานสูง เขตสะพานสูง
- ๒) คลินิกชุมชนอบอุ่นเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ๙ แห่ง ใน ๕ เขต ได้แก่
 - ๒.๑ เมืองมีนคลินิกเวชกรรม เขตมีนบุรี
 - ๒.๒ คลินิกเวชกรรมใกล้บ้าน เขตมีนบุรี ได้แก่
 - ๒.๓ คลินิกเวชกรรมซอยนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม
 - ๒.๔ เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม สาขาปัฐวิกรณ์ เขตบึงกุ่ม
 - ๒.๕ สหคลินิกบางชั้น เขตคลองสามวา
 - ๒.๖ คลินิกเวชกรรมสุพจน์ เขตคันนายาว
 - ๒.๗ คลินิกเวชกรรมสายสัมพันธ์ เขตคันนายาว
 - ๒.๘ สหคลินิกถนนนวมินทร์ เขตคันนายาว
 - ๒.๙ สหคลินิกแพทย์เวชกรรมและแพทย์แผนไทย เขตลาดกระบัง

โดยเริ่มต้นมีผู้ป่วย ๒๐๐,๐๐๐ คน กระจายไปศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิก ๙ แห่งอย่างละครึ่ง และกลุ่มที่ยังไม่กระจายเป็นญาติสายตรงของเจ้าหน้าที่ประมาณ ๒,๐๐๐ คน แต่ยอดปัจจุบันของ ๓ กลุ่ม คือ คลินิกมีประมาณ ๙๕,๐๐๐ คน ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๐,๐๐๐ คน ที่เหลือประมาณ ๒๒,๐๐๐ คน เป็นกลุ่มสายตรงเจ้าหน้าที่ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และกลุ่มที่หลุดจากมติกรมบัญชีกลางและ หลุดสิทธิประกันสังคมจะกลับเข้ามาหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลก่อนกระจายไปศูนย์ฯ และคลินิก มีจำนวน ๒ แห่ง เมื่อมีการกระจายไปจึงปิดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อน แต่เมื่อประมาณปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗ มีคนไข้ ที่หลุดจากสิทธิประกันสังคมเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น ๓๓,๐๐๐ คน จึงต้องกลับมาทำหน่วยบริการปฐมภูมิอีกครั้ง คือ GP ซึ่งก่อนกระจาย ๓ OPD ที่มีความแออัดมาก จะลดความแออัดลงไปได้มาก เช่น กลุ่มกุมารเวช กลุ่มฝากครรภ์ กลุ่มทันตกรรม จะไปใช้บริการที่คลินิกอบอุ่นและศูนย์บริการสาธารณสุข การรับส่งต่อในช่วงแรกไม่ประสบปัญหา แต่เกิดปัญหาคนไข้ติดโรงพยาบาลติดแพทย์ ไม่ต้องการไปรักษาที่คลินิกและศูนย์ฯ ทำให้เกิดประเด็นการร้องเรียนในเรื่องการกระจายผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญที่ประชาชนไม่ยอมรับ

๕. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๕.๑ การมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ

การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนราชการและภาคเอกชนเพื่อให้เป็นไปตามที่บัญญัติของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

หมวด ๔ การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

มาตรา ๓๐ เพื่อให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ให้คณะกรรมการประกาศกำหนดกลไกและหลักเกณฑ์ในการส่งเสริมและพัฒนาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้ และส่งเสริมและพัฒนากิจการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนตามมาตรา ๑๐ ววรรคหนึ่ง (๑) โดยบูรณาการทรัพยากรในการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิและติดตามดูแลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ รวมทั้งประสานให้เกิดเครือข่ายบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในพื้นที่นั้นหรือพื้นที่อื่น ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๓๑ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอาจขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสำนักงาน เพื่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและ มีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และครอบครัว

รายการค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการเรียกคืนเงินค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

มาตรา ๓๒ ให้คณะกรรมการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริม ปรับปรุง และพัฒนากิจการบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การรับฟังความคิดเห็นตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

การมีส่วนร่วมในงานบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีการดำเนินงานเพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยสรุป ดังนี้

๑. โรงพยาบาลวิชัยเวชคลินิก เป็นโรงพยาบาลเอกชนมีการดำเนินงานในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานปฐมนุฎมิ ดังนี้

๑.๑ ช่วยประสานงานและให้ความร่วมมือในการติดตามช่วยเหลือในชุมชน เช่น การติดตามญาติ การหาที่อยู่ผู้ป่วย

๑.๒ เผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากงานปฐมนุฎมิ แนวทางการทำงาน ติดต่อ ช่วยเหลือประชาชนในชุมชน

๑.๓ แจกข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในชุมชน ให้กับหน่วยงานปฐมนุฎมิทราบ และช่วยกันแก้ไขปัญหา

๒. มิตรไมตรีคลินิก มีการดำเนินงานในด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การเข้าไปในชุมชน ในช่วงแรกจะไม่ได้ได้รับความร่วมมือ ต้องใช้วิธีการเข้าไปประสานกับประธานชุมชน มีการติดตามการเยี่ยมบ้าน โดยสหวิชาชีพ สํารวจชุมชน คนไข้ติดเตียง ซึ่งต้องใช้เวลาที่จะให้ชุมชนยอมรับศักยภาพของคลินิก ทางคลินิกพยายามจัดโครงการส่งเสริมป้องกันโรคร่วมกับชุมชน กิจกรรมต่างๆ จะมีการเชิญชุมชนเข้ามาร่วมเป็นอาสาสมัครเป็นจิตอาสาในชุมชนเพื่อช่วยสอดส่องดูแล โดยสาขามิตรไมตรี ผู้นำชุมชน จิตอาสา ในแต่ละพื้นที่มีทีมงานประสานกัน

๓. ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย มีการทำงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ประกอบด้วย

๓.๑ ภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่

๓.๒ การร่วมมือกับสำนักงานเขต ร่วมมือกับฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ฝายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยในชุมชน การตรวจร้านอาหาร การตรวจตลาดฯ

๓.๓ ร่วมมือการทำงานกับสำนักงาน ป.ป.ส. ในการร่วมออกตรวจร้านเหล้าในสถานบริการกลางคืน การประชาสัมพันธ์การป้องกันการติดยาเสพติด การส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

๓.๔ การดำเนินงานร่วมกับสถานศึกษาในสังกัดกรุงเทพมหานคร ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคตรวจสุขภาพนักเรียน การให้ความรู้ต่าง ๆ แก่นักเรียนและผู้ปกครอง ครูและเจ้าหน้าที่

๓.๕ การดำเนินงานร่วมกับคลินิกชุมชนอบอุ่น โรงพยาบาลต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินงานในด้านลดความแออัดผู้ป่วยนอก การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

๓.๖ การดำเนินงานร่วมกับองค์กรเอกชนต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการควบคุม ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ วัณโรค กับเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน

๓.๗ การประสานงานระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทั้งของสังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลเอกชน และมูลนิธิต่างๆ ในด้านการดูแลสุขภาพประชาชน การดำเนินงานร่วมกับกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนโรงเรียนภาคเอกชนบางส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกับภาคเอกชน ห้าง ร้าน มูลนิธิต่าง ๆ อีกมากมาย

๕.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมนุฎมิ

เจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง

ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

องค์ประกอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ประกอบด้วย

๑.๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นที่ปรึกษา

๑.๒ ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

๑.๓ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

๑.๔ กรรมการโดยตำแหน่ง จำนวน ๑๒ คน

๑.๕ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ คน

๑.๖ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข)

เป็นกรรมการและเลขานุการ

๑.๗ ปลัดกระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งข้าราชการจากกระทรวงมหาดไทยและกระทรวง

สาธารณสุข จำนวน ๒ คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย

๒.๑ ผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นที่ปรึกษา

๒.๒ นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ

๒.๓ กรรมการภาครัฐ ไม่เกิน ๖ คน

๒.๔ กรรมการภาคเอกชน ไม่เกิน ๖ คน

๒.๕ กรรมการภาคประชาชน ไม่เกิน ๗ คน

๒.๖ สาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ

๒.๗ นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม ๑) ๒) และ ๓) เป็นผู้ช่วยเลขานุการ ไม่เกิน ๒ คน

ที่ปรึกษาพิเศษคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาจแต่งตั้งที่ปรึกษาพิเศษเพิ่มเติมได้ โดยมติของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ประกอบด้วย

๓.๑ ปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้น เป็นที่ปรึกษา

๓.๒ ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ

๓.๓ กรรมการภาครัฐ ไม่เกิน ๗ คน

๓.๔ กรรมการภาคเอกชน ไม่เกิน ๖ คน

๓.๕ กรรมการภาคประชาชน ไม่เกิน ๗ คน

๓.๖ หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและ

เลขานุการ

๓.๗ หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

*ที่ปรึกษาพิเศษ พชช. อาจแต่งตั้ง ที่ปรึกษาพิเศษเพิ่มเติมได้ โดยมติของ พชช.

หลักการของการทำคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในส่วนของการทำงาน เป็นการดำเนินงานร่วมกันของกระทรวงมหาดไทย สปสช. สสส. กระทรวงสาธารณสุข เหตุผลเนื่องจาก

สุขภาพไม่สามารถจัดการได้โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงแห่งเดียว ในภาพรวมตีความว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของสุขภาพและการบำบัดทุกข์บำรุงสุข มีการดำเนินการในเขต ๑๓ พื้นที่นำร่อง และ ๒๐๐ พื้นที่กรุงเทพมหานครเริ่มดำเนินการปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑ แห่ง ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑ แห่ง และปี ๒๕๖๑ ทำครบทุกเขต ในหลักการคือจะทำอย่างไรที่จะคืนความสุขให้สังคมไทย ใส่ใจดูแลกัน และเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่เหลื่อมล้ำ

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการวิสามัญ

๑. กฎหมายระบบปฐมภูมิ

๑.๑ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ

๑.๑.๑ ให้กรุงเทพมหานครนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะให้มีการอบรมบุคลากรของคลินิกหมอครอบครัว และการให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลของตนเอง

๑.๑.๒ ให้กรุงเทพมหานครตั้งหน่วยที่จะขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการดำเนินการตาม
กฎหมาย

๑.๑.๓ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกรุงเทพมหานครดำเนินการประสานกับ
กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

๑.๒ ปัญหาข้อกฎหมายระหว่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เนื่องจากพระราชบัญญัติระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นกฎหมายที่ออกมาใช้บังคับใหม่ กรุงเทพมหานครควรประสานหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องปรับบริบทการทำงานให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น กระทรวง
สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานคร
 เป็นต้น

๒. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและการลงทะเบียนประชาชน

๒.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๑.๑ กรุงเทพมหานครควรส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชนเปิดรับเป็นหน่วยบริการ
ปฐมภูมิที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน

๒.๑.๒ กรุงเทพมหานครควรประสานให้มีการออกระเบียบให้พยาบาลวิชาชีพใน
กรุงเทพมหานครทำงานในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนได้

๒.๑.๓ กรุงเทพมหานครควรมีกระบวนการจัดแผนการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
กับระบบปฐมภูมิให้เหมาะสม

๒.๒ การลงทะเบียนประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๒.๑ เนื่องจากมีความหลากหลายของปริมาณข้อมูลในการจัดการ เพื่อให้สามารถ
ปฏิบัติได้จริงควรต้องทำชุดข้อมูลขั้นต่ำมาตรฐาน (Minimum Data Set) ขึ้นมา เพื่อให้สามารถนำไปใช้
ประโยชน์ร่วมกัน โดยให้คำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้ข้อมูลของประชาชนและผู้ให้บริการ เพื่อป้องกัน
ปัญหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๒ เนื่องจากคนในกรุงเทพมหานครพักอาศัยในพื้นที่หนึ่ง ไปทำงานในอีกพื้นที่หนึ่ง
จะต้องให้มีการลงทะเบียนหน่วยปฐมภูมิที่เหมาะสมทั้งในพื้นที่พักอาศัยหรือพื้นที่ทำงาน

๒.๒.๓ เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจะต้องดำเนินการในระดับชุมชน แต่การลงทะเบียนของประชาชนตามเดิมนั้น กระจัดกระจายไม่อยู่ในชุมชนเดียวกัน ในการลงทะเบียนของประชาชนในรอบนี้จึงต้องดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป ให้มีระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะเปลี่ยนเป็นลงทะเบียนในหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน

๒.๒.๔ ควรกระจายประชาชนที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในภาครัฐ โดยเฉพาะการกระจายจากโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ไปหน่วยบริการปฐมภูมิให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

๓. โครงสร้างและระบบพื้นฐานในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๑ โครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร

๓.๑.๑ เห็นควรให้กรุงเทพมหานครจัดตั้งสำนักงานสาธารณสุขปฐมภูมิกลุ่มเขตทั้ง ๖ กลุ่มเขตขึ้น ให้ทำหน้าที่ลงทะเบียนประชาชน รับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า และติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิระดับเขต

๓.๑.๒ จัดตั้งศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีหน้าที่ฝึกอบรมแพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข

๓.๑.๓ ควรจัดการอบรมกรรมการและอนุกรรมการระดับต่าง ๆ ทั้งหมด โดยให้โรงพยาบาลที่มีคณะแพทยศาสตร์ศึกษารับดำเนินการเรื่องการพัฒนาบุคลากร ให้รับผิดชอบศูนย์ละ ๒ กลุ่มเขต รวมทั้งให้การอบรมแพทย์และพยาบาลเอกชนมาอบรมโดยเก็บค่าลงทะเบียน

๓.๑.๔ ให้มีการสร้างหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น เพื่อให้แพทย์ทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิอบรมเพื่อทำหน้าที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๓.๑.๕ ให้มีการตั้งคณะอนุกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิแห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ๑๒ โดยด่วน

๓.๒ โครงสร้างอัตรากำลัง

๓.๒.๑ ควรจัดการอบรมให้กับนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลด้านเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากต้องไปทำงานในระดับชุมชนโดยการมีส่วนร่วม หลังการอบรมสามารถใช้สำหรับการเพิ่มค่าตอบแทนให้ตามสมควร

๓.๒.๒ จัดให้มีการอบรมสัมมนาเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้แก่เจ้าหน้าที่ในศูนย์บริการทุกแห่ง กรรมการในระดับเขต ผู้แทนภาคประชาชน อนุกรรมการจังหวัด ผู้ปฏิบัติในระดับเขต เป็นต้น

๓.๒.๓ จะต้องมีการระดมการอบรมเพื่อให้เป็นวิทยากร (ครู ก) และการอบรมเพื่อเป็นผู้ช่วยวิทยากร (ครู ข) ในกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญในการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่กลุ่มผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนท้องที่ หน่วยบริการ ภาคประชาชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยมีหลักสูตรกลางสำหรับอบรมครู ก ครู ข และแบบประเมินผลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๓.๒.๔ ในการฝึกอบรมควรให้สถาบันการศึกษาเป็นผู้จัดการอบรม และหน่วยงานเป็นผู้ประสานดำเนินการ การทำหลักสูตรกลางร่วมกัน

๓.๒.๕ ควรจัดทำงบประมาณเพื่อสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรโดย กรุงเทพมหานครและกระทรวงสาธารณสุข

๓.๓ การพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ

๓.๓.๑ ควรให้มีการอบรมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องของภาวะผู้นำ และกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน

๓.๓.๒ ควรจัดการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้ได้ใบวุฒิบัตรของแพทย์
อนุวุฒิบัตร (อว.) และวุฒิบัตร (วว.) โดยด่วน

๓.๓.๓ ควรจัดการฝึกอบรม (In service Training) ให้กับเจ้าหน้าที่ของกรุงเทพมหานคร
โดยขอให้กระทรวงสาธารณสุขจัดอบรม และหลังจากจบการอบรมขอให้สำนักอนามัยกำหนดตำแหน่งเพื่อรับ
บรรจุด้วย

๓.๓.๔ ให้กรุงเทพมหานครออกแบบการอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)
ให้กับบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของกรุงเทพมหานคร

๓.๔ ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

๓.๔.๑ กรุงเทพมหานครควรประสานกับกระทรวงต่าง ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พัฒนาข้อมูลให้เป็นระบบ
เดียวกันของทั้งประเทศ

๓.๔.๒ หน่วยงานด้านการแพทย์สาธารณสุขของกรุงเทพมหานครควรดำเนินการ
เชื่อมต่อระบบข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์สาธารณสุขของกรุงเทพมหานครกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อนำข้อมูล
ที่สำคัญและจำเป็นมาใช้ประโยชน์ในระบบต่อไป

๓.๔.๓ ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลประจำตัวประชาชนที่สามารถเชื่อมโยงชุดข้อมูล
พื้นฐานที่ใช้ในแต่ละหน่วยที่ให้บริการประชาชนให้สามารถเรียกใช้ประโยชน์ได้

๓.๔.๔ ควรมีการส่งชุดข้อมูลพื้นฐานของบุคคลไปยังเจ้าของข้อมูลเพื่อให้ทราบ
สถานะสุขภาพของตนเอง และรู้วิธีการดูแลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของตนเองอย่างง่ายได้

๓.๕ การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓.๕.๑ ควรให้มีการดำเนินการประชาสัมพันธ์ตามกลุ่มเป้าหมาย โดยมีเนื้อหาสาระ
ที่เหมาะสมและใช้เทคนิคการประชาสัมพันธ์ที่อยู่ในความสนใจ

๓.๕.๒ กรุงเทพมหานครควรให้มีผู้รับผิดชอบเรื่องการประชาสัมพันธ์การให้บริการ
หน่วยสุขภาพปฐมภูมิ และให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้สำนักงานประชาสัมพันธ์รับผิดชอบ
กระบวนการและเทคนิค สำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ รับผิดชอบเรื่องเนื้อหาสาระ โดยต้องจัดทำแผน
ในการประชาสัมพันธ์ให้เหมาะสมต่อช่วงเวลา รวมทั้งให้มีการประชาสัมพันธ์ผ่าน Social Media ให้มากขึ้น

๔. รูปแบบระบบบริการปฐมภูมิ

๔.๑ รูปแบบการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของภาคเอกชน

๔.๑.๑ ควรปรับให้หน่วยบริการปฐมภูมิของเอกชนให้สามารถดูแล รักษา ป้องกัน
ส่งเสริม ฟันฟู และคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้บรรลุตามกฎหมาย

๔.๑.๒ ควรส่งเสริมภาคเอกชนให้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม และพัฒนา
ระบบการส่งต่อทางอิเล็กทรอนิกส์

๔.๑.๓ ควรดำเนินการให้หน่วยบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงกับคณะกรรมการเขตสุขภาพ
เพื่อประชาชน (กขป.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๔.๑.๔ ควรกระจายงานส่งเสริมและป้องกันโรคของทุกสิทธิถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ
ทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งหมด และจะต้องหาแนวทางในการกระจายผู้ประกันตนตามระบบประกันสังคม
ข้าราชการและครอบครัวลงหน่วยบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

๔.๒ รูปแบบการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของภาครัฐ

๔.๒.๑ โรงพยาบาลกำแพงเพชร และโรงพยาบาลตรัง กรุงเทพมหานครควรเรียนรู้
กระบวนการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน โดยให้แพทย์ทุกโรงพยาบาลทำความเข้าใจกับประชาชนว่า

เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์ทั่วไปก่อนเพื่อให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ก่อนที่จะไปพบแพทย์เฉพาะทางและเรียนรู้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยแบบเครือข่าย ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองใช้ในโรงพยาบาลตรางและโรงพยาบาลกำแพงเพชร

๔.๒.๒ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

๔.๒.๒.๑ โรงพยาบาลวชิรพยาบาลต้องกระจายประชากรที่อยู่ในระบบปฐมภูมิไปยังหน่วยปฐมภูมิอื่น ๆ แต่ถ้าไม่สามารถทำได้ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้สำหรับสอนนักศึกษาแพทย์จะต้องมีการตั้งหน่วยปฐมภูมิของตนเองเพื่อลดต้นทุนในการให้บริการ

๔.๒.๒.๒ หากประชาชนที่เคยลงทะเบียนที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แต่พักอาศัยอยู่นอกเขตที่ห่างไกล ขอให้ลงทะเบียนที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตที่พักอาศัย แต่ให้ส่งต่อมาโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเช่นเดิม และให้สามารถปรับเปลี่ยนย้ายไปลงทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ที่เหมาะสมได้ภายในเวลาที่กำหนด

๔.๒.๒.๓ ควรอำนวยความสะดวกเรื่องการนัดหมายแพทย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยใช้รูปแบบของวชิรพยาบาล

๔.๒.๓ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ควรใช้ประสบการณ์จากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในการจัดกลุ่มแรงงานต่างด้าวให้เข้าสู่ระบบปฐมภูมิด้วย โดยต้องมีกฎเกณฑ์ที่ปรับปรุงขึ้นใหม่อย่างเหมาะสม

๕. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๕.๑ การมีส่วนร่วมในงานบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ

๕.๑.๑ กรุงเทพมหานครควรเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการระบบบริการปฐมภูมิกรุงเทพมหานคร โดยมีองค์ประกอบทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เป็นต้น

๕.๑.๒ คณะอนุกรรมการระบบบริการปฐมภูมิกรุงเทพมหานครควรกำหนดประเด็นสำคัญที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะดำเนินการเป็นลำดับต้น เช่น ยาเสพติด วัณโรค ไข้เลือดออก เป็นต้น

๕.๑.๓ ควรประสานให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้กับกรุงเทพมหานครเพื่อดำเนินการในภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๕.๑.๔ กรุงเทพมหานครควรกระจายบทบาทภารกิจให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนให้สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมตามกฎหมาย

๕.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๕.๒.๑ จะต้องจัดโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ให้สอดคล้องและประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

๕.๒.๒ ควรดำเนินการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๕.๒.๓ ควรเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ดำเนินการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต เพื่อพัฒนางานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)

ประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ

