



แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือ
พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

พ.ศ.2550-2554



โดย คณะกรรมการอำนวยการ
คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์
ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



สารบัญ

ส่วนที่ 1 : บทนำ	1
● หลักการและเหตุผล	1
● กระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์	3
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลสถานการณ์แนวโน้มของบริการปฐมภูมิ และข้อเสนอต่อแนวทางเพื่อการพัฒนา	5
● ที่มาและความสำคัญของการให้บริการปฐมภูมิ	5
● พัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย	7
● ความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	11
● สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ของสถานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย	12
ส่วนที่ 3 : การวิเคราะห์ปัจจัย กรอบแนวคิด ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	31
● การวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของระบบบริการปฐมภูมิ	31
● สรุปยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	34
● กรอบแนวคิด คุณค่า และทิศทางของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	35
● วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	37
ส่วนที่ 4 : ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	39
● สรุปยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2550-2554)	39
● ยุทธศาสตร์ 1 : เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างสอดคล้อง กับบริบทบริบท	41
● ยุทธศาสตร์ 2 : ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการ ปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ	49
● ยุทธศาสตร์ 3 : ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหาร จัดการบุคลากรที่หลากหลาย หลายนสอดคล้องกับระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิ	61
● ยุทธศาสตร์ 4 : สร้างการยอมรับ คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ ระบบบริการปฐมภูมิ	71
● ยุทธศาสตร์ 5 : สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	78



บทนำ

หลักการเหตุผล และความเป็นมา

ประเทศไทยมีการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นเวลายาวนาน ซึ่งได้วางรากฐานแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และได้มีการพัฒนางานสาธารณสุขที่สนับสนุนการแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานในชุมชน โดยประชาชนร่วมทั้งการป้องกันโรคที่พบบ่อยในชุมชน เช่น ปัญหาอุจจาระร่วง เด็กขาดสารอาหาร

ขณะเดียวกันหน่วยบริการสุขภาพ หรือ สถานพยาบาลระดับต่างๆ ก็ได้รับการพัฒนาไปพร้อมกัน มีสถานอนามัยในทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ และโรงพยาบาลทั่วไปในทุกจังหวัด มีการพัฒนาบริการเฉพาะทางด้านต่างๆ อย่างมาก แต่ก็ยังมีพื้นที่บางส่วนของประชาชนยังเข้าถึงบริการ การดูแลสุขภาพยังขาดคุณภาพในมิติการเข้าใจความคิด ความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ประชาชนมีความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองไม่มาก มีปัญหาที่คนไข้อัดที่โรงพยาบาล มีการร้องเรียนไม่พอใจบริการที่ได้รับ ทั้งนี้มีปัจจัยที่น่าจะเกิดจากความไม่สมดุลของแผนการพัฒนาระหว่างบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง และการพัฒนาบริการสุขภาพแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพพื้นฐาน การให้ความสำคัญกับการใช้เทคนิคการแพทย์ในการให้บริการของผู้ให้บริการมากกว่าการเข้าใจมิติความเป็น “มนุษย์” ของผู้รับบริการ การมุ่งเน้นพัฒนาโรงพยาบาลใหญ่ที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงมากกว่าการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก ได้แก่ สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข ให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และให้ความสำคัญของหน่วยบริการในการดูแลสุขภาพที่มีความเข้าใจมิติความเป็น “มนุษย์” ของผู้รับบริการ ช่วยเป็นเพื่อนที่ปรึกษาในการดูแลสุขภาพร่วมกันและช่วยเสริมศักยภาพของการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ



กองทัพกับสภาพสังคมของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพความเป็นเมืองมากขึ้น ประชากรย้ายถิ่นจากชนบทไปทำงานในเขตเมือง ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ทำให้แบบแผนปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไปเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อัมพาต เพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต เช่น ความเครียด ความอ้วน การติดยาเสพติด เอดส์ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวต้องการระบบดูแลสุขภาพที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้าใจมิติทางสังคมที่เชื่อมโยงกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนน่าจะมีโอกาสพัฒนาระบบดูแลสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ทั้งหมดนี้จึงเป็นปัจจัยที่ต้องมีการทบทวนแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีความสมดุลระหว่างการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ กับการพัฒนาบริการโดยโรงพยาบาล และหน่วยบริการเฉพาะทาง ต้องเร่งเสริมศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และทันกับการเติบโตของโรงพยาบาล

ในระยะหนึ่ง ได้มีทิศทางการพัฒนาสถานีนอมนามัย แต่แผนนี้ส่วนใหญ่ดำเนินการแต่ด้านการพัฒนาโครงสร้าง อุปกรณ์ เครื่องมือของหน่วยบริการ ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนาเอกลักษณ์ อุดมการณ์ของบริการของสถานีนอมนามัย ที่ควรมุ่งเน้นการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เป็นศูนย์สุขภาพของชุมชน มิใช่พัฒนาเลียนแบบโรงพยาบาลที่เป็นการบริการทางการแพทย์ และบริการเชิงรับ

ในระยะสี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้พัฒนาให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มุ่งหวังให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมไม่ว่ารวยหรือจน และในระบบหลักประกันสุขภาพนี้ได้ให้ความสำคัญต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ออกแบบให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการเป็นลักษณะเหมาจ่ายต่อหัวประชากร ซึ่งทำให้มีกระแสการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น หน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาบริการในลักษณะต่างๆ แต่กระแสการพัฒนาบริการปฐมภูมิก็ยังมีลักษณะขี้นลง ไม่นั่นนอน และยังไม่มิติศทางการพัฒนาที่ชัดเจน มีลักษณะต่างคนต่างพัฒนาตามความสนใจ บางส่วนยังมุ่งเน้นที่บริการรักษาพยาบาลแบบโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิในส่วนกระทรวงสาธารณสุขยังได้รับการพัฒนาไม่เต็มที่

ภาคี องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงเห็นว่า ควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการทำความเข้าใจร่วมกันต่อเป้าหมายที่พึงประสงค์ ช่วยกันระดมความคิดให้ได้ยุทธศาสตร์ และ กลยุทธ์การพัฒนาที่เหมาะสม เพื่อเป็นกรอบทิศทาง แนวการพัฒนาร่วมกันระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ฉะนั้นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นนี้ จึงมีเจตนาให้เป็นแผนร่วมกันของภาคี องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรวิชาชีพ ผู้แทนผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพสาขาต่างๆ และส่วนของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งชุมชน มิใช่แผนของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ เป็นกรอบใหญ่ที่หน่วยงานต่างๆ นำไปพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน ต่อไป โดยเชื่อมเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน

กระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์

1. การปรึกษา สรุปลข้อมูลสถานการณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ

มีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างเดือนตุลาคม 2548 - มีนาคม 2549 เป็น ระยะเวลาเดือน โดยมีนักวิชาการ และผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา บริการปฐมภูมิ ได้แก่ ทีมงานจากกระทรวงสาธารณสุข (สำนักพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนัก ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) ทีมงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา กลุ่มงาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี) และ ทีมงานจากชมรมแพทย์ชนบท ชมรมพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

จากการประชุมในส่วนนี้ ได้พัฒนาเป็นเอกสาร **"ข้อมูลสถานการณ์แนว โนม์ของบริการปฐมภูมิและข้อเสนอต่อแนวทางเพื่อการพัฒนา"**

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง

โดยองค์ประกอบผู้ร่วมประชุม คือ ผู้แทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมี ทีมที่ปรึกษาจาก จากสถาบันวิจัยสังคม และคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทีมคณะทำงานจากผู้แทนส่วนงานต่างๆ ซึ่งในแต่ละการประชุมมีวัตถุประสงค์ เฉพาะ คือ



การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 :

วันที่ 30 มิถุนายน -1 กรกฎาคม 2549

เพื่อประเมินสถานการณ์ จุดอ่อน จุดแข็งของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กว้างขวางขึ้น และร่วมกันพัฒนาวีสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนา ร่วมกันโดยกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และนักวิชาการ

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2

วันที่ 10-11 สิงหาคม 2549

เพื่อพัฒนาเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ต้องการให้บรรลุ และกลยุทธ์การพัฒนาในแต่ละยุทธศาสตร์ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์

การประชุมย่อยตามแผนยุทธศาสตร์ 4 ครั้ง

ในระหว่างเดือนกันยายน 2549

เพื่อระดมความเห็นต่อกลยุทธ์ กิจกรรม การดำเนินงาน และแผนปฏิบัติงานร่วมกัน โดยผู้ประสาน ผู้บริหารและนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแต่ละยุทธศาสตร์

การประชุมครั้งที่ 3

วันที่ 27 ตุลาคม 2549

เพื่อนำเสนอแผนยุทธศาสตร์ทั้งหมด ที่พัฒนาขึ้น และเปิดรับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาจากผู้บริหาร ผู้แทนผู้ปฏิบัติงาน และองค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากนั้นจึงนำข้อเสนอทั้งหมดไปปรับให้เหมาะสมอีกครั้ง และได้จัดทำเป็น “แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่ระบบสุขภาพชุมชน พ.ศ. 2550- 2554” ขึ้น

3. การเสนอต่อผู้บริหารขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

แผนยุทธศาสตร์ที่พัฒนาขึ้น จะนำไปเสนอต่อผู้บริหารขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อมูลสถานการณ์แนวโน้ม ของบริการปฐมภูมิและข้อเสนอ ต่อแนวทางเพื่อการพัฒนา

1. ที่มาของความสำคัญของการให้บริการปฐมภูมิ

บริการด้านสุขภาพเริ่มมีการแบ่งเป็นปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ในช่วงทศวรรษที่ 1920 โดยแบ่งตามคุณภาพและสมรรถนะของการให้บริการจากน้อยไปมาก บนพื้นฐานของกระบวนทัศน์ (Paradigm) ที่เป็นการเชื่อและความคาดหวังในขณะนั้นว่าบริการที่ดี คือโรงพยาบาลและเทคโนโลยี โดยให้ความหมายของการให้บริการปฐมภูมิว่า เป็นการให้บริการในชุมชนโดยผู้ให้บริการที่อยู่ในสถานพยาบาล ในขณะที่การให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิคือการให้บริการในโรงพยาบาล (The Dawson Report 1920)

การให้บริการในชุมชนจึงเป็นกรอบพื้นฐานของบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมตะวันตก และเริ่มมีศักดิ์ศรีทั้งในเชิงคุณภาพบริการและสมรรถนะของการให้บริการไม่น้อยกว่าการให้บริการในโรงพยาบาลตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1950 (Balint 1964) โดยแสดงให้เห็นถึงความจำเพาะที่ต่างกัน กล่าวคือการให้บริการในระดับปฐมภูมินำองค์ความรู้เชิงกว้าง ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนของร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลเน้นองค์ความรู้แบบลึกทางด้านชีววิทยาการแพทย์ (Yahn 1979)



การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขใน 12 ประเทศทางตะวันตก พบว่าประเทศที่ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิเข้มแข็งมีแนวโน้มที่ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีกว่า และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่า (Starfield, 1994)

ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับอิทธิพลจากคำประกาศขององค์การอนามัยโลก (Alma Alta Declaration: World Health Organization 1978) ที่ประกาศเรื่อง Primary Health Care (PHC) ที่แสดงถึงปรัชญา มิติการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ ให้ความสำคัญกับการให้บริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้บ้าน และใกล้ที่ทำงาน เป็นส่วนแรกของบริการต่อเนื่อง ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ จัดบริการที่ประชาชนยอมรับได้ ด้วยเทคโนโลยี และต้นทุนที่เหมาะสม สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว และจำเป็นต้องบูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม โดยตระหนักถึงสภาวะที่ขาดแคลนบุคลากรในระดับวิชาชีพ ที่มีในชุมชน มีสมรรถนะจำกัดในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นสากล (Cosmopolitan หรือ scientific medicine) จึงมีการพัฒนาบุคลากรเสริมในรูปแบบที่หลากหลายในแต่ละประเทศ มีการวิจัยเชิงระบบ (Mercenier 1992) เพื่อศึกษาหาเงื่อนไขที่จะทำให้ประเทศกำลังพัฒนานี้ มีความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง พึ่งเทคโนโลยีเท่าที่จำเป็น (Autonomy) ดูแลตนเองและพึ่งตนเอง (Self-care and self-reliance) ทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และรายบุคคล คำตอบที่สำคัญคือ มีการให้บริการปฐมภูมิในชุมชนที่เข้มแข็ง (Mercenier 1986) โดยที่การให้บริการปฐมภูมินี้ควรอยู่ภายใต้บริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (Harare Declaration: World Health Organisation 1986) และระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่พึงประสงค์ควรมีกิจกรรมการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาล ถึงแม้มีความจำเพาะที่ต่างกัน แต่สามารถเชื่อมกันได้อย่างไม่มีช่องว่าง ไม่ซ้ำซ้อน รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพของกันและกัน (Unger & Criel 1995)

2. พัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

การพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีฐานมาจากแนวคิดทั้งในด้านการแบ่งระบบบริการเป็น 3 ระดับ แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งแนวคิดต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อการพัฒนารูปธรรมการดำเนินงานในแต่ละระยะไม่เท่ากัน กล่าวคือ

พัฒนาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย มาจากฐานสังคมไทยที่มีระบบการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน ประชาชนต้องดูแลตนเอง และดูแลกันเองภายในชุมชน กลุ่มคนที่คลุกกับชุมชนเหมือนหมอ GP (General Practitioner) ในต่างประเทศคือแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะการดูแลที่เป็นองค์รวม ผสมผสานการปฏิบัติตัวในวิถีชีวิตคู่ไปด้วย

แต่เมื่อมีการนำแพทย์แผนตะวันตกเข้ามา จึงเป็นจุดที่เริ่มให้ความสำคัญกับแพทย์ และสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลมากกว่าบริการในชุมชน เน้นที่การรักษาพยาบาลโดยเฉพาะส่วนที่เป็นโรคติดต่อ โรคที่ต้องการการผ่าตัด การทำหัตถการต่างๆ และพัฒนาต่อมาจนเป็นแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในไทยมีลักษณะที่เน้นการรักษาพยาบาล และมีความแยกส่วนมากขึ้นเรื่อยๆ มีช่องว่างของบริการระหว่างคนไข้กับหมอ

ในระยะแรกของการพัฒนาระบบบริการทางแพทย์และสาธารณสุขเป็นการพัฒนาหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับต่างๆ ได้แก่ วางแผนให้สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยที่เน้นการพัฒนาบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่เป็นระดับตติยภูมิ แต่ละระดับจะมีสัดส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ กับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในสัดส่วนที่ลดหลั่นกันไป คือ ส่วนสถานีอนามัยให้บริการรักษาพยาบาล 25% ส่งเสริมป้องกัน 75 % ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการรักษาพยาบาล 75% และส่งเสริมป้องกัน 25%

เมื่อมีกระแส และแรงผลักดันในด้านสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยได้แปลหลักการสาธารณสุขเป็นแผนดำเนินงานที่ทำให้ทุกหน่วยบริการมีกิจกรรมดำเนินงานที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมและพึ่งตนเองมากขึ้น ซึ่งเน้นไปที่กิจกรรมบริการอีกขั้นหนึ่งที่ดำเนินการโดยประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน/



ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การส่งเสริมการพัฒนาองค์กรชุมชน โดยที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุน หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการสาธารณสุขด่านแรกได้รับความสนใจและมีการพัฒนามากขึ้น ประชาชนได้รับบริการพื้นฐานที่ครอบคลุมได้มากขึ้น แต่ในระยะหลังของการพัฒนามีปัญหาความคลาดเคลื่อนของการถ่ายทอดแนวคิดหลักกรที่เป็นแก่น กลายเป็นเน้นกิจกรรม ขาดการประเมินที่ผลลัพธ์ ยังคงพยายามทำกิจกรรมที่เป็นแต่ชื่อว่าเป็นสาธารณสุขมูลฐาน แต่เนื้อแท้บรรลุผลเพียงบางส่วน หน่วยบริการปฐมภูมิยังทำหน้าที่เสมือนเป็นหน่วยคัดกรองบริการให้แก่หน่วยบริการระดับอื่น โดยไม่มีการพัฒนาให้เกิดเอกลักษณ์หรือคุณค่าเฉพาะของหน่วยนี้เอง ไม่มีความสามารถเฉพาะที่เป็นจุดเด่น มีคุณภาพต่ำ และคุณค่าของบริการที่มีคุณภาพยังเน้นไปที่บริการทางการแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ โดยขาดการบูรณาการกับแนวคิดการพัฒนาให้เกิดบริการแบบองค์รวม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นการดำเนินกิจกรรมที่แยกเป็นขั้นๆ ไม่บูรณาการ และขาดแนวคิดหลักร่วมกัน

ในช่วงระยะทศวรรษหลังนี้ มีการพัฒนาบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ตามรอยประเทศทางตะวันตกทุกอย่าง เน้นคุณค่าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีใหม่ด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพ และระบบเริ่มละเอียดประτε็นคุณภาพทางด้านสังคม ด้านความเป็นมนุษย์ ทำให้เกิดปัญหาความทุกข์ยากของผู้ใช้บริการ และระบบบริการระดับต่างๆ เริ่มมีการพัฒนาไม่สมดุลกัน บุคลากรสาธารณสุขนิยมที่จะศึกษาต่อเนื่องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จนเกิดความขาดแคลนในบางสาขา โดยเฉพาะสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว และแม้จะมีการผลิตบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ในพื้นที่ชนบทก็ยังคงขาดแคลนเช่นเดิม จึงเริ่มมีการทบทวนบทบาทและระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และพัฒนาเชื่อมต่อมาที่บริการปฐมภูมิ บริการสาธารณสุขในชนบทมีการนำแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และเชื่อมต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ต้องพัฒนาให้มีเอกลักษณ์ที่เป็นคุณค่าเด่นของตนเองในด้านการบูรณาการ การบริการแบบองค์รวม มีการนำศาสตร์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ และมุ่งเน้นที่สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งเป็นแนวคิดเดียวกับหลักการสาธารณสุข มูลฐาน แต่ปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้บูรณาการระหว่างหน่วยบริการด่านแรกกับบทบาทของประชาชนมากขึ้นไม่แยกส่วนกัน รวมทั้งประสานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาให้เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีคุณภาพ แยกแยะบทบาทของโรงพยาบาลให้ชัดเจน ทั้งในส่วนที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิโดยตรง ที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิดระบบดูแลสุขภาพของประชาชนที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาระงาน และพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะสถานีอนามัย

ให้มากขึ้นตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System) การปฏิบัติตามแนวทางที่กล่าวนี้ในช่วงระยะแรก (ก่อนการดำเนินการระบบประกันสุขภาพ) ยังเป็นระยะก่อตัว มีการทดลองวิจัยและพัฒนาในบางพื้นที่ มีการสรุปค่านิยมของระบบบริการปฐมภูมิ¹ ในลักษณะต่างๆ ได้ ดังนี้

กรอบ 1

ความหมาย “ระบบบริการปฐมภูมิ” (พ.ศ. 2542)

คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services) ทำหน้าที่ รับพิชิตขอดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

กรอบ 2

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ อย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มารับบริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมด ทั้งที่เป็นการรัฐสภาะสุขภาพ และตามมาตราการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม
3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมฯ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้
 - 3.1 ให้บริการด้าน **ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** โดยตรง ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้ความรู้ ควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล ให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะเพื่อการสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย
 - 3.2 **ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ให้อื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงานส่วนนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทในส่วนการเสนอประเด็น แต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะที่ทำงานร่วมกับประชาชนและหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง (โดยที่มีหน่วยงานอื่นมีบทบาทโดยตรงในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น public health policy และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดยที่มีงบประมาณต่างหากที่มีใช้งบ UC)
 - 3.3 ให้บริการ **รักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรค ที่พบบ่อย** โดยมีการกำหนดขอบเขตของสภาพปัญหาหรือรายชื่อโรคที่ควรดูแลได้ให้ชัดเจน
4. ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการต่อเนื่อง

¹ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ สรุปเนื้อหาสำคัญ โครงการวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป รายงานผลการศึกษา เล่มที่ 1, พ.ศ. 2541



กรอบ 3

ความหมายบริการปฐมภูมิเมื่อพิจารณาเชิงกระบวนการ มีลักษณะดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่าง **ผสมผสาน** คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
4. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ **ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ** ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinated care)

กรอบ 4

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CUP) (6)

หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มี **หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU)** ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปถึงบริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย

หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

ในระยะต่อมามีกระแสแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดด้านระบบประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการระบบบริการแบบใหม่ (New public management) ที่เน้นการจัดการด้านการเงินการคลัง การจัดระบบแข่งขันเชิงตลาดเข้ามามากขึ้น จึงได้มีแนวคิดที่จะนำเรื่องระบบบริการปฐมภูมิเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และใช้ระบบการจัดการด้านการเงินทำสัญญา กำหนดให้คู่สัญญาจัดบริการตามที่ผู้จัดสรรเงินกำหนด ในลักษณะที่คล้ายกับดำเนินการในประเทศทางตะวันตก แต่ได้มีการปรับด้วยนักคิดในประเทศไทยเอง โดยรับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีบทบาทให้บริการที่ผสมผสานทุกด้าน และผู้ให้บริการมิได้กำจัดเฉพาะแพทย์ รวมทั้งการจัดบริการเป็นลักษณะเครือข่ายร่วมกันระหว่างสถานีอนามัย/หน่วยบริการด้านแรกลักษณะอื่นๆ ร่วมกับโรงพยาบาล ยังมีได้แยกกันโดยเด็ดขาด ทั้งนี้เป็นไปตามสภาพของโครงสร้างบริการสาธารณสุขเดิมของประเทศไทย และตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (DHS)

ภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการแปลแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิเป็นความหมายเชิงปฏิบัติการที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะเป็นคู่สัญญาภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทหน้าที่ และมีมาตรฐานเชิงโครงสร้างในระยะเริ่มต้น ดังกรอบที่ 4²

² สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2545

3. ความจำเป็นที่ต้องพัฒนาบริการปฐมภูมิ

โดยโครงสร้างบริการปฐมภูมิเป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ผู้ให้บริการในสถานบริการปฐมภูมิมิมีโอกาสดูแล เข้าใจความซับซ้อนของพฤติกรรมและมิติทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพได้มากกว่า ทำให้มีโอกาสพัฒนาบริการให้สอดคล้องได้ดีกว่า รองรับกับแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่มีปัจจัยทางด้านสังคม พฤติกรรมมากขึ้น เช่น แนวโน้มปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัญหาทางสังคมที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด เข้าใจบริบทตามสภาพความเป็นจริงที่มีความเฉพาะของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยแต่ละคน (Engel 1980; Gilbert, Walley, & New 2000) นอกจากนี้สาเหตุการตายในประเทศไทยส่วนใหญ่มาจากปัจจัยพฤติกรรม ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งตับ ฉะนั้นลักษณะระบบบริการสุขภาพควรจัดให้มีลักษณะที่เข้าใจและตอบสนองต่อปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน มีโอกาสเข้าใจและพัฒนาบริการให้ตอบสนองต่อพฤติกรรม ความเชื่อที่แตกต่างกันของชุมชนได้ดีกว่า (Levin 1996) ลักษณะบริบทและปัญหาสุขภาพในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกัน เช่น อัตราการตายและสาเหตุการตายในแต่ละภาคต่างกัน (พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) ฉะนั้นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องจัดให้ตอบสนองต่อปัญหาที่ต่างกัน ซึ่งบริการปฐมภูมิสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นดังกล่าว (Ben-Zira 1986) หน่วยบริการปฐมภูมิจึงควรจัดบริการที่แตกต่างกันได้ตามบริบทพื้นที่ ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันหมดทั่วประเทศ

จากการศึกษาพบว่าระบบการลงทุนโดยรัฐที่หน่วยบริการระดับอำเภอ เช่น สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การให้บริการปฐมภูมิในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง ทำให้ประชาชนในทุกกลุ่มทั้งนี้รวมถึงผู้ด้อยโอกาสและผู้มีรายได้น้อย เข้าถึงบริการ ลดความไม่เท่าเทียมได้ดีว่าการลงทุนด้านเทคโนโลยีระดับสูงที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2545) แต่สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทย บริการพื้นฐานจำนวนมากแน่นอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนใหญ่ใช้กับบริการผู้ป่วยนอกของรัฐมากที่สุดร้อยละ 32 สถานีอนามัยเพียงร้อยละ 2 คลินิกร้อยละ 8 (แนวโน้มลดลง) ชื่อยากินเองร้อยละ 8 (สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ 2542) แนวโน้มผู้ป่วยใช้บริการแออัดที่โรงพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยมาจากในเขตพื้นที่อำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 50 และในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง ประมาณร้อยละ 50 (สุพัตรา ศรีวนิชชากร 2540) ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ และการบริหารจัดการเพื่อเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับอื่นยังต้องมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น



ในแง่ของคุณภาพบริการ จากข้อจำกัดของโรงพยาบาลในด้านการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลแบบองค์รวม เช่น พิจารณาจากอัตราการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ความครอบคลุมในการติดตามเยี่ยมบ้านทำได้จำกัด เนื่องจากมีผู้รับบริการมาก และมีขอบเขตการดูแลประชากรจำนวนมาก ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลประชากรจำนวนน้อยกว่า ใกล้ชิดกว่า มีโอกาสเข้าใจประชากรเป้าหมายมากกว่า ทำให้สามารถดูแลสุขภาพในมิติทางสังคมอื่นที่มีไข้ปัจจัยทางด้านการแพทย์โดยตรงประการเดียว และเป็นหน่วยประสานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ (Bodenheimer, Lo.& Casolino 1999; Rakel 1995)

4. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ของสถานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

4.1 ลักษณะของสถานบริการและการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ปัจจุบัน

การจัดบริการส่วนใหญ่ของระบบบริการปฐมภูมิอยู่ในภาครัฐ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 92) รองมาคือ ภาคเอกชน และภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข เทศบาล มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม (ตารางที่ 1) ซึ่งมีการบริหารจัดการเป็นลักษณะเครือข่ายปฐมภูมิโดยที่มีหน่วยบริหารจัดการกลางขึ้นกับโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และแบบแผนการบริหารเป็นแบบโรงพยาบาล ซึ่งยังเข้าใจธรรมชาติการจัดบริการปฐมภูมิจำกัด

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในชื่อ "PCU" (Primary Care Unit) ภายใต้การดูแลของหน่วยคู่สัญญาาระบบบริการปฐมภูมิ (CUP: Contracting Unit for Primary Care) ตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล และบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 : สถานพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศที่เป็นคู่สัญญา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สังกัดของสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	จำนวนประชากรดูแล (คน)	ร้อยละ	หน่วย PCU (แห่ง)
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	827	42,646,338	89.94	11,851
นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	10	563,762	1.19	10
ภาครัฐอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข	161	2,166,186	4.57	161
เอกชน (ภูมิภาค + กทม)	209	1,977,546	4.17	209
รวม	1,207	47,416,404	100.00	12,231

แหล่งข้อมูล : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่เกิดขึ้น จัดแบ่งได้เป็น 1) พิษณุที่เดิมเป็นสถานอนามัย 2) พิษณุที่ตั้งอยู่ในรพช. รพท./รพศ. 3) พิษณุที่เกิดขึ้นใหม่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล 4) พิษณุในสังกัดเอกชน และ 5) พิษณุในสังกัดของสถานพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่มีไขกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรที่พิษณุแต่ละแบบรับผิดชอบนั้น มีความแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่และลักษณะขององค์กรเดิม คือ พิษณุในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สถานอนามัยจะดูแลประชากรต่ำกว่า 10,000 คนเป็นส่วนใหญ่ และพิษณุแบบที่ตั้งในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะรับผิดชอบประชากรจำนวนมาก ซึ่งมากกว่ามาตรฐานที่ สปสช. กำหนด (ตาราง 2) รวมทั้งพิษณุในสังกัดสถานพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่มีไขกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดเอกชนในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ดูแลประชากรมากกว่ามาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเขตเมือง ประชากรหนาแน่น สถานพยาบาลยังจัดหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลได้น้อย โดย สปสช. ยังยอมยืดหยุ่นกับวิธีการจัดพิษณุ

ตารางที่ 2 : แสดงจำนวนประชากรต่อพิษณุในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547

	สอ.	พิษณุ ในรพช.	พิษณุ นอกรพช.	พิษณุใน รพท./รพศ.	พิษณุ นอกรพท./รพศ.	พิษณุที่เป็นศูนย์ บริการสาธารณสุข
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	422	89	22	3	6	7
ประชากรต่อพิษณุ เฉลี่ย	6,350	11,773	8,730	22,931	11,070	17,428
SD	4,679	7,829	3,627	20,874	8,687	16,994

แหล่งข้อมูล : สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค.2547)



กลไกการบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ คือหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care : CUP) (Primary Care Unit) โดยส่วนใหญ่ใช้การบริหารจัดการที่ใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง ทำให้มีปัญหการบริหารจัดการในประเด็น

- การสื่อสารนโยบายและแผนการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพงานเวชปฏิบัติครอบครัวที่ยังไม่เป็นเอกภาพ อันเนื่องจากพื้นฐานประสบการณ์และความเข้าใจของผู้บริหารเดิมต่างกัน ทำได้แต่เพียงการประสานงานของสองหน่วยงาน คือระหว่างโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- ด้านการบริหารงบประมาณ เนื่องจากหน่วยบริหารได้รับงบประมาณลดลง แต่หน่วยบริการบางส่วนได้รับงบประมาณมากขึ้น บางส่วนลดลง และการคิดงบประมาณแบบเหมาจ่ายจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการจัดสรรให้เหมาะสมกับผลงานของหน่วยบริการ โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริมสุขภาพมีการคิดงบประมาณล่วงหน้าได้ยาก

ตารางที่ 3 : แสดงสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เป็นพหุศูญ คู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ

หน่วย : ร้อยละ

สถานการณ์	พหุศูญ สอ.			พหุศูญ รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจันจ้างบุคลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

แหล่งข้อมูล : สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

- ด้านการบริหารบุคลากร เนื่องจากบุคลากรจากโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนมัยอยู่คนละสายการบริหาร ปัญหาคาดความรู้ ความเข้าใจของระบบบริการปฐมภูมิ การให้บริการอย่างเป็นองค์รวม การผสมผสานบริการ การดูแลแบบต่อเนื่อง การประสานบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการสร้างแรงจูงใจ ทั้งที่เป็นเงินและไม่ใช่งเงินให้เจ้าหน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิยังไม่มี ความชัดเจน การจัดบริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพียงการขยายหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทั้งในลักษณะของการขยายภายในโรงพยาบาลและการพัฒนานอกโรงพยาบาล ในลักษณะที่เคยมีการดำเนินการมาก่อนหน้านี้ที่เรียกว่า “Extended OPD” ยังขาดการพัฒนาคุณลักษณะเฉพาะของบริการปฐมภูมิที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง นอกจากนี้การจัดบริการยังคงขาดการสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของของชุมชนและท้องถิ่นในเชิงโครงสร้างด้านการปกครองยังคงขาดความชัดเจนในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานบริการปฐมภูมิ (นพ.เกรียงศักดิ์ เอกพงศ์และคณะ)

ในภาคเอกชน ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชนที่เปิดอิสระให้บริการบางเวลา มีบทบาทสำคัญเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันมีค่อนข้างจำกัด อีกทั้งการดำเนินงานด้านสาธารณสุขก็มีความจำกัดไปด้วย คลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการประจำภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังทำได้น้อย อันเนื่องมาจากวิธีการบริหารจัดการทางการเงิน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2547) และข้อจำกัดของรูปแบบวิธีการความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนในการจัดบริการปฐมภูมิ

สถานบริการปฐมภูมิที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสังกัดอื่น ๆ ในภาครัฐ ส่วนใหญ่ยังคงจัดบริการปฐมภูมิเป็นลักษณะผู้ป่วยนอก ยังมีได้เน้นการให้บริการในลักษณะของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวม

รูปแบบการจัดองค์กรบริการ

ปัจจุบันมีแนวคิดและแนวทางการจัดองค์กรบริการ จากมุมมองลักษณะผู้ให้บริการ (Services based model) ใน 2 รูปแบบ คือ

1. **ศูนย์เบ็ดเสร็จ** มีจุดบริการครบทุกประเภท อยู่จุดเดียว โดยมีคุณลักษณะดังนี้
 - มีบุคลากรหลักครบทุกประเภทภายในศูนย์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
 - แพทย์ปฏิบัติเต็มเวลา (8 ชั่วโมงต่อวันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์) แพทย์ทีมเดิมประจำทุกวันหรือ แพทย์หมุนเวียนทุกวัน



- แพทย์ร่วมให้บริการดูแลผสมผสานเป็นส่วนใหญ่ (2/3 เวลา) ส่วนที่เหลือ ดูแลงานบริหารวิชาการ เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย พัฒนางานเยี่ยมบ้าน งานส่งเสริมและป้องกันโรค ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) เขตเมือง, คลินิกชุมชนอบอุ่น, ศูนย์แพทย์เทศบาล
2. **แบบเครือข่าย** มีจุดให้บริการเป็นเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่หรือครอบคลุมบริการ
- บุคลากรให้บริการ PCU ไม่ครบ อาศัยเครือข่ายเสริม โดยฐานจากโรงพยาบาลชุมชน หรือ มีศูนย์แพทย์ชุมชน(เขตชนบท) หรือ คลินิกเอกชน
 - แพทย์ให้บริการไม่เต็มเวลา โดยให้รักษาที่ PCU ประมาณ 1/3 ของเวลา ที่เหลือให้บริการในบริการทุติยภูมิ บริหารวิชาการ เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย พัฒนางานเยี่ยมบ้าน งานส่งเสริมและป้องกันโรค ได้แก่ เครือข่ายปฐมภูมิ CUP ของโรงพยาบาลชุมชน, เครือข่ายบริการเอกชน

ทิศทางแนวโน้มในอนาคต

ในนี้อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนคือ เครือข่ายบริการสุขภาพของชุมชน ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ และระบบบริหารจัดการ

1. **เครือข่ายบริการสุขภาพของชุมชน** รูปแบบที่พึงประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต คือ การจัดบริการที่มีชุมชนเป็นฐานร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของ (Community based model) จุดบริการเน้นครอบคลุมพื้นที่เป็นชุมชน และมีบริการเฉพาะที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนเป็นหลัก จำนวนและประเภทบุคลากรขึ้นกับหน่วยบริการที่มาเป็นเครือข่าย มีความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ในฐานะเป็นพันธมิตรบริการในชุมชน ไม่จำเป็นต้องมีสายบริหารเดียวกันทั้งหมด อาจมีการผสมผสานเครือข่ายที่เป็นของ รัฐ เอกชน หรือชุมชน และรูปแบบที่เหมาะสม การบริหารร่วมของเครือข่าย (network management) ตัวอย่างเครือข่ายได้แก่ เครือข่ายบริการระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการพยาบาลของชุมชน (Community nurse services) แพทย์พื้นบ้าน/ทางเลือก ผู้ดูแลคนไข้ของชุมชน (informal care giver)
- มีการพัฒนานวัตกรรม ทางเลือกการจัดบริการในรูปแบบต่างๆ ที่ชุมชน ประชาชน รวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
 - บทบาทเจ้าหน้าที่เปลี่ยนแปลง เป็นผู้จัดการระบบ care manager
 - ดึงภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาร่วมจัดบริการ เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก

- จัดบริการจำเพาะต่อพื้นที่ เช่น เขตอุตสาหกรรม เขตท่องเที่ยว พื้นที่กันดารยากต่อการเข้าถึง
2. **ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ** มีแนวโน้มที่จะเกิดมากขึ้นเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จะพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเพิ่มคุณภาพบริการ มีการลงทุนในด้านโครงสร้าง การพัฒนาบุคลากร การสร้างขวัญกำลังใจ มีการตั้งเป้าหมายประมาณ 1,000 แห่ง ใน 3-5 ปี ในขณะที่เดียวกันภาคท้องถิ่น มีความพร้อมด้านงบประมาณ และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานมีความอึดตัว การพัฒนาด้านสุขภาพของท้องถิ่นจึงเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น มีความต้องการเป็นเจ้าของสถานบริการมากขึ้น ภาคเอกชนโดยเฉพาะในเขตเมืองมีช่องทางเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการได้มากขึ้นจากการที่ สปสข. ต้องการให้เกิดการแข่งขันในเรื่องคุณภาพบริการ และการปฏิรูปการบริหารจัดการเงิน
 3. **ระบบการบริหารจัดการ** การบริหารในรูปแบบเดิมจะอิงกับระบบโรงพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดในการบริหารทรัพยากรที่ผู้บริหารมาจากโรงพยาบาลส่งผลให้การให้ความสำคัญไม่ได้ดูละ รูปแบบที่ต้องการให้เกิดขึ้น จำเป็นต้องมีหน่วยจัดการศูนย์หรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีผู้จัดการที่มีความเป็นมืออาชีพ มีวิสัยทัศน์ ทำงานแบบเครือข่ายได้ สามารถระดมทรัพยากรได้ มีทักษะการบริหารจัดการเป็นที่ยอมรับ มีการเปิดกว้างสำหรับผู้จัดการเครือข่ายจากหลากหลายวิชาชีพ

4.2 ด้านคุณค่าและศักดิ์ศรีของบริการปฐมภูมิ

ปัจจุบัน

ประชาชนมีการรับรู้และอ้างอิงถึงบริการปฐมภูมิน้อย อาจรับรู้แต่เพียงว่าเป็นบริการที่สถานีอนามัย คุณภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล คุณค่าในมุมมองของประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะให้และรับบริการ เช่น ให้ความเป็นกันเอง ให้ความร่วมมือเมื่อประชาชนต้องการ (เช่น ส่งต่อได้เมื่อต้องการ) การลงมือให้บริการหรือการให้การช่วยเหลือถึงบ้าน การมีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงขึ้น แต่ในเรื่องประกันสุขภาพมักไม่รับรู้ในเรื่องหลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่รับรู้เพียงว่าต้องจ่าย 30 บาท เมื่อไปรับบริการ อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่มองว่านโยบายนี้เป็นนโยบายที่ดีของรัฐบาล



กลุ่มผู้บริหารระดับสูง รองอธิบดีในเกือบทุกกรม เห็นคุณค่าในลักษณะเห็นด้วยในหลักการของการพัฒนาบริการปฐมภูมิ แต่ยังคงขาดความมั่นใจในการนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เพราะมีข้อจำกัดหลายประการ ทำให้มองว่า ควรมีการพัฒนาในหลากหลายรูปแบบไม่ควรยึดติดกับรูปแบบใดรูปแบบเดียว

ผู้บริหารระดับอำเภอ (Contracting Unit for Primary care: CUP) เห็นคุณค่าของการนำสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เคลื่อนไปสู่การรักษามากขึ้น ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษของการพัฒนาสถานีอนามัย เช่น การมีกล้องจุลทรรศน์ การเยี่ยมบ้าน เพิ่มลักษณะการให้บริการและให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความขัดข้องใจกับการรวมศูนย์การจัดการ การสั่งการ การจัดข้อมูล มีเสรีภาพน้อยลงในการคิดรูปแบบจัดการบริการ ต้องจัดการความแตกต่างด้านวิชาชีพและสายงาน โดยเฉพาะระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มีต้นสังกัดจากโรงพยาบาล ทั้งการร่วมทำงานกับเจ้าหน้าที่เดิมในสถานีอนามัย มีความสับสนในการดำเนินการ เช่น คุณค่าของแพมือนามัยครอบคลุมเน้นปริมาณหรือการนำไปใช้จริงในขณะที่ให้บริการ รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรให้ความสำคัญเรื่องเงินจนกระทั่งกลายเป็นการแย่งทรัพยากร มากกว่าการให้ความสำคัญกับหลักการเรื่องความเป็นธรรม ซึ่งหลักการนี้หมายถึงการไม่ทอดทิ้งกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างให้เกิดความรู้สึกว่า “ผู้ที่โชคไม่ดีหรือโชคร้ายน้อยกว่า ช่วยเหลือผู้ที่โชคไม่ดีหรือผู้ที่ โชคร้ายมากกว่า”

กลุ่มผู้ปฏิบัติหรือผู้ให้บริการ มีความรู้สึกว่าผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ ที่อยู่ได้เพราะชาวบ้านเห็นคุณค่า ข้อจำกัดในการบริหารจัดการภายใน ทำให้ยึดติดสำหรับกลุ่มที่ยืนยันทำงานความแตกต่างระหว่างวัยมีสูง ทักษะมุมมองการทำงานที่ต่างกัน มีความรู้สึกว่าภาระงานหนักคืองานรักษา ยังคงเกิดความรู้สึกว่าการกระจายทรัพยากรมายังสถานบริการยังไม่เหมาะสม

สื่อสารมวลชน เน้นจับประเด็นร้อน ประเด็นบริการปฐมภูมิ (PCU) ยังไม่มีคุณค่าพอที่จะเป็นประเด็นร้อนที่จะทำให้เกิดกระแสในการสื่อ สื่อเองยังแยกไม่ออกระหว่าง PCU กับโครงการ 30 บาท ต้องการบูรณาการที่ชัด

ทิศทางแนวโน้มในอนาคต

การใช้การตลาดสร้างอุปสงค์ของบริการปฐมภูมิให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชน ใช้งานวิจัยหาคำตอบในการสร้างบริการที่มีเอกลักษณ์ ช่องทาง วิธีสื่อสาร เนื้อหาในการสื่อ เน้นการสร้างคุณค่าของงานของผู้ให้บริการผ่านเครือข่ายการเรียนรู้ในพื้นที่ การปรับเปลี่ยนแนวคิด ค่านิยมจากการทำงาน โดยเริ่มจากจุดที่ต้องการพัฒนาเป็นต้นแบบ เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน พัฒนาการสื่อสารสาธารณะให้มีความน่าสนใจ และชี้ให้เห็นคุณค่าที่แท้จริงของระบบ

บริการปฐมภูมิ ในการให้บริการสุขภาพแบบใกล้บ้าน และใกล้ใจ การสร้างความมั่นคงทางสุขภาพด้วยตนเองมากกว่าการพึ่งพิงระบบ รวมถึงการเคลื่อนทางสังคมของภาคีที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (สื่อมวลชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. + สสส. + มสช. + สปรศ.+ สวรส.) ต่อภาคนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

4.3 ด้านกำลังคน

ปัจจุบัน

มีการขาดแคลนบุคลากรอย่างรุนแรงในระบบ จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ร้อยละ 70 ของพืชีญมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) (ข้อมูลสำนักตรวจราชการ 2547) และจากการสำรวจโดยสุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (สค.2547) พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน (1:1,250) และจำนวนบุคลากรโดยเฉลี่ยที่สถานีนอมนาย คือ 2.9 คน (ดังตาราง 4, 5)

ตารางที่ 4 : สัดส่วนของประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน
ในหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547

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



ตารางที่ 5 : จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทต่างๆ (ร้อยละของหน่วยบริการ)

จำนวนบุคลากร	สถานีนอนมัย	ศูนย์บริการสาธารณสุข	PCU รพศ/รพท.	PCU รพช
1 คน	5.10	0.00	0.00	1.33
2 คน	33.97	19.35	5.26	5.75
3 คน	37.05	16.13	15.79	6.64
4 คน	15.70	19.35	10.53	17.26
5 คน	5.43	12.90	5.26	15.49
6 คน	1.77	9.68	10.53	10.62
7 คน	0.60	9.68	15.79	14.16
8 คน ขึ้นไป	0.38	12.90	36.84	28.76
รวม	100	100	100	100
ค่าเฉลี่ย	2.9	5.2	8.3	6.1

แหล่งข้อมูล : การสำรวจหน่วยบริการคู่สัญญา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549

บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาล ส่วนกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ส่วนใหญ่ให้บริการเป็นบางเวลาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติแบบประจำทุกวันมีจำนวนน้อย

ตารางที่ 6 : ร้อยละของหน่วยบริการที่มีบุคลากรประเภทต่าง ๆ (วุฒิ/ตำแหน่ง)
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งตามประเภทของหน่วยบริการ

ประเภท	สถานีนอามัย ร้อยละ	ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ	PCU รพศ/รพท. ร้อยละ	PCU รพช ร้อยละ
แพทย์	0.34	29.03	40.0	28.57
พยาบาลเวชปฏิบัติ	3.87	22.58	30.0	21.21
พยาบาลวิชาชีพ	46.91	90.32	85.0	95.24
นักวิชาการสาธารณสุข	47.39	12.90	55.0	58.44
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	98.41	64.52	85.0	85.71
ทันตภิบาล	12.27	19.35	20.0	19.48
รวม	100	100	100	100
จำนวนที่สำรวจ	5218	31	20	231

แหล่งข้อมูล : การสำรวจหน่วยบริการคู่สัญญา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549

การบริหารจัดการบุคลากร : ในส่วนแพทย์ ทันตแพทย์มีการลาออกและหมุนเวียนสูง
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอามัยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมานาน พยาบาลส่วนหนึ่ง
เป็นบุคลากรเดิมที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอามัย อีกส่วนหนึ่งมาจากโรงพยาบาล เพื่อมาช่วยปฏิบัติ
งานที่สถานีนอามัย เป็นบางเวลา และเป็นการประจำ

บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในหลักการและแนวคิดของบริการปฐมภูมิ โดย
ที่การผลิตยังไม่ตอบสนองต่อบทบาทกิจกรรมที่มีความจำเพาะของบริการปฐมภูมิ ยังขาดการ
พัฒนาผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง บุคลากรยังคงขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และแนว
การบริหารงานบุคลากรยังดำเนินการตามระบบราชการเดิมที่ไม่คล่องตัว

หน่วยงานที่มีบทบาทในการบริหาร และพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิโดยรวมไม่ชัดเจน



ทิศทางแนวโน้มในอนาคต

การพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพควรมีหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบตรง
ประสานให้เกิดความสอดคล้องของนโยบายด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคน มีการวาง
นโยบายกำลังคน โดยเปิดให้พื้นที่มีส่วนร่วมในการวางแผน ผลิต พัฒนา จัดระบบจ้างงาน
ระบบการสร้างขวัญกำลังใจ มีหน่วยงานหรือเครือข่ายมาร่วมรับผิดชอบหลัก มีระบบการสร้าง
การเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติเป็นเครือข่าย การถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างพื้นที่ ที่ได้รับการสนับสนุน
ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาหลักสูตรบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการใช้ของ
พื้นที่ การผลิตและพัฒนากำลังคนที่ไม่ซับซ้อนมาทดแทนหน้าที่ที่ไม่จำเป็นของสาขาที่มี
ความขาดแคลนสูง มีการดึงการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ชุมชน ท้องถิ่นเข้ามาร่วมดูแลปัญหา
กำลังคน และมีการกำหนดมาตรฐานทรัพยากรในเชิงปริมาณในการให้บริการแต่ละประเภทและ
ระดับ มีบุคลากรสาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้บริการ ในอัตราส่วนต่อประชากร 1:1,250

ทั้งนี้ในเชิงคุณภาพของบุคลากร ควรมีระบบการปลูกฝังทัศนคติที่เห็นคุณค่าของการ
ดูแลสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายเพียง “โรค” ดูแลทั้งคน เคารพคุณค่าความมีศักดิ์ศรีของคนแต่ละคนทั้งที่
เป็นประชาชน และเพื่อนร่วมงาน ให้มีทัศนคติและแนวคิดการทำงานที่มองประชาชนเป็น
ศูนย์กลาง และเน้นการเสริมศักยภาพของประชาชนร่วมกับการให้บริการแบบองค์รวม มี
มนุษยสัมพันธ์ สามารถเข้ากับชุมชน มีการติดต่อสื่อสาร และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ประชาชน
ได้ดี สามารถประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนได้อย่างรอบด้าน สามารถเก็บ
รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาใช้เพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล ครอบครัว
และการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนอย่างเป็นระบบ มีความรู้และความเข้าใจแนวคิด
เรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
เช่น การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาปัญหาสุขภาพและโรคที่พบบ่อยใน
พื้นที่ ตลอดจนมีความรู้พื้นฐานด้านอื่นที่เสริมการทำงาน เช่น สังคมศาสตร์ จิตวิทยา
เศรษฐศาสตร์ ฯลฯ.

4.4 ด้านการมีส่วนร่วมชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบัน

ชุมชนหรือท้องถิ่นยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาลยังไม่มีความชัดเจน อย่างไรก็ตามในบางชุมชนมีการจัดสวัสดิการสำหรับประชาชนเมื่อเจ็บป่วย เช่น ค่าชดเชย ของเยี่ยมไข้ ค่าเดินทาง ชุมชนบางแห่งจัดให้มีบริการทางการแพทย์ร่วมกับสถานบริการ จ่ายค่าจ้างบุคลากร แต่ยังคงขาดการวางแผนงานด้านสุขภาพของชุมชนที่สมเหตุสมผล ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ สามารถเป็นเจ้าของสถานบริการที่ยังเน้นงานรักษาแต่ยังขาดการลงทุนงานเชิงรุก สร้างเสริมและป้องกันสุขภาพ งานฟื้นฟูสุขภาพที่จำเป็น

ทิศทางแนวโน้มในอนาคต

ชุมชนหรือท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งและมีแนวคิด จะมีการลงทุนด้านสุขภาพ งานเชิงรุกและรับ ตลอดจนมีความต้องการเป็นเจ้าของสถานพยาบาลมากขึ้น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะค่อยๆ เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การปรับตัวของสถานพยาบาล การโอนย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่น และการเกิดกองทุนตำบลดูแลด้านสุขภาพ มีการบริหารร่วมของท้องถิ่น ชุมชน ผู้ให้บริการ ร่วมวางแผนและจัดบริการตามความจำเป็น

4.5 ด้านระบบสนับสนุน

ปัจจุบัน

สถานการณ์นโยบายและแผนงานระบบบริการ การกำหนดนโยบายมาจากภาคการเมืองมากกว่าการดำเนินนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่หน่วยราชการเป็นผู้ร่าง ขาดการมองปัญหาในระบบสนับสนุนและส่วนจัดการที่มีผลต่อความสัมฤทธิ์ของงาน โครงสร้างองค์กรที่รับผิดชอบบริการปฐมภูมิไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ระดับส่วนกลาง ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องยังมีความไม่ชัดเจนว่าอยากเห็นอะไร ต้องมีรูปธรรมของจริงให้เห็น ระบบสนับสนุนยังคงเป็นลักษณะแยกส่วนตามเป้าหมายผลลัพธ์ขององค์กรส่วนกลางหรือโครงการแบบสั่งตรง (Vertical program) ทั้งในด้านนโยบาย การจัดการ งบประมาณ การพัฒนาคน ยังไม่มีการกำหนด สมรรถนะหลักของบุคลากร (Core competency) ที่ชัดเจนที่คาดหวังได้ว่าสามารถตอบสนองต่อภาระงานที่ต้องดำเนินการในพื้นที่ได้ การสนับสนุนเชิงวิชาการจากส่วนกลางและภายในพื้นที่ ลดลงเนื่องจากงบประมาณที่ราชการส่วนกลางและหน่วยงานในภูมิภาคลดลง



ทิศทางนโยบายเรื่องนี้ไม่ชัดเจนว่าเป็นบทบาทส่วนใดหรือหน่วยงานไหนเป็นหลัก ระบบติดตามกำกับงานไม่ยืดหยุ่นพอที่จะให้พื้นที่สามารถทำงานได้มีอิสระทางความคิด ภาระงานของระบบรายงานที่มีมากและไม่เกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีความพยายามพัฒนาระบบคุณภาพของบริการปฐมภูมิ โดยสร้างตัวชี้วัด มาตรฐานคุณภาพ ระบบสนับสนุนงานคุณภาพในพื้นที่ แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ

ทิศทางแนวโน้มในอนาคต

ท้องถิ่น ชุมชน องค์กรอื่นๆ จะเข้ามามีส่วนในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ กำหนดแนวทางดำเนินงานและเข้าร่วมการบริหารจัดการมากขึ้น งบประมาณเพื่อการสนับสนุนปฐมภูมิจากภาครัฐเปลี่ยนแปลงจากระบบพิจารณาจากรายการของการให้บริการและทรัพยากรที่ใช้ (Item) มาเป็นรายหัวประชากร (Capitation) ทำให้ระบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้ดีขึ้น มีการรับงบประมาณตรงจากนอกองค์กรทางการ เช่น สสส. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรชุมชน งบประมาณจากส่วนกลางเพื่อพัฒนาคนอาจจะไม่มี พื้นที่ต้องแสวงหาวิธีการช่องทางเองมากขึ้น มีหน่วยงานกำกับ สนับสนุนเพิ่มขึ้น ทั้งส่วนที่เป็นกระทรวงสาธารณสุข สปสช. สาขา ผู้ว่า CEO ซึ่งมีทั้งด้านดี และจุดอ่อน หากไม่มีการประสานบูรณาการให้เป็นในทิศทางเดียวกัน และหากมีการสั่งการให้ดำเนินการอย่างรวดเร็วยิ่งส่งผลต่อการเพิ่มภาระ และความสับสนให้กับผู้ปฏิบัติงาน

นอกจากนี้ มีกลไกการจ่ายเงิน/การเงินการคลัง ที่จะช่วยในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มีการสร้างระบบติดตามประเมินในแบบที่จะช่วยเสริมพลังให้ระบบการทำงานของหน่วยงานพื้นที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ สร้างความรู้จากการทำงานคุณภาพที่มีความยืดหยุ่นต่อทรัพยากรและความจำเพาะในแต่ละบริบท มีการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจ/ขวัญกำลังใจที่เหมาะสมกับบริบทของบุคคล และพื้นที่ มีกลไกการจัดการไม่ให้เกิดความขัดแย้งในเชิงบทบาทขององค์กร ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับกระทรวงสาธารณสุข

4.6 ด้านความรู้และเทคโนโลยี

ปัจจุบัน

ยังขาดการกำหนดเนื้อหาที่จำเป็นในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมของการผลิตและพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม ขาดการประสานการทำงานเชื่อมโยงระหว่างสถาบันวิจัย สถาบันการศึกษาที่พัฒนาวิชาการด้านบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้งานวิจัยขาดการมองภาพใหญ่ เกิดงานวิจัยเป็นส่วนๆ ขาดความเชื่อมโยงและการจัดการเพื่อนำความรู้และงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ทั้งในระดับนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และประชาชน การรวบรวมฐานข้อมูลความรู้สำหรับการทำงาน ตลอดจนยังคงขาดเครื่องมือและเทคโนโลยีในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคน/ชุมชน

องค์ความรู้เพื่อการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นลักษณะเศษส่วนปลายที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านหยิบยื่นให้ หลายเรื่องขาดเอกลักษณ์ของตนเอง เน้นไปทางด้านการแพทย์ การคัดกรองโรค ขาดมิติทางด้านสังคม จิตวิทยา เทคโนโลยียังไม่มีการจัดการให้ยืดหยุ่น สอดคล้องกับลักษณะบริบทของแต่ละพื้นที่

ทิศทางแนวโน้มในอนาคต

หน่วยประสานการวิจัยและการจัดการองค์ความรู้ มีหน้าที่สร้างแผนงานวิจัยหลัก การจัดการงานวิจัย สร้างเครือข่ายนักวิจัยสหสาขา ตลอดจนติดตามประเมินระบบ สนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่ได้เอง สามารถพัฒนาองค์ความรู้จากการทำงาน ขยายฐานการถ่ายทอดเทคโนโลยีการวิจัยทั้งระเบียบวิธีและแนวคิดกับต่างประเทศได้มากขึ้น

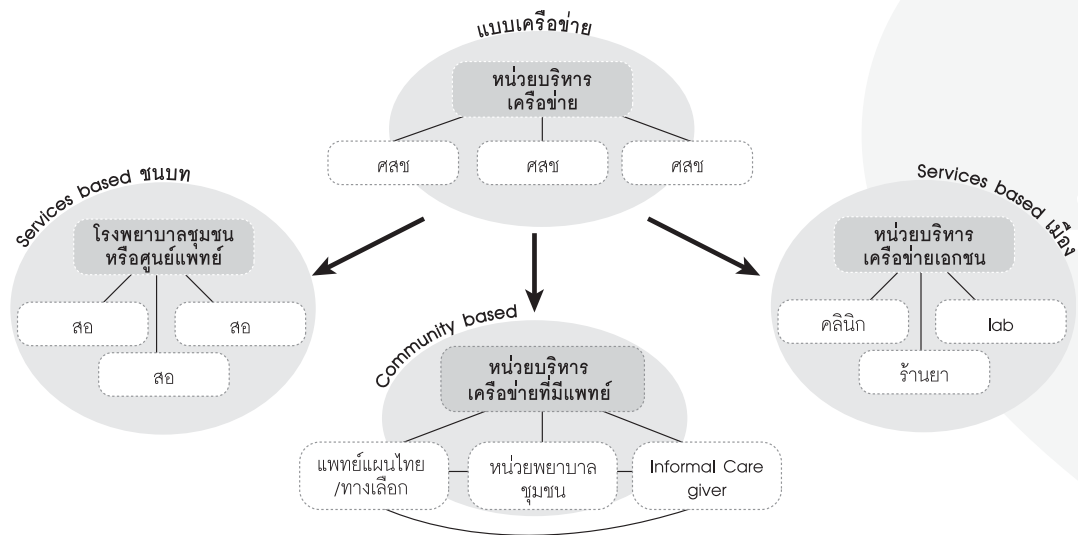
ส่วนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลความรู้ที่จำเป็น เข้าถึงได้ง่ายสำหรับประชาชน และมีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการระบบบริการอย่างเหมาะสม



(ร่าง) ภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ในอนาคต

หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยที่ให้บริการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพที่มีคุณภาพ ประชาชนยอมรับ และมีส่วนร่วม ลักษณะการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มี 2 ลักษณะใหญ่คือ

1. เป็นหน่วยเบ็ดเสร็จหน่วยเดียว และ
2. เป็นลักษณะเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายอาจเป็นไป 3 ลักษณะใหญ่ คือ
 - 2.1 เครือข่ายในเขตเมือง ที่มีองค์ประกอบบริการย่อย เช่น บริการทันตกรรม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล
 - 2.2 เครือข่ายในเขตชนบท ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาล หรือ ศูนย์แพทย์ชุมชน ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนขนาดเล็ก
 - 2.3 เครือข่ายบริการที่ประกอบด้วยพยาบาลชุมชน และการแพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือกอื่นร่วมด้วย



บุคลากรพื้นฐานหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไป ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาล ในขณะที่บางจุด บางแห่งจะเป็นหน่วยบริการขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร ร่วมให้บริการ แนวโน้มการบริหารและการปกครอง ต้องทำงานใกล้ชิดกับองค์กรชุมชน และองค์กรท้องถิ่น ร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ในการจัดระบบดูแลสุขภาพ

(ร่าง) กรอบการผลิต และพัฒนากำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บทบาทของบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ

- การดูแลสุขภาพของประชากรในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม
- บูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- การดูแลที่เชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม
- การดูแลที่เชื่อมโยง ผสมผสานการดูแลหลายระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน เชื่อมโยงผสมผสานบริการทางการแพทย์กับบริการด้านอื่น ๆ

จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งตามประเภท

สถานีนอมนามัยทั้งหมด จำนวน 9,746 แห่ง (จากการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เดือนสิงหาคม 2549) ในจำนวนนี้มีแผนการพัฒนาจำแนกเป็นกลุ่ม ดังนี้

1. ตามแผนการพัฒนาสถานีนอมนามัยหรือ PCU เป็นศูนย์แพทย์ชุมชน กำหนดให้ ภายใน 4 ปี ต้องมีศูนย์แพทย์ทั้งหมด 1,000 แห่ง (ทั้งนี้ประมาณการว่าศูนย์แพทย์ทั้งหมด 1,000 แห่งดังกล่าวเป็นการพัฒนาจาก PCU ไปเป็นศูนย์แพทย์) จึงทำให้มี PCU ทั่วไปอีก 8,746 แห่งในอีก 4 ปีข้างหน้า
2. สถานีนอมนามัยประมาณ 1,949 แห่ง (ประมาณร้อยละ 20 ของ PCU ทั้งหมด) ดูแลประชากรมากกว่า 5,000 คนต่อสถานีนอมนามัย ซึ่งเมื่อรวมกับ PCU ของโรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ PCU ของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลแพทย์ อีกจำนวน 1,095 แห่ง ทำให้มี PCU ที่รับผิดชอบดูแลมากกว่า 5,000 คน ทั้งสิ้น 3,044 แห่ง
3. สถานีนอมนามัยที่เหลือ 6,797 แห่ง เป็นสถานีนอมนามัยที่ดูแลประชากรน้อยกว่า 5,000 คนต่อสถานีนอมนามัย

กรอบกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิจำแนกตามประเภท

แผนการกระจาย ต่อ PCU (เฉพาะสาขาหลัก)

- พยาบาล 1 คน : ประชากร 5000 คน
- นักวิชาการสาธารณสุข 1 : ประชากร 1250 คน
- เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2 : ประชากร 5000 คน

ในหน่วยบริการปฐมภูมิบางจุดที่เป็นชุมทาง มีแพทย์ดูแลประชากรในอัตราส่วน

1 : 10,000 - 15,000 คน



ตารางที่ 7 : กรอบการกระจายบุคลากรประเภทต่างๆ ที่ต้องการ มี 3 ลักษณะ:

	จำนวนประชากร รับผิดชอบ (คน)	จำนวน เป้าหมาย (แห่ง)	แพทย์ (คน)	พยาบาล (คน)	นักวิชาการ สาธารณสุข (คน)	จนท.สร./ พ.เทคนิค (คน)	รวม (คน)
ศูนย์แพทย์	10,000-15,000	1,000	1	3	3	46	11-13
ศสข.	5001-10000	3,044		2	2	24	68
ขนาดใหญ่	< 5000	6,797		1	1	12	34
ศสข. /สอ. ทั่วไป							
รวม		10,841					

ตารางที่ 8 : ประมาณความต้องการกำลังคนทั้งหมดในหน่วยบริการปฐมภูมิ

	จำนวน (แห่ง)	แพทย์ (คน)	พยาบาล (คน)	นักวิชาการ สาธารณสุข (คน)	จนท.สร./ พ.เทคนิค(คน)	จำนวนทั้งหมด (คน)
ศูนย์แพทย์	1,000	1,000	3,000	3,000	4,000 - 6,000	11,000 -13,000
ศสข. ขนาดใหญ่	3,044	0	6,088	6,088	6,088-12,176	18,264-24,352
ศสข. /สอ. ทั่วไป	6,797	0	6,797	6,797	6,797-13,594	20,391-27,188
รวม	10,841	1,000	15,885	15,885	16,885-29,770	49,655-62,450
จำนวนที่มีในปัจจุบัน			ประมาณ 4,500 คน		ในสอ.ทั้งหมด 28,473	ประมาณ 32,973 คน
จำนวนที่ขาด			ประมาณ 11,385 คน			ประมาณ (คน) 16,682 - 29,477

คำถาม คือ จะวางแผนการจัดหา การผลิต และการกระจายกำลังคนให้ตามส่วนที่ขาด
ภายในระยะเวลาที่ปี หากภายใน 5 ปีนี้ ตั้งเป้าให้ได้ร้อยละ 80 หมายถึงต้องการกระจาย
กำลังคน จำนวน 6,000-17,000 คนภายในระยะ 5 ปี

หลักสูตรการผลิตที่เกี่ยวข้อง

1. หลักสูตรแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว
2. หลักสูตรชุมชน
 - 2.1 พยาบาลศาสตร์ (ชุมชน)
 - 2.2 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต
 - 2.3 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์
3. หลักสูตรต่อเนื่อง
 - 3.1 พยาบาลศาสตร์ต่อเนื่อง
 - 3.2 สาธารณสุขศาสตร์ต่อเนื่อง
4. หลักสูตรวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด อายุรเวท
5. หลักสูตรบุคลากรระดับผู้ช่วยด้านต่างๆ ได้แก่ ทันตภิบาล ผู้ช่วยกายภาพบำบัด ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

การพัฒนาบุคลากร ที่ควรมี

- พัฒนาศักยภาพทีมงาน
- พัฒนาให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิ เป็นแหล่งเรียนรู้
- สนับสนุนเครือข่ายเรียนรู้ของทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ
- พัฒนาทีมพี่เลี้ยง

การบริหารจัดการ

1. พัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจ (Non-financial incentive)
 - สร้าง Career ladder
 - เพิ่มโอกาสในการเรียนรู้
 - ศึกษาต่อเนื่องสร้างกระแสยอมรับของสังคม
 - สร้างค่านิยมในวิชาชีพ
2. Financial incentive
 - จัดทำระบบค่าตอบแทนที่ยุติธรรม และระบบการจ้างงานที่หลากหลาย



เอกสารอ้างอิง

- Balint, M. 1964, The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical, London.
- Ben-Zira, Z. 1986, "The plight of primary health care: the problematics of committedness to practice", Soc.Sci.Med., vol. 22, pp. 699-712.
- Bodenheimer, T., Lo, B., & Casalino, L. 1999, "Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers", JAMA, vol. 281, no. 21, pp. 2045-2049.
- Engel, G. L. 1980, "The clinical application of the biopsychosocial model", Am.J.Psychiatry, vol. 137, no. 5, pp. 535-544.
- Gilbert, D., Walley, T., & New, B. 2000, "Lifestyle medicines", BMJ, vol. 321, no. 7272, pp. 1341-1344.
- Levin, J. S. 1996, "How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis and host resistance", Soc.Sci.Med., vol. 43, no. 5, pp. 849-864.
- Mercenier, P. The role of health centre in the context of district health system based on primary health care. 1986. Ref Type: Unpublished Work
- Mercenier, P. 1992, Methodology and Relevance of Health System Research, Centre International de l'Enfance, Paris, Paris.
- Rakel, R. 1995, "The Family Physician," in Textbook of Family Medicine, 5th edition edn, R. Rakel, ed., WB. Saunders, Philadelphia.
- Starfield Barbara, 1994, Primary Care: Is it essential ? Lancet 1994; 344:1129-33
- The Dawson Report 1920, The germ of primary/secondary/tertiary care distinction, HMSO.
- Unger, J. P. & Criel, B. 1995, "Principles of health infrastructure planning in less developed countries", Int.J Health Plann.Manage., vol. 10, no. 2, pp. 113-128.
- Yahn, G. 1979, "The impact of holistic medicine, medical groups, and health concepts", JAMA, vol. 242, no. 20, pp. 2202-2205.
- นพ.เกรียงศักดิ์ เอกพงศ.ผศ. ดร. วงศา เลหาศิริวงศ์: การบริหารระบบบริการภาครัฐระดับพื้นที่ .เอกสารวิชาการประชุมวิชาการ พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เล่ม 4 การบริหารระบบ,หน้า 119-137.
- พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ พศ.2543.สถานะสุขภาพคนไทยปีพ.ศ. 2543.อุษากการพิมพ์ กรุงเทพฯ.
- นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ.2545.การสาธารณสุขไทย พศ. 2542-2543 หน้า 307-311. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ พ.ศ.2540, รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป; 26-29
- สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ พ.ศ.2542.รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่ม 1:24-26.โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร พ.ศ. 2548, โครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคลินิกเอกชนคู่สัญญา ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ปัจจัย กรอบแนวคิดในการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของระบบบริการปฐมภูมิ

จากการร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการของภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ระดมความคิดเห็นร่วมกันต่อสถานการณ์ ปัจจัยภายในภายนอกที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ สรุปประเด็นหลักได้ดังนี้

ปัจจัยภายใน : จุดแข็ง (Strength)

ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

- หน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย
- มีโอกาสรับรู้ และเข้าใจ ปัญหาความต้องการของประชาชน
- มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคได้มากกว่าหน่วยงานระดับอื่น
- เป็นหน่วยงานที่เชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานระดับอื่นๆ และหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน
- เป็นหน่วยบริการที่ทำให้ระบบบริการมี cost-effectiveness
- มีนวัตกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในลักษณะต่างๆ ตามบริบทพื้นที่

ด้านบุคลากร

- ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่นาน
- มีความสัมพันธ์ที่ดี และใกล้ชิดกับชุมชน
- มีบุคลากรหลากหลายเข้ามาร่วมงานมากขึ้น

ด้านทำเลที่ตั้ง

- หน่วยบริการปฐมภูมิ กระจายในทุกตำบล ประชาชนเดินทางไปรับบริการได้สะดวก

งบประมาณ

- ได้รับงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว
- ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ จากองค์กรท้องถิ่น เนื่องจากเห็นความสำคัญมากขึ้น

ปัจจัยภายนอก โอกาส (opportunity)

- กระแสนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนสนใจสุขภาพมากขึ้น
- ประชาชนเรียกร้องการดูแลสุขภาพในมิติที่ “บริการดี ดูแลดี” ต้องการการดูแลในมิติที่มีใหม่เป็นเฉพาะบริการทางการแพทย์มากขึ้น
- แนวโน้มปัญหาสุขภาพ เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาเกี่ยวกับสังคมและพฤติกรรมมากขึ้น ทำให้ต้องการหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงมากขึ้น ต้องการบริการที่เข้าใจมิติชีวิต และสังคมมากขึ้น
- กระแส เศรษฐกิจพอเพียง การอยู่แบบพอเพียง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ
- นโยบายหลักประกันสุขภาพฯ เน้นการลงทุน และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เปิดโอกาสให้ท้องถิ่น เอกชน เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
- ร่าง พรบ.สุขภาพและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
- นโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคมากขึ้น

ปัจจัยภายใน : จุดอ่อน (Weakness) มีองค์ประกอบต่างๆ เข้ามาช่วยการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น

ด้านระบบบริการ

- ลักษณะการจัดบริการ ยังทำเหมือนกันทั่วประเทศ ไม่ปรับให้สอดคล้องกับบริบท
- หน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่สามารถให้บริการที่เป็นเอกลักษณ์ หรือ เป็นจุดเด่นที่มีคุณค่าชัดเจน
- ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจน (เน้นการส่งเสริมหรือการรักษา)
- การจัดบริการในเขตเมือง และของภาคเอกชน มีข้อจำกัดในการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เป็นแบบองค์รวม และผสมผสาน

ด้านบุคลากร

- บุคลากรยังไม่เข้าใจเอกลักษณ์ตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ศักดิ์ศรีน้อย
- อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับภาระงาน และประชากรรับผิดชอบ
- แพทย์ไม่เพียงพอ ต้องใช้การหมุนเวียน
- ขาดแผนและทิศทางการผลิตบุคลากรเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ระบบความก้าวหน้า แรงจูงใจ พัฒนาบุคลากรไม่ชัด

ด้านนโยบาย/การบริหาร

- การพัฒนาบุคลากร เน้นแต่การอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ ขาดระบบการเสริมสร้างการเรียนรู้จากการทำงาน
- ผู้บริหารบางพื้นที่ขาดทักษะการจัดการแบบมุ่งเน้นผลงาน และมีทัศนคติไม่สนับสนุนการพัฒนากระบวนการปฐมนุญ
- องค์กรท้องถิ่นบางส่วนที่มีงบประมาณน้อย ไม่สามารถจ้างบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมนุญในพื้นที่ได้ อันเนื่องมาจากระเบียบกำหนดเพดานการใช้งบประมาณ
- สายการบริหารและการบังคับบัญชาของสถานีนอมนัย มีสองทาง ไม่เป็นเอกภาพ
- องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนปฐมนุญ ยังเป็นลักษณะการฝากงานจากงานเฉพาะทาง
- นโยบายการพัฒนากระบวนการปฐมนุญที่ผ่านมา ยังไม่ชัดเจนและยังไม่นิ่ง
- แนวคิดการพัฒนากระบวนการปฐมนุญ และกลไกการบริหารจัดการกลางไม่เป็นเอกภาพ ขาดทิศทางและขาดการบูรณาการแผนจากหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การบริหารจัดการเป็นแบบรวมศูนย์ ทำให้ขาดความยืดหยุ่น
- ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมนุญ มีส่วนร่วมในการวางแผนบริการน้อย
- ภาระงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนโยบายส่วนกลาง ผู้ว่า CEO และการประเมินตาม KPI
- การกระจายหน่วยบริการตามเขตปกครอง และกระจายบุคลากร ไม่สอดคล้องกับการกระจายตัวของประชากร
- แนวทางการบริหารจัดการภายใต้ระบบใหม่ ยังไม่มีการเตรียมพร้อมและพัฒนาให้เหมาะสม
- งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ และการกระจายงบ ไม่สอดคล้องกับภารกิจ
- หน่วยบริหารส่วนกลาง ภูมิภาค ยังไม่มีระบบจัดการสนับสนุนหน่วยปฐมนุญ
- ไม่มีแผนการพัฒนาระยะยาวที่ชัดเจน
- การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ผลผลิต และกิจกรรมงานไม่เชื่อมโยงกัน
- การสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยภูมิภาคและส่วนกลางไม่ชัด



ปัจจัยภายนอก ภาวะคุกคาม (threat)

- สังคมส่วนใหญ่เป็นกระแสบริโภคนิยม และนิยมความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- ประชาชนเข้าใจนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะส่วนการรักษา ไม่เข้าใจมิติของการสร้างความมั่นคง การดูแลที่ต่อเนื่อง
- ภาพลักษณ์หน่วยบริการที่ประชาชนเชื่อถือ ยังเป็นภาพโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือมาก
- แนวโน้มปัญหาสุขภาพ เกิดโรคอุบัติใหม่ ทำให้หน่วยบริการต้องปรับตัวในการพัฒนามาก
- ประชาชนมีการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่สูง
- การประชาสัมพันธ์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากเกินไป ไม่สอดคล้องกับระยะการพัฒนาระบบบริการ
- นโยบายการปฏิรูประบบราชการไม่ชัดเจน ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- การกระจายอำนาจ ยังไม่ได้้นำสู่การปฏิบัติ
- นโยบาย Medical hub ที่แข่งขันกับตลาดสุขภาพต่างประเทศ ดึงบุคลากรออกนอกระบบการดูแลคนไทย

สรุปยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (จากการทำ SWOT Analysis)

กลยุทธ์เชิงรุก (SO) : ขยายบริการ ภายใต้ความร่วมมือของภาคีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์เชิงพัฒนา (WO) : ปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ
: เร่งผลิต พัฒนาศูนย์บริการด้วยวิธีการที่หลากหลาย
: วิจัย พัฒนา เพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์เชิงรับ (ST) : หาทางเลือกการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วม
: ศึกษา วิจัย

กลยุทธ์เชิงพลิกแพลง (WT) : ปรับเสริมด้วยระบบการส่งต่อ การเชื่อมโยงบริการเพื่อลดจุดอ่อนของระบบบริการปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ระดับองค์การเครือข่าย (Corporate Strategy)

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 : เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างสอดคล้องกับบริบท
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 : ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 : ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรที่หลากหลาย สอดคล้องกับระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิ และบริบทของพื้นที่
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 : สร้างการยอมรับ คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 : สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิด คุณค่า และทิศทางของแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

จากการประชุมร่วมกับผู้บริหาร ผู้แทน ผู้ประสานจากองค์กรภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละการประชุมที่ได้เสนอสถานการณ์ ความคิดเห็น หลักการ และแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระยะต่อไป ซึ่งสรุปเป็นประเด็นแนวคิด หลักการ และคุณค่าที่สำคัญ คือ

- มองประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน ชุมชน เป็นสำคัญ
- การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ
- การให้คุณค่าต่อการดูแลสุขภาพแบบเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วน
- การสร้างให้เกิดคุณค่า ความภูมิใจ และแรงจูงใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน
- การทำงานเป็นทีมสหสาขา
- การบริหารจัดการที่โปร่งใส มีความยืดหยุ่นคล่องตัว
- การพัฒนาให้เป็นองค์กรเรียนรู้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



ทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีดังนี้

- เร่งสร้างให้เห็นถึงคุณค่า เอกลักษณะ และการยอมรับต่อระบบบริการปฐมภูมิที่บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บูรณาการศาสตร์และศิลป์เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และเป็นศูนย์สุขภาพของชุมชนที่ดำเนินการร่วมกับชุมชน เพื่อสุขภาพของชุมชน
- เร่งเสริมศักยภาพ ปรับระบบบริการปฐมภูมิส่วนที่มีอยู่เดิมให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ ไม่ควรเป็นรูปแบบเดียวทั่วประเทศ และขยายบริการปฐมภูมิในส่วนที่เป็นจุดช่องว่างที่ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการ
- สร้างการมีส่วนร่วม และระดมความร่วมมือกับภาคีภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคชุมชน ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ
- กระจายอำนาจการตัดสินใจในการจัดการให้กับหน่วยงานในระดับภูมิภาค และอำเภอเพิ่มมากขึ้น
- พัฒนาวิธีบริหารจัดการรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อนำมาแก้ปัญหาคความขาดแคลนบุคลากรในการจัดบริการปฐมภูมิ และการจัดระบบดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท

พัฒนาให้มีการใช้ข้อมูล สารสนเทศเพื่อประกอบการจัดบริการ การวางแผน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชนและบริบทของพื้นที่

วิสัยทัศน์

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม

พันธกิจของระบบบริการปฐมภูมิ

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม

พันธกิจของคณะกรรมการความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

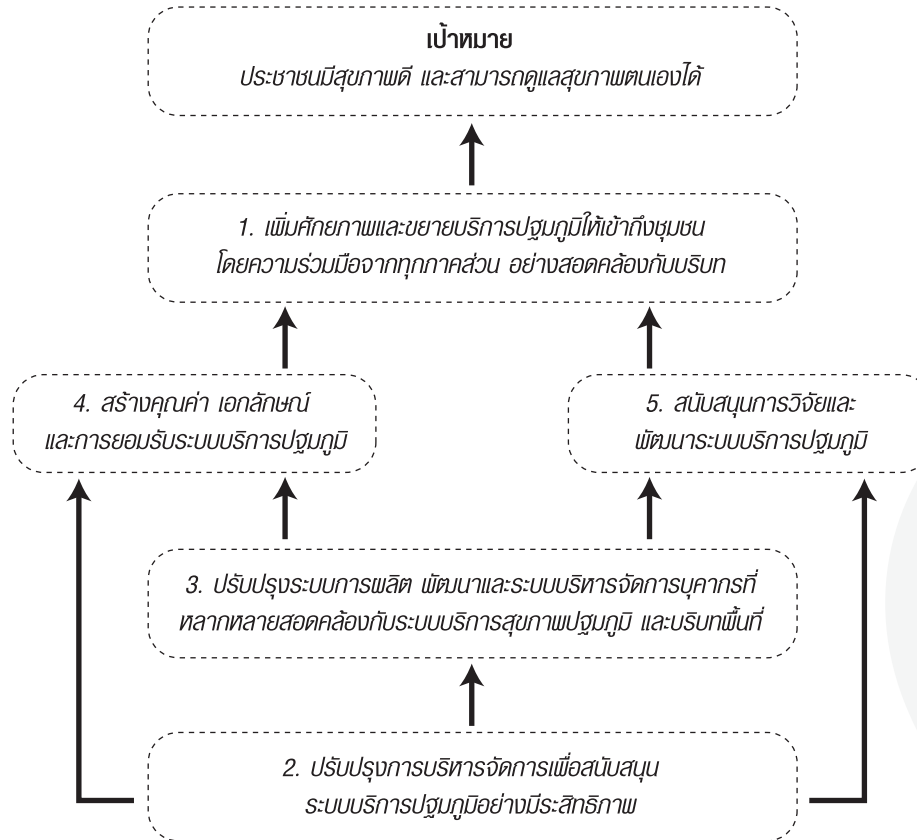
คณะกรรมการอำนวยการ/คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ เป็นกลไกหลักที่กำหนดทิศทางพัฒนา พลังกัน สนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐานที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

ประชาชนมีสุขภาพดี และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้



แผนที่ยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
สู่ระบบสุขภาพชุมชน พ.ศ.2550 – 2554



ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ เพื่อการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ

สรุปยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ เพื่อการ
พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554)

ยุทธศาสตร์ (Corporate Strategy)

ยุทธศาสตร์ 1 :

เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างสอดคล้องกับบริษัท

ยุทธศาสตร์ 2 :

ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์หลัก (Business Strategy)

- 1.1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและขีดความสามารถหน่วยบริการปฐมภูมิ (Hardware, Software & People ware) ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และตอบสนองความต้องการของประชาชน
- 1.2 ขยายบริการปฐมภูมิโดยร่วมมือกับท้องถิ่น ชุมชนและเอกชน
- 1.3 ขยายและพัฒนากิจการบริการปฐมภูมิรูปแบบต่างๆ ในพื้นที่เขตหนาแน่น เขตที่เป็นช่องว่างในระบบ GIS และเขตพื้นที่ทุรกันดาร เขตห่างไกล
- 1.4 เสริมศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยพัฒนาเครือข่าย การเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาล กับหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.1 เร่งรัดให้มีกลไกประสาน และบริหารนโยบายในระดับประเทศ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 2.2 ปรับโครงสร้างและกลไกการจัดการทุกระดับให้สามารถรองรับการพัฒนาบริการ ปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมการแบ่งอำนาจให้ราชการส่วนภูมิภาคสามารถกำหนดการจัดการบริการปฐมภูมิได้มากขึ้น โดยส่วนกลางเป็นผู้กำกับดูแลเชิงนโยบาย
- 2.3 ปรับปรุงการบริหารจัดการระบบงบประมาณให้สอดคล้องกับบริบท
- 2.4 พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ของพื้นที่
- 2.5 สนับสนุนการประสานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และระหว่างพื้นที่เพื่อการช่วยเหลือ และสนับสนุนการพัฒนาระหว่างกัน
- 2.6 พัฒนาการบริหารจัดการการส่งต่อ (ส่งไปและส่งกลับให้ดูแลต่อเนื่อง) และการประสานบริการ
- 2.7 พัฒนาขีดความสามารถของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- 2.8 พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล เพื่อการตัดสินใจทางการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ



ยุทธศาสตร์ (Corporate Strategy)

ยุทธศาสตร์ 3 :

ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรที่หลากหลาย สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และบริบทของพื้นที่

ยุทธศาสตร์ 4 :

สร้างการยอมรับ คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ 5 :

สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์หลัก (Business Strategy)

- 3.1 เร่งพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากร เพื่อให้เกิดการกระจายที่เหมาะสมและเป็นธรรม เสริมสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรสามารถดำรงอยู่ได้ในระบบ
- 3.2 สนับสนุนและพัฒนาการผลิตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เพียงพอด้วยวิธีการที่หลากหลาย และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม
- 3.3 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
- 3.4 สร้างเสริมขีดความสามารถของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ

- 4.1 เสริมสร้างเครือข่ายวิชาชีพ และร่วมกันสร้างคุณค่า อุดมการณ์บริการปฐมภูมิ
- 4.2 พัฒนาการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนมีทัศนคติที่ดี เข้าใจและยอมรับในคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ
- 4.3 ส่งเสริม สนับสนุนการร่วมมือของเครือข่ายวิชาชีพ ประชาชน องค์กรภาคีต่างๆ ในการพัฒนานโยบาย และระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ
- 4.4 รณรงค์ค่านิยมในการดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองของประชาชน

- 5.1 สนับสนุน ประสานเครือข่าย สถาบันวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ
- 5.2 ส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และเครือข่ายหน่วยบริการในการจัดการความรู้ที่เป็นลักษณะเฉพาะของบริการปฐมภูมิ
- 5.3 พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ (รัฐ ชุมชน ท้องถิ่น เอกชน)
- 5.4 ผสมผสานองค์ความรู้สุขภาพสาขาต่างๆ ในการจัดบริการปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ 1 : เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างสอดคล้องกับบริบท

เป้าประสงค์ : ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการผสมผสานที่มีคุณภาพ ได้อย่างสะดวกทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 90 ของประชาชนในเขตเมืองและชนบทสามารถเข้าถึงบริการด้านการรักษา
: ร้อยละ 90 ของประชากรเป้าหมาย ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามมาตรฐานภายในปีงบประมาณ 2554 ภายในงบประมาณที่กำหนด

เป้าหมายลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่

- 1) ในเขตพื้นที่ชนบท นอกเขตเทศบาล มีสถานอนามัยที่มีบุคลากรสาธารณสุขพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน (อย่างน้อย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1:1250, พยาบาล 1:5000) และจัดบริการสุขภาพได้ตามมาตรฐาน
- 2) ในเขตพื้นที่เทศบาลมีสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมาตรฐาน จัดบริการในลักษณะผสมผสานต่อเนื่องครอบคลุมประชากรทั้งหมด ในอัตราส่วนหนึ่งศูนย์ดูแลประชากรไม่เกิน 20,000 คน
- 3) ในเขตตำบลที่มีประชากรมาก และหนาแน่น (ประชากรมากกว่า 10,000 คน) และ/หรือเป็นเขตชุมทางของสถานพยาบาลข้างเคียง มีสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีบุคลากรสาธารณสุขพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีแพทย์ประจำร่วมให้บริการดูแลสุขภาพทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และ/หรือมีบุคลากรสาขาอื่นร่วมให้บริการเพิ่มเติม ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
- 4) ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดบริการ และประสานบริการร่วมกับโรงพยาบาลในเขตพื้นที่เดียวกัน หรือเขตพื้นที่ใกล้เคียง อย่างต่อเนื่อง



กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 1.1

พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและขีดความสามารถหน่วยบริการปฐมภูมิ (Hardware, Software, & People ware) ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และตอบสนองความต้องการของประชาชน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

เชิงปริมาณ :

1. หน่วยบริการให้บริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี
2. สัดส่วนของประชากรในพื้นที่เป้าหมายไปใช้บริการพื้นฐานที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 70 ภายในปีงบประมาณ 2554 (และลดการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่)

เชิงคุณภาพ :

1. ผู้รับบริการ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีความพึงพอใจร้อยละ 80 ภายในปีงบประมาณ 2554
2. ร้อยละ xx¹ ของผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมตามแนวปฏิบัติ มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมตามแนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีแผนแม่บทการกระจาย และมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ปรับตามบริบทหลักของพื้นที่ในภาพรวม ของประเทศ และแผนตามเขต ภายในปี 2551
2. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการปฐมภูมิกระจายอย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ (รายละเอียดอยู่ในหัวข้อเป้าหมายลักษณะหน่วยบริการปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่) ภายใน 5 ปี
3. ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมีเครื่องมือ บุคลากร และจัดบริการได้ตามเกณฑ์ที่ กระทรวงสาธารณสุขและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.1.1 ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับเขต และระดับจังหวัด เพื่อร่วมกันจัดทำแผนแม่บทการกระจายหน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดทรัพยากรเพื่อสนับสนุนตามแผน
- 1.1.2 จัดตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานระดับเขตเพื่อทำหน้าที่วางแผนพื้นที่ และสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิที่ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้แทนองค์กรชุมชน
- 1.1.3 ปรับเกณฑ์การกระจายและคุณสมบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และปรับจุดที่ตั้งของหน่วยบริการ ให้เหมาะสม
- 1.1.4 จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์หาความต้องการ (ส่วนขาด) ด้านโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 1.1.5 ปรับปรุงหน่วยบริการปฐมภูมิเดิม จัดบุคลากร อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ที่จำเป็นแก่หน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน ภายใต้การสนับสนุนความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมภายหลัง โดยดำเนินการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 2 เรื่องการปรับปรุงการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ และวิธีบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี

กลยุทธ์ที่ 1.2 ขยายบริการปฐมภูมิโดยร่วมมือกับท้องถิ่น ชุมชนและเอกชน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดให้บริการโดยความร่วมมือกับท้องถิ่น ชุมชน
2. ร้อยละ 10 ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดจัดระบบดูแลสุขภาพร่วมกันกับเอกชน

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชุมชน ท้องถิ่น เป็นคู่สัญญา (CUP) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10 ต่อปี ภายใน 5 ปี
2. มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ต่อปี
3. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เอกชนเป็นคู่สัญญา (CUP) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5 ต่อปี ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1.2.1 ปรับแก้ระเบียบที่เกี่ยวข้องที่เอื้อให้ท้องถิ่น เอกชนเข้ามาร่วมจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้น และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับกรอบการกระจายอำนาจ
- 1.2.2 ประสานกรอบมาตรฐาน และเงื่อนไขของการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการ และจัดทำเอกสารแนวทางเพื่อเตรียมความเข้าใจในด้านวิชาการและด้านบริหารงานให้แก่บุคลากรในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้าใจการจัดระบบบริการสุขภาพ
- 1.2.4 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมบุคลากรสาธารณสุขให้พร้อม ทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน
- 1.2.5 กำหนดพื้นที่ และประเภทบริการที่ท้องถิ่น ควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ และดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน
- 1.2.6 จัดทำกิจกรรมขยายการดำเนินการให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผน เป็นหน่วยบริการที่ร่วมบริหารและร่วมให้บริการระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสาธารณสุข



สนับสนุนการขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

- 1.2.7 ส่งเสริมระบบบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล โดยประชาชนมีส่วนร่วม
 - จัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติ
 - สร้างความเข้าใจในแนวคิด บทบาทของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
- 1.2.8 สนับสนุนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมการดูแลสุขภาพประชาชน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
- 1.2.9 สนับสนุนการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนโดยอาสาสมัคร
- 1.2.10 ขยายการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับเอกชน

- 1.2.11 ประชุมร่วมกับภาคเอกชน เพื่อปรับแนวทางการร่วมมือกับเอกชนการให้บริการปฐมภูมิ
- 1.2.12 จัดทำแนวทางการร่วมมือกับเอกชนในพื้นที่เขตเทศบาล และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล
- 1.2.13 ดำเนินการให้หน่วยบริการเอกชนร่วมให้บริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์ที่ 1.3 ขยายและพัฒนากิจการจัดบริการปฐมภูมิรูปแบบต่างๆ ในพื้นที่เขตหนาแน่น เขตที่เป็นร่องว่างในระบบ GIS และเขตพื้นที่ทุรกันดาร เขตห่างไกล

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ xx^2
2. ร้อยละ xx^3 ของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทั้งด้านการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ที่ได้มาตรฐาน จำนวน 1000 แห่ง ภายใน 5 ปี
2. มีรูปแบบการจัดบริการลักษณะหลากหลายที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ปีละ 6 ทางเลือก ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.3.1 ประชุม และประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดจุดในแผนแม่บทการกระจายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในส่วน ที่ควรเป็นที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ ในเขตพื้นที่หนาแน่น และจุดที่เป็นช่องว่างของบริการ
- 1.3.2 จัดตั้งหน่วยใหม่ และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมให้เป็นศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ในพื้นที่เขตหนาแน่น และพื้นที่ที่เป็นช่องว่างของบริการ
- 1.3.3 จัดทำกิจกรรมสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่เฉพาะ เช่น 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แม่ฮ่องสอน และตาก

^{2,3} ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมภายหลัง โดยดำเนินการเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 2 เรื่องการปรับปรุงการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ และวิธีบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี



กลยุทธ์ที่ 1.4 ลดความแออัดโรงพยาบาลใหญ่และเสริมการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. สัดส่วนของผู้รับบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลเป้าหมาย ลดลงร้อยละ 20 ต่อปี
2. ประชาชนร้อยละ 70 ในเขตพื้นที่เป้าหมาย ใช้บริการที่หน่วยบริการแต่ละระดับ ได้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค
3. ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ใช้เวลารอคอยเฉลี่ยในการรับบริการ ลดลงร้อยละ 30 ต่อปี
4. มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังร่วมกัน และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลใหญ่กับหน่วยบริการ ร้อยละ 30 ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพศ./รพท.) จัดหน่วยบริการปฐมภูมิภายนอกโรงพยาบาลและพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง 39 แห่ง ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.4.1 จัดระบบนัดหมาย และการไหลเวียนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ให้มีความสะดวก คล่องตัว
- 1.4.2 จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล ในเขตพื้นที่ที่เป็นเครือข่ายโรงพยาบาล
- 1.4.3 จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิภายนอกให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบวงเงินงบประมาณ (หน่วย: ล้านบาท)

	2550	2551	2552	2553	2554	รวม
กลยุทธ์ที่ 1.1	321.8	351.8	381.0	411.0	441.3	1,906.9
กลยุทธ์ที่ 1.2	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	17.5
กลยุทธ์ที่ 1.3	379.0	416.0	453.0	573.0	693.0	2,514.0
กลยุทธ์ที่ 1.4	65.0	65.0	130.0	130.0	195.0	585.0
รวม	768.3	835.8	967.5	1,118.0	1333.8	5,023.4

ยุทธศาสตร์ 1 : เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างสอดคล้องกับบริบท

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)					
			2550	2551	2552	2553	2554	
กลยุทธ์ที่ 1.1 พัฒนาโครงสร้าง พื้นฐานและ ขีดความสามารถ หน่วยบริการปฐม	1. มีแผนแม่บทการกระจาย และ มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาพรวมของทั้งประเทศ และแผนตามเขตภายในปี 2551	พหุภาคีร่วม ● สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข (สป.) ● องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	1 แผนรวม 13 แผนเขต		ปรับแผน			ปรับทำ แผนใหม่
	2. ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการ ปฐมภูมิกระจายอย่างเหมาะสม ตามเกณฑ์ ภายใน 5 ปี		80%	85%	90%	95%	100%	
	3. ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการมี เครื่องมือ บุคลากร และจัด บริการได้ตามเกณฑ์กำหนดภายใน 5 ปี		60%	65%	70%	75%	80%	
กลยุทธ์ที่ 1.2 ขยายบริการปฐมภูมิ โดยร่วมมือกับท้องถิ่น ชุมชนและเอกชน	1. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชุมชน ท้องถิ่น เป็นคู่สัญญา (CUP) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10 ต่อปี ภายใน 5 ปี	อปท. ร่วมกับ กสธ, และสปสช, กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น	10%	10%	10%	10%	10%	
	2. มีกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับตำบล ที่มีบทบาทในด้าน การส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ต่อปี		10%	12%	15%	18%	21%	
	3. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เอกชน เป็นคู่สัญญา (CUP) เพิ่มขึ้นจาก เดิมร้อยละ 5 ต่อปี ภายใน 5 ปี	สปสช ร่วมกับ กระทรวง สาธารณสุข	5%	10%	15%	20%	25%	



ยุทธศาสตร์ 1 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 1.3 ขยายและพัฒนา การจัดบริการปฐมภูมิ รูปแบบต่างๆ ในพื้นที่หนาแน่น, ช่องว่างในระบบ GIS และเขตทุรกันดาร ห่างไกล	1. มีศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ที่ได้มาตรฐาน จำนวน 1000 แห่งภายใน 5 ปี	พหุภาคีร่วม <ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ● องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสข) ● สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข 	200 แห่ง	400 แห่ง	600 แห่ง	800 แห่ง	1000 แห่ง
	2. มีรูปแบบการจัดบริการลักษณะ หลากหลายที่ทำให้ประชาชน เข้าถึง เพิ่มขึ้น ปีละ 6 ทางเลือก ภายใน 5 ปี		6 แบบ	6 แบบ	6 แบบ	6 แบบ	6 แบบ
กลยุทธ์ที่ 1.4 ลดความแออัดรพ.ใหญ่ และเสริมการเชื่อม ต่อระหว่างรพ.กับหน่วย บริการปฐมภูมิ	1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพศ./ รพท.) จัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายนอกโรงพยาบาลและพัฒนาระบบ ส่งต่อ ผู้ป่วยเรื้อรัง 39 แห่ง ภายใน 5 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ● องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสข) 	13 จว.	13 จว.	26 จว.	26 จว.	39 จว.

ยุทธศาสตร์ 2 : ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ : หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้องมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด : หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้องผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่ ก.พ.ร. (หรือกระทรวงสาธารณสุข) กำหนดในด้านประสิทธิผลของผลลัพธ์ คุณภาพการบริการ ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ และการพัฒนาองค์การ



กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 2.1 เร่งรัดให้มีกลไกประสาน และบริหารนโยบายในระดับประเทศ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

เร่งรัดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการระดับชาติ ที่ทำหน้าที่เป็นกลไกกลางที่ร่วมมือกันระหว่างองค์กร ภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดทิศทาง กรอบแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่มีการกำหนดร่วมกันให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการตั้งคณะทำงาน และสำนักเลขานุการเป็นกลไกช่วยติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. นโยบายในระดับประเทศที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้รับการพิจารณาจากองค์กรที่เกี่ยวข้องและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ
2. มีแผนปฏิบัติการที่รองรับนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้สำเร็จในระดับผลผลิตและระดับผลลัพธ์

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. คณะกรรมการอำนวยการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแห่งชาติ ได้รับการแต่งตั้งโดย ครม. หรือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ภายในปี 2550 และมีการประชุมปีละ 2 ครั้ง
2. คณะกรรมการประสานแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้รับการจัดตั้ง ภายในปี 2550 และมีการประชุมปีละ 4 ครั้ง
3. มีหน่วยงานที่ถูกกำหนดให้ทำหน้าที่เป็นทีมเลขานุการของคณะกรรมการอำนวยการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงาน

- 2.1.1 ประชุมกับหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมความเห็นต่อรูปแบบ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเครือข่ายระดับประเทศ และกลวิธีทำงานของคณะกรรมการ และทีมเลขานุการเพื่อรองรับการทำงาน
- 2.1.2 จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อทำหน้าที่กำกับนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (โดยประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการบริหารงบลงทุนเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ (สปสข) ผู้แทนวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง)
- 2.1.3 จัดตั้งคณะกรรมการประสานแผนยุทธศาสตร์และคณะทำงานประสานแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อทำหน้าที่ประสานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และประมวลวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- 2.1.4 ตั้งสำนักงานร่วม ซึ่งทำหน้าที่ประสานหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้แทนวิชาชีพเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์ที่ 2.2

ปรับโครงสร้างและกลไกการจัดการทุกระดับให้สามารถรองรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการแบ่งอำนาจ (Deconcentration) ให้ราชการส่วนภูมิภาคสามารถกำหนดการจัดบริการปฐมภูมิได้มากขึ้น โดยส่วนกลางเป็นพี่กำกับดูแลเชิงนโยบาย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- ร้อยละ 80 ของแผนปฏิบัติงานที่หน่วยบริหารระดับต่างๆ (ส่วนกลาง เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล) สามารถปฏิบัติงาน ตามภารกิจที่กำหนดที่สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- มีการกำหนดกลไกที่ชัดเจนที่ทำหน้าที่ประสาน และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต่างๆ ในระดับส่วนกลาง เขตพื้นที่ จังหวัด อำเภอ ตำบลภายในปี 2552
- มีแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้องทุกจังหวัด ภายใน 5 ปี
- มีแนวทางปฏิบัติเพื่อสนับสนุนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับต่างๆ ภายในปี 2552
- มีโครงสร้างและแนวทางการบริหารของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง และชนบทภายในปี 2552

แนวทางการดำเนินงาน

- ประชุมเพื่อระดมความเห็นและกำหนดบทบาทของหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในส่วนกลาง และระดับเขต
- ประชุมร่วมกับผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวบริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสช.สาขา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อตกลงและกำหนดบทบาทร่วมกันในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ
- จัดทำเอกสารบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริหารระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเผยแพร่ สื่อสาร ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้อง
- จัดตั้งสำนักงานใหม่หรือกำหนดภารกิจ บทบาท องค์กรประกอบของหน่วยงานเดิมที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้ชัดเจนในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับ เขต จังหวัดและอำเภอ และในแต่ละภาคส่วน
- พัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ



กลยุทธ์ที่ 2.3 ปรับปรุงการบริหารจัดการระบบงบประมาณให้สอดคล้องกับบริบท

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับงบประมาณที่เป็นธรรม สอดคล้องกับผลงาน และต้นทุนการดำเนินงาน
2. ร้อยละ 70 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีสภาพความคล่องทางการเงินตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดผลพลได้

1. มีระบบการประเมินความต้องการใช้ทรัพยากร งบประมาณของหน่วยบริการที่ดำเนินการได้ต่อเนื่อง ภายในปี 2552
2. มีหน่วยงานดูแลภาพรวมและบริหารจัดการจัดสรรงบประมาณสู่หน่วยบริการ และศึกษาผลกระทบในระดับส่วนกลาง ภายในปี 2551 และระดับเขต ภายในปี 2554

แนวทางการดำเนินงาน

- 2.3.1 พัฒนาระบบการประเมินความต้องการการใช้ทรัพยากร งบประมาณของหน่วยบริการ โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับหน่วยบริการระดับอื่นๆ และหน่วยบริหารส่วนกลาง รวมทั้งการศึกษาวិจัยต้นทุน
- 2.3.2 พัฒนาระบบการสะท้อนกลับจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถึงระดับอื่นๆ ถึงความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ
- 2.3.3 กำหนดให้มีหน่วยงาน/องค์กรที่ดูภาพรวมของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ สู่หน่วยบริการและศึกษาผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนพัฒนาเกณฑ์จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 2.4 พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆของพื้นที่

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.กำหนด ภายในปี 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีกรอบมาตรฐานคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ภายในปี 2551
2. ร้อยละ 80 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/หน่วยบริหารอื่น มีพี่เลี้ยงเพื่อการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกจังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ 4 คน ภายใน 5 ปี
3. มีระบบการติดตาม และพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐานร่วมกับองค์กรภายนอกที่ทำหน้าที่กำกับคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

แนวทางการดำเนินงาน

- 2.3.1 พัฒนาระบบการประเมินความต้องการการใช้ทรัพยากร งบประมาณของหน่วยบริการ โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับหน่วยบริการระดับอื่นๆ และหน่วยบริหารส่วนกลาง รวมทั้งการศึกษาวิจัยต้นทุน
- 2.3.2 พัฒนาระบบการสะท้อนกลับจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิถึงระดับอื่นๆ ถึงความเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ
- 2.3.3 กำหนดให้มีหน่วยงาน/องค์กรที่ดูภาพรวมของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ สู่หน่วยบริการและศึกษาผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนพัฒนาเกณฑ์จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เหมาะสม



กลยุทธ์ที่ 2.5

สนับสนุนการประสานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และระหว่างพื้นที่ เพื่อการช่วยเหลือ และสนับสนุนการพัฒนาระหว่างกัน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละ 50 ของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำความรู้ และ ประสบการณ์การทำงานจากการแลกเปลี่ยนมาพัฒนาบริการให้มีคุณภาพ อย่างมีความสุข
2. ร้อยละ 30 ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ (CUP) มีการพัฒนาการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดผลพลได้

1. เกิดเครือข่ายเรียนรู้การพัฒนาาร่วมกันระหว่างเครือข่ายหน่วย บริการประจำ (CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 2.5.1 สนับสนุน กระตุ้นให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการติดต่อ สื่อสาร ประชุมแลกเปลี่ยนกันเป็นกลุ่มในระดับ อำเภอ จังหวัด ทั้งในด้านการบริการ การส่งต่อ วิชาการ การเรียนรู้และ การพัฒนารูปแบบงาน
- 2.5.2 จัดประชุม แลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่าย ในระดับภาค ประเทศ

กลยุทธ์ที่ 2.6

พัฒนาการบริหารจัดการการส่งต่อ (ส่งไปและส่งกลับให้ดูแลต่อเนื่อง) และการประสานบริการ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาความจำเป็นของผู้ป่วย (ทั้งส่งไปและส่งกลับ) ตามมาตรฐานกลาง
2. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลส่งต่อที่เหมาะสมตามมาตรฐานกลาง
3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในผลประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้บริการ

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีหน่วยบริหารการส่งต่อในระดับเขต (ที่ครอบคลุมถึงระดับตติยภูมิ) ครอบคลุมพื้นที่ ภายในปี 2552
2. มีระบบ/แนวปฏิบัติการส่งต่อภายในเครือข่ายที่ชัดเจน (รวมถึงตติยภูมิ) และสอดคล้องกับมาตรฐานกลาง ในปัญหาที่พบบ่อย ภายใน 5 ปี
3. มีอัตราการจ่ายค่าบริการส่งต่อที่ทบทวนใหม่ให้เหมาะสม สอดคล้องกับต้นทุนบริการ ภายในปี 2552

แนวทางการดำเนินงาน

- 2.6.1 กำหนดให้มีหน่วยบริหาร/หน่วยประสานงานการส่งต่อในระดับเขต (เครือข่ายรวมถึงหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิ) และกำหนดแนวปฏิบัติภายในเครือข่าย ทั้งกลุ่มผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยทั่วไป
- 2.6.2 ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ(ข้อมูลและผู้รับบริการ) และจัดแนวปฏิบัติการส่งต่อภายในเครือข่ายระดับเขต และระดับจังหวัด ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 2.6.3 ทบทวนการจ่ายค่าบริการส่งต่อที่เหมาะสม (คุ้มทุน ไม่ล่าช้า) โดย
 - จัดตั้งคณะทำงานระดับพื้นที่ ทบทวนการจ่ายค่าบริการส่งต่อโดยนำข้อมูลด้านการเงิน และผู้รับบริการมาใช้ในการปรับกระบวนการบริหารจัดการค่าบริการส่งต่อที่เหมาะสม
 - มอบความรับผิดชอบร่วมให้ ผู้บริหารหน่วยบริการในพื้นที่ร่วมกันรับผิดชอบ ความอยู่รอดของระบบทั้งหมดในเครือข่าย (เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข)



กลยุทธ์ที่ 2.7

พัฒนาขีดความสามารถของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- ร้อยละ 70 ของหน่วยบริหารระดับจังหวัด และส่วนกลางมีการใช้ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับเกณฑ์ที่มีการกำหนดร่วมกัน
- ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายมีการใช้ระบบข้อมูลเพื่อวางแผน พัฒนาการจัดการบริการให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดผลผลิต

- ร้อยละ 80 ของหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้องและหน่วยบริการมีระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถใช้ร่วมกันได้ ภายในปี 2554
- มีหน่วยงานส่วนกลางที่ดูแลรับผิดชอบบริหารจัดการระบบข้อมูลและบริการข้อมูล สารสนเทศในด้านต่างๆ ภายในปี 2552
- ร้อยละ 70 ของบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลระบบข้อมูล มีความรู้ทักษะในการบริหารจัดการข้อมูลเพิ่มขึ้น ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.7.1 กำหนดฐานข้อมูลสำคัญ data set ที่ควรมีในหน่วยบริการ และหน่วยบริหาร
 - หน่วยบริการควรมีข้อมูลที่แสดงสถานะขององค์กร ต้นทุน และข้อมูลเพื่อการจัดการบริการ ได้แก่ ข้อมูลผู้รับบริการ และฐานข้อมูลประชากร ข้อมูลชุมชนเพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น
 - หน่วยบริหารควรมีข้อมูลสถานะของหน่วยปฐมภูมิในความรับผิดชอบทั้งในด้านการเงิน และผลลัพธ์งาน
- 1.7.2 พัฒนาการบริหารจัดการข้อมูลระดับจังหวัด/เขตพื้นที่ และระดับหน่วยบริการ
- 1.7.3 พัฒนาให้มีหน่วยงาน/องค์กรบริการข้อมูลในด้านต่างๆ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการฐานข้อมูลและใช้ข้อมูล (ทั้งคนใช้ข้อมูลระดับประเทศ และระดับปฏิบัติการในหน่วยบริการ)

กลยุทธ์ที่ 2.8

พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล เพื่อการตัดสินใจทางการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริหารสามารถติดตาม ประเมินผลการบริการและการบริหารได้ตามแผนที่หน่วยงานนั้นๆ กำหนด

ตัวชี้วัดผลผลิต

- ร้อยละ 60 ของหน่วยบริหารในระดับพื้นที่ (เขต สสจ. อำเภอ) มีตัวชี้วัดกระบวนการและตัวชี้วัดผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
- ร้อยละ 60 ของหน่วยบริหารที่เกี่ยวข้อง (เขต สสจ. อำเภอ) มีบุคลากรที่มีทักษะในการกำกับติดตามประเมินผล
- ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการมีระบบการทบทวน ติดตาม ประเมินผลผลิต ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่องค์กรรับผิดชอบ

แนวทางการดำเนินงาน

- 1.8.1 หน่วยบริหารในระดับส่วนกลางกำหนดกรอบตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริหารระดับเขต/จังหวัดใช้เป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัด ผลผลิตและผลลัพธ์ของบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่พัฒนาผู้ให้บริการ และเทคโนโลยี (soft ware การจัดการที่ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์) ในการกำกับติดตาม ประเมินผลตามแผนงาน โครงการ ที่เป็นลักษณะเป็นพี่เลี้ยง และเสนอขอแนะนำการพัฒนาพร้อมด้วย

กรอบวงเงินงบประมาณ (หน่วย: ล้านบาท)

	2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 2.1	3.22	3.22	3.22	3.22	3.22
กลยุทธ์ที่ 2.2	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00
กลยุทธ์ที่ 2.3	1.00	3.00	5.00	5.00	5.00
กลยุทธ์ที่ 2.4	8.40	12.88	18.68	29.24	39.88
กลยุทธ์ที่ 2.5	5.28	7.00	7.00	10.50	10.50
กลยุทธ์ที่ 2.6	12.50	17.00	27.00	32.00	37.00
กลยุทธ์ที่ 2.7	3.76	9.50	14.50	18.00	18.50
กลยุทธ์ที่ 2.8	3.00	3.20	3.80	4.00	4.44
รวม	72.16	90.80	114.20	136.96	153.54



ยุทธศาสตร์ 2 : ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 2.1 เร่งรัดให้มีกลไก ประสานและบริหาร นโยบายในระดับ ประเทศเกี่ยวกับการ พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ	1. คณะกรรมการอำนวยการการ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แห่งชาติได้รับการแต่งตั้งและ ประชุมปีละ 2 ครั้ง	สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	3 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง
	2. คณะกรรมการประสานแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ ปฐมภูมิมีการประชุมปีละ 4 ครั้ง		4 ครั้ง	4 ครั้ง	4 ครั้ง	4 ครั้ง	4 ครั้ง
	3. มีหน่วยงานที่ถูกกำหนดให้ทำ หน้าที่เป็นทีมเลขานุการของคณะ กรรมการอำนวยการการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ		1 หน่วย	1 หน่วย	1 หน่วย	1 หน่วย	1 หน่วย
กลยุทธ์ที่ 2.2 ปรับโครงสร้างและ กลไกการจัดการ ทุกระดับ เพื่อให้เกิด พัฒนาการ บริการ ปฐมภูมิได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	1. มีการกำหนดกลไกที่ชัดเจนที่ทำ หน้าที่ประสาน และพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิด้านต่างๆ ใน ระดับส่วนกลาง เขตพื้นที่ จังหวัด อำเภอ ตำบลภายในปี 2551	พหุภาคีร่วม ● สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ร่วมกับ ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ● องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น ● กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น	13 เขต	13 เขต	13 เขต	13 เขต	13 เขต
	2. มีแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และ หน่วยบริหารที่เกี่ยวข้องครบทุก จังหวัดภายใน 5 ปี		76 จว.	76 จว.	76 จว.	76 จว.	76 จว.
	3. มีแนวปฏิบัติเพื่อสนับสนุนและ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิใน ระดับต่างๆ ภายในปี 2552						
	4. มีโครงสร้างและแนวทางบริหาร ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตเมือง และชนบทภายในปี 2552						

ยุทธศาสตร์ 2 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 2.3 ปรับปรุงการบริหาร จัดการระบบงบประมาณให้สอดคล้อง กับบริบท	1. มีระบบการประเมินความต้องการ ใช้ทรัพยากร งบประมาณของ หน่วยบริการที่ดำเนินการได้ ต่อเนื่องภายในปี 2552	<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ 	1 ระบบ	1 ระบบ	4 ระบบ	4 ระบบ	4 ระบบ
	2. มีหน่วยงานดูแลภาพรวมและ บริหารจัดการจัดสรรงบประมาณ สู่หน่วยบริการและศึกษาผล กระทบ ในระดับส่วนกลางภายใน ปี 2551 และระดับเขต ภายในปี 2554		1 ภาค	4 ภาค	4 ภาค	13 เขต	13 เขต
กลยุทธ์ที่ 2.4 พัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ให้สอดคล้อง กับบริบทต่าง ๆ ของ พื้นที่	1. มีกรอบมาตรฐานคุณภาพของ หน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถนำ ไปประยุกต์ใช้ได้ ภายในปี 2551	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	1	ปรับ	ทบทวน	ปรับ	ประเมิน
	2. ร้อยละ 80 ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด/หน่วยบริการ อื่น มีพี่เลี้ยงเพื่อการพัฒนา คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในทุกจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 4 คน ภายใน 5 ปี		40%	50%	60%	70%	80%
	3. มีระบบติดตาม และพัฒนา คุณภาพตามกรอบมาตรฐาน ร่วมกับองค์กรภายนอกที่ทำหน้าที่ กำกับคุณภาพ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ						100 CUP
กลยุทธ์ที่ 2.5 สนับสนุนการประสาน เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิในพื้นที่ และระหว่างพื้นที่เพื่อ การช่วยเหลือ และสนับสนุนการ พัฒนาระหว่างกัน	1. เกิดเครือข่ายเรียนรู้การพัฒนา ร่วมกันระหว่างเครือข่ายหน่วย บริการประจำ (CUP) ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด ภายใน 5 ปี	<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข 	20%	25%	30%	40%	50%



ยุทธศาสตร์ 2 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 2.6 พัฒนาการบริหาร จัดการการส่งต่อ (ส่งไปและส่งกลับให้ดู แลต่อเนื่อง) และการ ประสานบริการ	1. มีหน่วยบริหารการส่งต่อในระดับ เขต (ที่ครอบคลุมถึงระดับ ตติยภูมิ) ครอบคลุมพื้นที่ ภายในปี 2552	<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข 	13 หน่วย	13 หน่วย	13 หน่วย	13 หน่วย	13 หน่วย
	2. มีระบบ/แนวปฏิบัติการส่งต่อ ภายในเครือข่ายที่ชัดเจน(รวมถึง ตติยภูมิ) และสอดคล้องกับ มาตรฐานกลาง ในปัญหาที่พบ บ่อย ภายใน 5 ปี		10 เรื่อง	20 เรื่อง	40 เรื่อง	50 เรื่อง	60 เรื่อง
	3. มีอัตราการจ่ายค่าบริการส่งต่อ ที่ทบทวนใหม่ให้เหมาะสม สอดคล้องกับต้นทุนการบริการ ภายในปี 2552		ทบทวน	ปรับ	ปรับ	ปรับ	ปรับ
กลยุทธ์ที่ 2.7 พัฒนาขีดความสามารถ ของระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการที่ มีประสิทธิภาพ	1. ร้อยละ 80 ของหน่วยบริหารที่ เกี่ยวข้องและหน่วยบริการมีระบบ ฐานข้อมูลกลางที่สามารถใช้ร่วม กันได้ภายในปี 2554	<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข 	50%	60%	70%	80%	80%
	2. มีหน่วยงานส่วนกลางดูแลรับผิดชอบ บริหารจัดการระบบข้อมูล และบริการข้อมูล สารสนเทศใน ด้านต่างๆ ภายใน 2552		1 หน่วย	4 หน่วย	13 หน่วย	13 หน่วย	13 หน่วย
	3. ร้อยละ 70 ของบุคลากรที่รับผิดชอบ ดูแลระบบข้อมูล มีความรู้ ทักษะในการบริหารจัดการข้อมูล เพิ่มขึ้นภายใน 5 ปี		40%	45%	50%	60%	70%
กลยุทธ์ที่ 2.8 พัฒนาระบบการ ติดตามและประเมินผล เพื่อการตัดสินใจทาง การบริหารอย่างมี ประสิทธิผล	ร้อยละ 60 ของหน่วยบริหารใน ระดับพื้นที่ (เขต สสจ. อำเภอ) <ul style="list-style-type: none"> มีตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของหน่วยมี มีบุคลากรที่มีทักษะในการกำก้า ติดตามและประเมินผล มีการทบทวน ประเมินผลลัพธ์ การดูแลสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ 	40%	45%	50%	55%	60%

ยุทธศาสตร์ 3 : ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากร ที่หลากหลายสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริบท ของพื้นที่

เป้าประสงค์ : หน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย
มีบุคลากรที่มีคุณภาพตามเกณฑ์
มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาย้อยละ
70 ภายในปีงบประมาณ 2554 และมี
บุคลากรเสริมร่วมปฏิบัติงานให้ได้ตาม
มาตรฐานร้อยละ 80

ตัวชี้วัด : หน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมี
บุคลากรที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
และมีจำนวนที่พอเพียง

เป้าหมาย มาตรฐานกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในปีงบประมาณ 2554

- 1) ร้อยละ 70 ของสถานีอนามัย หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์
สุขภาพชุมชน มีบุคลากรสาธารณสุขพื้นฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ
บุคลากรสาธารณสุข 1 : 1,250 ประชากร และ พยาบาลวิชาชีพ 1 :
5,000 ประชากร
- 2) ร้อยละ 80 ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) มีแพทย์ ทันตแพทย์
เป็นที่ปรึกษาการให้บริการ สนับสนุน และร่วมให้บริการสุขภาพกับหน่วย
บริการปฐมภูมิในเครือข่าย ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ 1 : 10,000 แต่
ในกรณีพื้นที่ชนบท ทุกกันดาร ให้มีแพทย์ ทันตแพทย์ ไม่น้อยกว่า 1 :
20,000 ประชากร
- 3) มีสถานีอนามัย/สถานพยาบาลที่ดูแลประชากรมากกว่า 10,000 คน
หรือที่ตั้งในจุดชุมทาง เป็นเครือข่ายดูแลบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วย
บริการปฐมภูมิในพื้นที่ข้างเคียง ที่ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน
จำนวน 1000 แห่ง มีบุคลากรพื้นฐานตามมาตรฐาน และมีแพทย์ ทันต
แพทย์ เภสัชกรให้บริการประจำทุกวัน หรือ ไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
- 4) ร้อยละ 80 ของอำเภอมีบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นๆ ได้แก่ เทคนิค
การแพทย์ กายภาพบำบัด อายุรเวท โภชนากร ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา
สนับสนุน และร่วมให้บริการสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในทุกอำเภอ
- 5) มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมจัดบริการปฐมภูมิ
ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของทั้งหมด
- 6) มีบุคลากรสาขาผู้ช่วยอื่นๆ เช่น ผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ
ร่วมให้บริการสุขภาพแก่ประชากรเป้าหมายตามบริบทของพื้นที่
- 7) ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ
ปฐมภูมิ ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะการให้บริการพื้นฐาน
ที่จำเป็นของการให้บริการปฐมภูมิ และมีการพัฒนาต่อเนื่องทุกปี
- 8) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน มีบทบาทร่วมในการ
สนับสนุนการผลิต และการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
หน่วยบริการปฐมภูมิ



กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 3.1

เร่งพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากร เพื่อให้เกิดการกระจายที่เหมาะสมและเป็นธรรม เสริมสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรสามารถดำรงอยู่ได้ในระบบ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. อัตราการคงอยู่/ อัตราหมุนเวียนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่บริหารจัดการให้มีบุคลากรให้บริการปฐมภูมิเพียงพอต่อภาระงาน

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีแผนกำลังคนสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิตัวชาติ ภายใน 2 ปี
2. ร้อยละ 90 ของจังหวัดที่มีการจัดทำแผนกำลังคนของหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการใช้แผนภายใน 5 ปี
3. ร้อยละ 100 ของผู้รับผิดชอบบริหารจัดการกำลังคนในระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการที่ได้รับการเสริมศักยภาพ ภายใน 5 ปี
4. กฎ/ระเบียบด้านการบริหารจัดการกำลังคนที่ได้รับการปรับให้เอื้อต่อการจ้างงานที่หลากหลาย และร่วมมือกับเอกชน ท้องถิ่นได้เพิ่มมากขึ้น ปีละ 2 เรื่อง

แนวทางการดำเนินงาน

- 3.1.1 ผลักดันให้มีนโยบายและแผนการผลิตและกระจายบุคลากรเพื่อระบบบริการปฐมภูมิทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
- 3.1.2 ปรับหลักเกณฑ์และมาตรการการกระจายบุคลากรที่สร้างความเป็นธรรม สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (ทั้งจำนวน-ประเภทตามความต้องการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เมือง ชนบท เขตทุรกันดาร)
- 3.1.3 กำหนดตำแหน่งรองรับผู้จบการศึกษาในสาขาที่ขาดแคลน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล นักกายภาพบำบัด และปรับกรอบสายความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.1.4 จัดระบบบริหารจัดการให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างยาวนาน (Retention) และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient productivity)

- กำหนดเส้นทางความก้าวหน้าของบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน(Carrier ladder)
- การกำหนดตำแหน่งรองรับผู้ที่จบการศึกษาเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคง
- กำหนดเกณฑ์ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสมและเป็นธรรม ที่สะท้อนปริมาณและคุณภาพงานที่รับผิดชอบและสภาพพื้นที่
- กำหนดระบบสวัสดิการเพิ่มเติมพิเศษให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัยหรือพื้นที่ห่างไกล
- เสริมศักยภาพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกำลังคน (Personnel management system) ในระดับจังหวัด และหน่วยบริการให้สามารถวางแผน และบริหารจัดการกำลังคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.5 ปรับ กฎระเบียบต่างๆ (Laws / Regulations) ที่เอื้อต่อการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคน ได้แก่

- ส่งเสริมและสนับสนุนระบบจ้างงาน เพื่อแก้ปัญหาค่าขาดแคลนบุคลากร การจ้างงานบุคลากรเพิ่มเพื่อปฏิบัติงานใน PCU เช่น การรับผู้ทีลาออกหรือเกษียณอายุกลับเข้าทำงาน การจ้างอาสาสมัคร
- การใช้ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน ระหว่างรัฐ เอกชน และท้องถิ่น สนับสนุนให้มีเครือข่าย/องค์กรวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ประสานงาน ดูแลบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ช่วยเหลือกันภายใน และเป็นการพัฒนาวิชาการด้านวิชาชีพ



กลยุทธ์ที่ 3.2

สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละ 50 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนสนับสนุนทุนเพื่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีแนวทางปฏิบัติสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ภายใน 1 ปี
2. มีข้อตกลงการร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานพยาบาล และสถาบันการศึกษาในการผลิต และพัฒนาบุคลากรในบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 50 ภายใน 2 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 3.2.1 รวบรวม สรุปบทเรียนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทร่วมในการสนับสนุนการผลิต และพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้บริการปฐมภูมิ
- 3.2.2 จัดทำแนวทางปฏิบัติให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุข ในการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการผลิตและบริหารจัดการบุคลากร
- 3.2.3 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและดำเนินการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนสนับสนุนทุนในระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรในพื้นที่
- 3.2.4 จัดทำแนวทางการบริหารจัดการบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ ที่เป็นการร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานพยาบาล
 - ระบบการจ้างงาน
 - มีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการ การวางแผนการกระจาย ฯลฯ

กลยุทธ์ที่ 3.3 สนับสนุนและพัฒนาการผลิตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เพียงพอ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรที่ได้จากการผลิตสามารถปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง (ไม่น้อยกว่า 5 ปี) ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีนโยบายและแผนการสนับสนุนการผลิตบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 50 ภายใน 2 ปี
2. มีการสนับสนุนทุนการผลิตบุคลากรเพื่อบริการปฐมภูมิ จากภาคท้องถิ่นและเอกชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมด
3. มีหลักสูตรการผลิตที่มีการปรับปรุง พัฒนาให้สอดคล้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 90
4. การผลิต และกระจายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี
5. การผลิต และกระจายพยาบาลเพื่อไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยหนึ่งคนต่อแห่ง ภายใน 5 ปี
6. การผลิตแพทย์ด้วยวิธีการพิเศษที่สนับสนุนให้แพทย์ไปร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นปีละ 100 คน ในระยะ 5 ปี
7. การผลิตบุคลากรประเภทอื่นๆ ที่สนับสนุนการบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นได้ตามแผนที่กำหนด ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 3.3.1 จัดทำนโยบายและแผนการผลิตบุคลากรเพื่อระบบบริการปฐมภูมิทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในระดับปริญญา และหลังปริญญา
 - ผลักดันให้มีนโยบายและแผนการผลิตบุคลากรสาขาต่างๆที่จำเป็น เพื่อระบบบริการปฐมภูมิ (แผน 5 ปี)
 - นโยบายปรับระบบทุนสนับสนุนการผลิตบุคลากรในสาขาที่มีความจำเป็นโดยให้ตั้งงบประมาณที่หน่วยบริการแทนสถาบันการศึกษา



- 3.3.2 พัฒนาระบบการผลิต (คัดเลือก การจัดหลักสูตร การเรียนการสอน) ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ที่สามารถผลิตบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจ และคงอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้
- พัฒนาหลักสูตรและกระบวนการผลิตให้สอดคล้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่
หลักสูตรพยาบาล : สาขาพยาบาลชุมชน
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ปริญญาตรี : นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
หลักสูตรประกาศนียบัตร สาขาพนักงานอนามัย ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน
หลักสูตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว
หลักสูตรแพทย์วิชิพิเศษ ที่คัดเลือกนักศึกษาจากพื้นที่ชนบท หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - พัฒนาต่อยอดและยกระดับบางสายงานให้มีศักยภาพมากขึ้นเพื่อลดความขาดแคลนในบางสายงาน และการสอบเทียบวุฒิจากประสบการณ์การทำงาน (เช่น นักวิชาการสาธารณสุข การต่อยอดทันตภิบาล และการศึกษาต่อเป็นแพทย์)
 - พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการผลิตของสถาบันการผลิตทั้งภาครัฐและเอกชน
- 3.3.3 สนับสนุนและพัฒนาการผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วย ที่ร่วมทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อื่นๆ เช่น ผู้ดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ
- พัฒนามาตรฐานการผลิตและสมรรถนะในการปฏิบัติงาน
 - พัฒนาระบบกำกับคุณภาพการผลิตและการประกอบอาชีพ
- 3.3.4 สนับสนุนและพัฒนาการผลิตบุคลากรในสาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพื่อร่วมให้บริการ เช่น แพทย์แผนไทย
- พัฒนามาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการผลิต
 - พัฒนาระบบการควบคุมกำกับการผลิตและการประกอบวิชาชีพ
- 3.3.5 สนับสนุนระบบการผลิตแบบมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคท้องถิ่น เพื่อให้มีบุคลากรไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์

กลยุทธ์ที่ 3.4 สร้างเสริมขีดความสามารถของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- ร้อยละ 80 ของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม ภายในปีงบประมาณ 2554 (พัฒนาตัวชี้วัดและการประเมิน)

ตัวชี้วัดผลผลิต

- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่หลักและ core competency ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน 1 ปี
- ร้อยละ 90 ของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาตามแผนภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 3.4.1. กำหนดบทบาทหน้าที่ และ core competency ของผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกัน
- 3.4.2. จัดทำแผนและงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีสมรรถนะสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละบริบท (ตั้งแต่เริ่มเข้าทำงานจนถึงระหว่างปฏิบัติงาน)
- 3.4.3. กำหนดให้มีการกั้นงบประมาณของหน่วยบริการเพื่อการพัฒนาบุคลากร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณในการจัดบริการทั้งหมด
- 3.4.4. ใช้การประเมิน performance เป็นกลไกในการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ความก้าวหน้า และค่าตอบแทน และการพัฒนาความรู้เพื่อเสริมสมรรถนะ
- 3.4.5. เสริมศักยภาพของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทุกระดับ(ทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และเครือข่ายบริการ) ให้เข้าใจเอกลักษณ์และคุณลักษณะสำคัญของงานบริการปฐมภูมิ และมีทักษะการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- 3.4.6. เสริมความรู้ และทักษะที่เหมาะสมให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ
 - ส่งเสริมการพัฒนาด้านวิชาการของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง
 - ส่งเสริมให้มีเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบวงเงินงบประมาณ (หน่วย: ล้านบาท)

	2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 3.1	8.65	15.66	21.34	19.28	27.52
กลยุทธ์ที่ 3.2	2.50	0.50	1.20	0.50	1.20
กลยุทธ์ที่ 3.3	144.16	282.82	406.98	524.14	419.98
กลยุทธ์ที่ 3.4	83.25	83.25	83.25	83.25	83.25
รวม	238.56	381.93	512.47	626.87	531.95



ยุทธศาสตร์ 3 : ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรที่หลากหลายสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริบทของพื้นที่

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 3.1 เร่งพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรเพื่อให้เกิดการกระจายที่เหมาะสมและเป็นธรรม เสริมสร้างขวัญกำลังใจ	1. มีแผนกำลังคนสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิระดับชาติภายใน 2 ปี	ภาคีร่วมระหว่าง <ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพต่างๆ 	1	ปรับ	ติดตาม	ติดตาม	ประเมิน
	2. ร้อยละ 90 ของจังหวัดมีการจัดทำแผนกำลังคนของหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการใช้แผนภายใน 5 ปี		70%	80%	90%	90%	90%
	3. ร้อยละ 100 ของผู้รับผิดชอบบริหารจัดการกำลังคนในระดับจังหวัด และระดับหน่วยบริการได้รับการเสริมศักยภาพภายใน 5 ปี		70%	80%	90%	100%	100%
	4. กฎ/ระเบียบด้านการบริหารจัดการกำลังคนที่ได้รับการปรับให้เอื้อต่อการจ้างงานที่หลากหลาย และร่วมมือกับเอกชน ท้องถิ่นได้เพิ่มมากขึ้นอย่างน้อยปีละ 2 เรื่อง		2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง	2 เรื่อง
กลยุทธ์ที่ 3.2 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	1. มีแนวทางปฏิบัติสำหรับ อปท. ในการสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขภายใน 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข 	1	1	ทบทวน/ปรับ	1	ประเมิน/ปรับ
	2. มีข้อตกลงการร่วมมือระหว่าง อปท. กับสถานพยาบาล และสถาบันการศึกษาในการผลิตและพัฒนาบุคลากรในบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 50 ของตำบลภายใน 5 ปี		10%	20%	30%	40%	50%

ยุทธศาสตร์ 3 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 3.3 สนับสนุนและ พัฒนาการผลิต บุคลากรด้วยวิธีการที่ หลากหลายและให้ทุก ภาคส่วนมีส่วนร่วม	1. มีนโยบายและแผนการสนับสนุน การผลิตบุคลากรเพื่อปฏิบัติงาน ในหน่วยปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 50 ภายใน 2 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุข ● คณะกรรมการอุดมศึกษา แห่งชาติ ● องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ● กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น ● สปสช. ● สถาบันการผลิตบุคลากร ด้านสาธารณสุข ● คณะกรรมการอุดมศึกษา แห่งชาติ ● กระทรวงสาธารณสุข ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ● องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น 	1 แผน	ทบทวน	ปรับ	ปรับ	ประเมิน ผล
	2. มีการสนับสนุนทุนการผลิต บุคลากรเพื่อบริการปฐมภูมิจาก ภาคท้องถิ่นและเอกชนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมด		10%	20%	30%	40%	50%
	3. หลักสูตรการผลิตที่มีการปรับปรุง พัฒนาให้สอดคล้องกับระบบ บริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นร้อยละ 90		50%	60%	70%	80%	90%
	4. การผลิต และกระจายเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อไปปฏิบัติงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์ มาตรฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี		40%	50%	60%	70%	80%
	5. การผลิต และกระจายพยาบาล เพื่อไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิตั้งน้อยหนึ่งคนต่อแห่ง ภายใน 5 ปี		50%	60%	65%	70%	75%
	6. การผลิตแพทย์ด้วยวิธีการพิเศษที่ สนับสนุนให้แพทย์ไปร่วมเป็นทีม ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นปีละ 100 คน ในระยะ 5 ปี		พัฒนา หลักสูตร	ทดลอง	ติดตาม	ทบทวน	ประเมิน ผล
	7. การผลิตบุคลากรประเภทอื่นๆ ที่สนับสนุนการบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นได้ตามแผน ภายใน 5 ปี		40%	50%	60%	70%	80%



ยุทธศาสตร์ 3 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 3.4 สร้างเสริมขีดความสามารถ ของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับ ระบบบริการปฐมภูมิ	1. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่หลัก และ core competency ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ภายใน 1 ปี	<ul style="list-style-type: none">กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติผู้แทนองค์กรวิชาชีพ ต่างๆ	1 ชุด		ทบทวน / ปรับ		ประเมิน / ปรับ
	2. ร้อยละ 90 ของบุคลากรในหน่วย บริการปฐมภูมิ และผู้บริหารที่ เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาตาม แผนภายใน 5 ปี		50%	60%	70%	80%	90%

ยุทธศาสตร์ 4 : สร้างการยอมรับ คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ ระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ : คุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นที่รับรู้และยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในกลุ่มวิชาชีพและประชาชน

ตัวชี้วัด : ผู้ให้บริการ (ทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง) ภาคภูมิใจในคุณค่าและศักดิ์ศรีของระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 80 ภายในปีพ.ศ. 2554

: ประชาชนรับรู้ เข้าใจ และยอมรับเอกลักษณ์ของบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป้าหมายร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ.2554

กลยุทธ์หลัก มีดังนี้

- 4.1 เสริมสร้างเครือข่ายวิชาชีพ และร่วมกันสร้างคุณค่า อุดมการณ์บริการปฐมภูมิ (วิชาชีพ: หมออนามัย พยาบาลชุมชน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ชุมชน)
- 4.2 พัฒนาการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนมีทัศนคติที่ดี เข้าใจและยอมรับในคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ
- 4.3 ส่งเสริม สนับสนุนการร่วมมือของเครือข่ายวิชาชีพ ประชาชน องค์กรภาคีต่างๆ ในการพัฒนานโยบาย และระบบสนับสนุนบริการปฐมภูมิ
- 4.4 รณรงค์ค่านิยมในการดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองของประชาชน



กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 4.1 เสริมสร้างเครือข่ายวิชาชีพ และร่วมกันสร้างคุณค่า อุดมการณ์บริการปฐมภูมิ (วิชาชีพ : หมออนามัย พยาบาลชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ชุมชน)

เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในแต่ละวิชาชีพ และการประสานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อช่วยกันพัฒนาให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจ เห็นถึงคุณค่า อุดมการณ์บริการปฐมภูมิ มีกระบวนการแลกเปลี่ยน ให้กำลังใจกัน และช่วยกันพัฒนา บริการที่รับผิดชอบต่อผู้มีคุณภาพ เป็นไปตามอุดมการณ์ของบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. เครือข่ายวิชาชีพมีแผนงานเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับอุดมการณ์
2. ผู้ให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิมีความภูมิใจในคุณค่า ศักดิ์ศรี ของระบบบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีเครือข่ายวิชาชีพ (หมออนามัย พยาบาลชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ชุมชน) ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทุกจังหวัด ภายใน 5 ปี
2. มีฐานข้อมูลสมาชิกเครือข่ายวิชาชีพ ในทุกกลุ่ม ทุกจังหวัด

แนวทางการดำเนินงาน

- 4.1.1 ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับเขต และระดับจังหวัดเพื่อร่วมกันจัดทำ

กลยุทธ์ที่ 4.2

พัฒนาการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนมีทัศนคติที่ดี เข้าใจและยอมรับในคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ

เป็นการพัฒนา และนำการสื่อสารสาธารณะรูปแบบต่างๆ มาใช้เพื่อทำให้บุคลากรสาธารณสุข ทั้งที่เป็นผู้บริหาร ผู้ให้บริการ กลุ่มวิชาชีพอื่น ได้ตระหนัก เข้าใจถึงคุณค่า เอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ จนเป็นที่ยอมรับ และ สร้างให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นถึงศักดิ์ศรีในการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มต่าง ๆ (ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ กลุ่มวิชาชีพอื่น) มีทัศนคติที่ดี และมีความเข้าใจในคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ
2. ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายเข้าใจและยอมรับคุณค่าและเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ
3. กลุ่มเป้าหมายใช้ข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิที่ดี / นวัตกรรมบริการปฐมภูมิ ในลักษณะต่างๆ ที่ทันสมัย

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีแผนงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ที่สะท้อนเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิกับผู้บริหาร ประชาชน และผู้ให้บริการ ภายใน 1 ปี
2. มีแหล่งการเรียนรู้เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิที่ดี / นวัตกรรมบริการปฐมภูมิ จำนวน 30 แหล่ง ภายใน 5 ปี
3. ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่ได้รับรู้โดยผ่านสื่อต่างๆ ที่กำหนดไว้ในแผน



กลยุทธ์ที่ 4.3

ส่งเสริม สนับสนุนการร่วมมือของเครือข่ายวิชาชีพ ประชาชน องค์กรภาคีต่างๆ
ในการพัฒนานโยบาย และพัฒนาระบบที่สนับสนุนบริการปฐมภูมิ

เป็นการประสานและพัฒนาเครือข่ายวิชาชีพให้มีความเข้มแข็ง สามารถรวบรวมปัญหาสถานการณ์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ นำเสนอต่อสาธารณะให้เข้าใจ และสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบายระดับต่างๆ พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. มีนโยบายด้านการจัดสรรกำลังคน และงบประมาณที่สนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ที่เครือข่ายวิชาชีพ และภาคีต่างๆ ได้ร่วมกำหนด และนำไปบูรณาการกับแผนอื่นๆ

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนา “เสียง” ของวิชาชีพบริการปฐมภูมิ ให้เป็น “นโยบาย” ภายใน 2 ปี
2. ร้อยละ 70 ของความเห็น ความต้องการของวิชาชีพบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับการพัฒนาเป็นนโยบาย
3. มีรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงความต้องการด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิที่ได้รับการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

กลยุทธ์ที่ 4.4 หนุนรงค์ค่านิยมในการดูแลสุขภาพและฟิตตนเองของประชาชน

เป็นการรณรงค์ สื่อสารสาธารณะด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีค่านิยมและมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น มีทักษะที่ฟิตตนเอง และเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม เข้าใจถึงบริการสุขภาพระดับต่างๆ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ประชาชนมีค่านิยมในการดูแลสุขภาพและฟิตตนเองได้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายในปี 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีแผนงานเพื่อเสริมสร้างค่านิยมในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ภายใน 1 ปี
2. มีแหล่งข้อมูล กลไกต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่ประชาชนใช้ได้ เพิ่มขึ้น ปีละ 4 แหล่ง

กรอบวงเงินงบประมาณ (หน่วย : ล้านบาท)

	2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 4.1	1.50	2.00	2.00	2.00	2.00
กลยุทธ์ที่ 4.2	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
กลยุทธ์ที่ 4.3	ใช้งบประมาณร่วมกับ 4.2				
กลยุทธ์ที่ 4.4	2.00	2.50	3.00	3.50	3.50
รวม	8.50	9.50	10.00	10.50	10.50

ยุทธศาสตร์ 4 : สร้างการยอมรับ คุณค่า คักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 4.1 เสริมสร้างเครือข่าย วิชาชีพ และร่วมกัน สร้างคุณค่า อุดมการณ์ บริการปฐมภูมิ	1. มีเครือข่ายวิชาชีพ ครอบคลุม ทุกกลุ่ม ทุกจังหวัด ภายใน 5 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรวิชาชีพ ● กระทรวงสาธารณสุข 	1 เครือข่าย	2 เครือข่าย	3 เครือข่าย	4 เครือข่าย	5 เครือข่าย
	2. มีฐานข้อมูลสมาชิกเครือข่าย วิชาชีพ ในทุกกลุ่ม ทุกจังหวัด		1 ฐานข้อมูล	1 ฐานข้อมูล	1 ฐานข้อมูล	1 ฐานข้อมูล	1 ฐานข้อมูล
กลยุทธ์ที่ 4.2 พัฒนาการสื่อสาร สาธารณะที่สนับสนุนให้ บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนมีทัศนคติ ที่ดี เข้าใจและยอมรับ ในคุณค่า คักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ระบบ บริการปฐมภูมิ	1. มีแผนงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ที่สะท้อนเอกลักษณ์ และสร้างความเข้าใจในคุณค่า เอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ กับผู้บริหาร ประชาชน และผู้ให้ บริการภายใน 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุข ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ● องค์กรวิชาชีพ 	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน
	2. มีแหล่งการเรียนรู้เกี่ยวกับบริการ ปฐมภูมิที่ดี / นวัตกรรมบริการ ปฐมภูมิจำนวน 30 แหล่งใน 5 ปี		4 แหล่ง	10 แหล่ง	15 แหล่ง	20 แหล่ง	30 แหล่ง
	3. ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ ได้รับรู้โดยผ่านสื่อต่างๆ ที่กำหนดไว้ในแผน		80%	85%	90%	95%	100%
กลยุทธ์ที่ 4.3 ส่งเสริม สนับสนุนการ ร่วมมือของเครือข่าย วิชาชีพ ประชาชน องค์กรภาคีต่างๆ ในการพัฒนานโยบาย และระบบสนับสนุน บริการปฐมภูมิ	1. มีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนา “เสียง” ของวิชาชีพบริการปฐมภูมิ ให้เป็น “นโยบาย” ภายใน 2 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุข ● สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ● องค์กรวิชาชีพ 	1 แผน	1 แผน	1 แผน	1 แผน	1 แผน
	2. ร้อยละ 70 ของความเห็น ความต้องการของวิชาชีพบริการ ปฐมภูมิที่ได้รับการพัฒนาเป็น นโยบาย		60%	70%	80%	90%	95%
	3. มีรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลที่ แสดงความต้องการด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสาธารณสุข ได้รับการสังเคราะห์เป็นข้อเสนอ เิงนโยบาย		1 ชุดรายงาน	1 ชุดรายงาน	1 ชุดรายงาน	1 ชุดรายงาน	1 ชุดรายงาน

ยุทธศาสตร์ 4 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 4.4 รณรงค์ค่านิยมในการ ดูแลสุขภาพและ พึ่งตนเองของ ประชาชน	1. มีแผนงานเพื่อเสริมสร้างค่านิยม ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น อย่างเหมาะสม ภายใน 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ 	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน	1 แผนงาน
	2. มีแหล่งข้อมูล กลไกต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ตนเองสำหรับประชาชนกลุ่ม ต่างๆ ที่ประชาชนใช้ได้ เพิ่มขึ้นปีละ 4 แหล่ง		3 แหล่ง	7 แหล่ง	11 แหล่ง	15 แหล่ง	19 แหล่ง



ยุทธศาสตร์ 5 : สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์ : หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามความต้องการของประชาชนและศักยภาพของพื้นที่

ตัวชี้วัด : สัดส่วนของชุมชนได้รับบริการที่ตรงความต้องการโดยใช้ชุดความรู้และเทคโนโลยีอันเนื่องมาจากการวิจัยและพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี

กลยุทธ์หลัก มีดังนี้

1. สนับสนุน ประสานเครือข่าย สถาบันวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ
2. ส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และเครือข่ายหน่วยบริการในการจัดการความรู้ที่เป็นลักษณะเฉพาะของบริการปฐมภูมิ
3. พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ(รัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น)
4. ผสมผสานความรู้สุขภาพสาขาต่างๆ ในการจัดบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน

กลยุทธ์ที่ 5.1

สนับสนุน ประสานเครือข่าย สถาบันวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. สถาบันวิชาการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี ที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ต่อปี
2. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ พัฒนาขึ้น เพื่อบริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ และมีเอกลักษณ์ที่ ชัดเจน เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีกลไกประสานเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างและจัดการองค์ ความรู้และข้อมูลการวิจัยระดับนโยบายในส่วนกลาง และระดับ ภายใน 2 ปี
2. มีองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับการเผยแพร่จำนวน 100 เรื่อง ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 5.1.1 ประสานและพัฒนากลไกการประสานเครือข่ายการทำงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างและจัดการองค์ความรู้และข้อมูลการวิจัยในส่วน กลางระดับนโยบายและระดับพื้นที่
- 5.1.2 ประสานความร่วมมือและขยายเครือข่ายสถาบันการศึกษาและหน่วยวิจัยในประเทศที่ดำเนินการวิจัยในระดับภูมิภาคเพื่อสร้างและ พัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 5.1.3 ประสานกับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับเพื่อพัฒนารอบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 5.1.4 รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลรายชื่อนักวิจัยด้านระบบบริการปฐมภูมิและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 5.1.5 พัฒนาแผนงานและระบบสนับสนุนงานวิจัย โดยประเมินสถานการณ์จากการรวบรวมประเด็นสำคัญขอขอบเขตเนื้อหา/ รูปธรรม / ข้อมูล/ ผลงานวิจัย/ ระบบสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในแต่ละบริบท
- 5.1.6 พัฒนาชุดโครงการที่สร้างและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่มีความจำเพาะต่อการจัดบริการปฐมภูมิโดยความร่วมมือของเครือข่าย สหสาขาสถาบัน



กลยุทธ์ที่ 5.2 ส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และเครือข่ายหน่วยบริการในการจัดการความรู้ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. ผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสามารถ ใ้ ความรู้ที่จำเพาะกับประชาชนในพื้นที่เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ บริการได้ในอัตราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 ภายในปีงบประมาณ 2554
2. ประชาชนในพื้นที่บริการใช้ข้อมูลข่าวสารให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 70 ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีเครือข่ายการแลกเปลี่ยนความรู้และเทคโนโลยีในระดับพื้นที่ (ภูมิภาค) 60 เครือข่าย ภายใน 5 ปี
2. มีกลไกทำหน้าที่พัฒนาองค์การการเรียนรู้และประสานเครือข่ายใน ระดับพื้นที่ อำเภอ และจังหวัด 10 กลไก ภายใน 5 ปี
3. มีชุดผลงานวิจัยและจัดการความรู้เทคโนโลยีที่พัฒนาจากผู้ ปฏิบัติงานในพื้นที่เพิ่มขึ้นปีละ 20 เรื่อง
4. มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี
5. ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีฐานข้อมูลความรู้ที่จำเป็น ที่ทันต่อเหตุการณ์ ในการให้บริการประชาชน ภายใน 5 ปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 5.2.1 กำหนดให้มีองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประสาน พัฒนากลไกในการบูรณาการและจัดการความรู้และเทคโนโลยีที่จำเพาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 5.2.2 พัฒนาหน่วยงานระดับจังหวัดให้มีบทบาทพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกลักษณ์
- 5.2.3 ส่งเสริมให้เกิดการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ(action research)ภายใต้การเรียนรู้แบบใช้บริบทเป็นฐาน(context based learning)
- 5.2.4 ส่งเสริมและพัฒนาระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการสนับสนุนวิชาการและการจัดการ ความรู้ ทั้งในระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด
- 5.2.5 สร้างและประสานเชื่อมโยงเครือข่ายการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ (ภูมิภาค)
- 5.2.6 รวบรวมองค์ความรู้ เทคโนโลยีและผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่จากพื้นที่ในเรื่องที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- 5.2.7 พัฒนาเทคโนโลยีและสื่อประเภทต่าง ๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน

กลยุทธ์ที่ 5.3

พัฒนารูปแบบการให้บริการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ
(รัฐ ชุมชน ก้องถิ่น เอกชน)

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1. มีการจัดบริการปฐมภูมิที่มีการร่วมมือกันระหว่างรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน และเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายในปีงบประมาณ 2554
2. สัดส่วนของกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ที่มีบทบาทและได้รับประโยชน์จากรูปแบบการให้บริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

1. มีรูปแบบภาคีต่างๆ ร่วมมือจัดบริการปฐมภูมิ ตามกลุ่มประชากรและบริบทพื้นที่ปีละ 4 รูปแบบ
2. มีจำนวนชุดโครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้บริการปฐมภูมิในบริบทต่างๆ เพิ่มขึ้นปีละ 4 เรื่อง

แนวทางการดำเนินงาน

- 5.3.1 ศึกษาและพัฒนารูปแบบการบริการในกลุ่มประชากรที่มีการเคลื่อนย้ายสูง หรือ กลุ่มที่ต้องการบริการปฐมภูมิตามสถานที่ทำงานในบริบทต่างๆ หรือกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะ
- 5.3.2 ศึกษาและพัฒนารูปแบบบริการและความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละบริบท (เมือง ชนบท เอกชน) อย่างเหมาะสมและสอดคล้องสภาวการณ์รัฐประบราชการและการกระจายอำนาจทั้งที่เป็นรูปแบบการให้บริการที่เกิดจากการพัฒนาโดยวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง(service based model) และรูปแบบการให้บริการที่เกิดจากการพัฒนาโดยกลุ่มเฉพาะที่มาจากฐานกลุ่มประชาชนหรือองค์กรชุมชน (community based model)
- 5.3.3 สนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมโดยการนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่
- 5.3.4 กระตุ้นให้เกิดเครือข่ายเรียนรู้ในเรื่องรูปแบบบริการปฐมภูมิ กระบวนการจัดการ และการบริหารกองทุนระดับตำบลโดยองค์กรชุมชน



กลยุทธ์ที่ 5.4 พลสมผสานองค์ความรู้สุขภาพสาขาต่างๆ ในการจัดบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- ร้อยละผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ไข้องค์ความรู้ที่ผสมผสานในการจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 ภายในปีงบประมาณ 2554

ตัวชี้วัดผลผลิต

- มีจำนวนชุดองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ได้ปีละ 4 เรื่อง
- ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขและบริการสุขภาพทางเลือกร่างต่างๆ ในชุมชน รับรู้ เข้าใจชุดความรู้ที่พัฒนาขึ้น เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ต่อปี

แนวทางการดำเนินงาน

- 5.4.1 รวบรวมและจัดการความรู้ท้องถิ่นและภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 5.4.2 พัฒนาความรู้การแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในการจัดบริการเพื่อผสมผสานในการจัดบริการปฐมภูมิเหมาะสมกับพื้นที่
- 5.4.3 เผยแพร่แนวปฏิบัติที่ได้จากการจัดการความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรอบวงเงินงบประมาณ (หน่วย : ล้านบาท)

	2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 5.1	9.00	13.00	18.00	23.00	28.00
กลยุทธ์ที่ 5.2	11.00	20.50	33.00	40.00	47.00
กลยุทธ์ที่ 5.3	8.00	10.00	10.00	8.00	8.00
กลยุทธ์ที่ 5.4	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
รวม	30.00	45.50	63.00	73.00	85.00

ยุทธศาสตร์ 5 : สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการจั้ดบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 5.1 สนับสนุน ประสาน เครือข่าย สถาบัน วิชาการในการสร้าง องค์ความรู้ เทคโนโลยี ที่เป็นเอกลักษณ์ของ ระบบบริการปฐมภูมิ	1. มีกลไกประสานเครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างและจัดการองค์ความรู้และข้อมูลการวิจัยระดับนโยบายในส่วนกลาง และระดับภาคภายใน 2 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุข ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 	กลไกระดับกลาง 1 กลไกระดับภาค 2 ภาค	กลไกระดับกลาง 1 กลไกระดับภาค 2 ภาค	กลไกระดับกลาง 1 กลไกระดับภาค 2 ภาค	กลไกระดับกลาง 1 กลไกระดับภาค 2 ภาค	กลไกระดับกลาง 1 กลไกระดับภาค 2 ภาค
	2. มีองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิที่ได้รับการเผยแพร่ 100 เรื่องภายใน 5 ปี		20 เรื่อง	40 เรื่อง	60 เรื่อง	80 เรื่อง	100 เรื่อง
กลยุทธ์ที่ 5.2 ส่งเสริมศักยภาพของ ผู้ปฏิบัติงาน และเครือ ข่ายหน่วยบริการในการ จัดการความรู้	1. มีเครือข่ายการแลกเปลี่ยนความรู้ และเทคโนโลยีที่ ในระดับพื้นที่ (ภูมิภาค) 60 เครือข่ายภายใน 5 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุข ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ● สถาบันวิชาการ 	10 เครือข่าย	20 เครือข่าย	40 เครือข่าย	50 เครือข่าย	60 เครือข่าย
	2. มีกลไกทำหน้าที่พัฒนาองค์กรการเรียนรู้และประสานเครือข่ายในระดับพื้นที่อำเภอและจังหวัด 10 กลไกภายใน 5 ปี		5 หน่วย	10 หน่วย	10 หน่วย	10 หน่วย	10 หน่วย
	3. มีชุดผลงานวิจัยและจัดการความรู้ เทคโนโลยี ที่พัฒนาจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพิ่มขึ้นปีละ 20 เรื่อง		10 ชุดโครงการ	20 ชุดโครงการ	40 ชุดโครงการ	50 ชุดโครงการ	60 ชุดโครงการ
	4. มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการที่ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี		10%	20%	30%	40%	50%
	5. ร้อยละ 70 ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ มีฐานข้อมูลความรู้ที่จำเป็น ทันท่วงทีต่อการให้บริการประชาชน ภายใน 5 ปี		10%	10%	20%	40%	50%



ยุทธศาสตร์ 5 (ต่อ)

กลยุทธ์หลัก	เป้าหมายผลผลิต	หน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบ	เป้าหมาย (ร้อยละ)				
			2550	2551	2552	2553	2554
กลยุทธ์ที่ 5.3 พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ (รัฐ ชุมชน ท้องถิ่น เอกชน)	1. มีรูปแบบที่ภาคีต่างๆ ร่วมมือจัดบริการปฐมภูมิตามกลุ่มประชากรและบริบทพื้นที่ปีละ 4 รูปแบบ	<ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ● กระทรวงสาธารณสุข 	4 รูปแบบ	4 รูปแบบ	4 รูปแบบ	4 รูปแบบ	4 รูปแบบ
	2. มีจำนวนชุดโครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิในบริบทต่างๆ เพิ่มขึ้นปีละ 4 เรื่อง		4 ชุด	8 ชุด	10 ชุด	12 ชุด	15 ชุด
กลยุทธ์ที่ 5.4 ผสมผสานองค์ความรู้สุขภาพสาขาต่างๆ ในการจัดบริการปฐมภูมิ	1. มีจำนวนชุดองค์ความรู้ ด้านสุขภาพที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์ทางเลือก และการแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ได้ปีละ 4 เรื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ● สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 	4 เรื่อง	4 เรื่อง	4 เรื่อง	4 เรื่อง	4 เรื่อง
	2. ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขและ บริการสุขภาพทางเลือกต่างๆ ในชุมชน รับรู้ เข้าใจ ชุดความรู้ที่พัฒนาขึ้น เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี		5%	10%	15%	20%	25%

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 235 /2550

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนาจการ/คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ด้วยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีเจตจำนงต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ เพิ่มการกระจายอย่างทั่วถึงมากขึ้น และเห็นว่าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาระยะยาว และเพื่อให้กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงควรมีการระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งร่วมเสนอรูปแบบแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีคณาจารย์ที่มาร่วมกันจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้แล้วเสร็จอย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้มีความชัดเจนและร่วมมือกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด กระทรวงสาธารณสุข จึงแต่งตั้งคณะกรรมการอำนาจการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ดำเนินการในเรื่องต่างๆ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการอำนาจการยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

- | | |
|---|---------------|
| 1. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.สุชัย สุทธิสุข | ที่ปรึกษา |
| 3. ศ. (พิเศษ) นพ.ไพจิตร ปะจูด | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.มรกต กรมเกษม | ที่ปรึกษา |
| 5. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 6. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | รองประธาน |
| 7. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | รองประธาน |
| 8. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 9. หัวหน้าสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 10. หัวหน้าสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |



- | | |
|---|----------------------------|
| 11. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 12. อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย | กรรมการ |
| 13. เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |
| 14. ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | กรรมการ |
| 15. ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 16. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | กรรมการ |
| 17. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 18. ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย | กรรมการ |
| 19. นายกสภาการพยาบาล | กรรมการ |
| 20. นายกสภาเภสัชกรรม | กรรมการ |
| 21. ประธานราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 22. รองปลัดกรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข | กรรมการ |
| 23. นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 24. นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 25. นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 26. ประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค | กรรมการ |
| 27. ผู้แทนสถานประกอบการเอกชน | กรรมการ |
| 28. ประธานชมรมภรรยาแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | กรรมการ |
| 29. ประธานชมรมแพทย์ชนบท | กรรมการ |
| 30. ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 31. ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 32. นายกสมาคมหมออนามัย | กรรมการ |
| 33. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการและเลขานุการ |
| 34. ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 35. ผู้อำนวยการสำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 36. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนากฎศาสตร์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

อำนาจหน้าที่

1. กำหนดทิศทาง นโยบายการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิ และทิศทางของแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิ
2. พิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้ข้อเสนอแนะต่อแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิที่ประสานดำเนินการร่วมกันเป็นเครือข่าย

3. สำนักงาน และให้การสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนยุทธศาสตร์
ความร่วมมือการพัฒนาแบบบริการปฐมภูมิ
4. แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน ตามความเหมาะสม

2. คณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1. นพ.อุทัย สุดสุข	ที่ปรึกษา
2. ศ. (พิเศษ) นพ.ไพจิตร ป่าบุร	ที่ปรึกษา
3. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ที่ได้รับมอบหมาย)	ประธานกรรมการ
4. รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ที่ได้รับมอบหมาย)	รองประธาน
5. หัวหน้าสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
6. รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ที่ได้รับมอบหมาย)	กรรมการ
7. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมการสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
9. ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
10. นพ.วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
11. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
12. นพ.ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
13. นพ.นิทัศน์ รายนว สำนักงานตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
14. ผู้อำนวยการกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
15. ผู้อำนวยการกลุ่มงานสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
16. หัวหน้าส่วนแผนกำลังคน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
17. นายกมลคม หอมอนามัน	กรรมการ
18. ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัด	กรรมการ
19. ประธานชมรมแพทย์ชนบท	กรรมการ



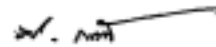
20. ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	กรรมการ
21. ประธานมูลนิธิโสตศอนาสิก	กรรมการ
22. ประธานชมรมทันตภิบาล	กรรมการ
23. ผู้อำนวยการสำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
24. ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
25. ผู้แทนสำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
26. ผู้อำนวยการส่วนพัฒนากุศลการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

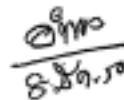
1. ประสานการดำเนินงาน และพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
ตามแนวทางที่คณะกรรมการอำนวยการ กำหนด
2. ประสานให้เกิดการนำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไป
ดำเนินการอย่างเชื่อมโยงกับหน่วยงานรับผิดชอบ
3. ติดตาม นำเสนอ และปรับปรุงการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนาระบบ
บริการปฐมภูมิ ให้เหมาะสมกับเงื่อนไขและช่วงเวลา
4. ภารกิจอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการอำนวยการ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ซึ่ง ณ วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2550



(นายมงคล ณ สงขลา)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



4



คำสั่งคณะกรรมการข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดชลบุรี
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา

ที่ กช.บ. ๒๕๖๔

วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๔

ตามที่ คณะกรรมการข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา ตำแหน่ง ครู ๒๕๖๔ เพื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา ตำแหน่ง ครู ๒๕๖๔ โดยมีรายละเอียดการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา ดังต่อไปนี้

โดยที่ เพื่อให้ได้มาซึ่งผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา ตำแหน่ง ครู ๒๕๖๔ ให้เป็นไปอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม และเพื่อให้การคัดเลือกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา ดังต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา
- ๑. นายวิชาญ งามเมือง (ประธาน)
 - ๒. นายสมศักดิ์ นพประสิทธิ์ชัย
 - ๓. นายสุวิทย์ นพประสิทธิ์ชัย
 - ๔. ผู้แทนจาก สหกรณ์การเกษตรจังหวัดชลบุรี
 - ๕. นายวิวัฒน์ งามเมือง
 - ๖. ผู้แทนจาก สหกรณ์การเกษตรจังหวัดชลบุรี
 - ๗. ผู้แทนจาก สหกรณ์การเกษตรจังหวัดชลบุรี

ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๔



- 2 -

9. ผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมอนามัย กรมสุขภาพ	ศูนย์วิจัย
10. ผู้ชำนาญการสาขาวิชา บริการสัมพันธ์ระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ศูนย์วิจัย
11. ผู้ชำนาญการสาขาวิชาบริการสุขภาพ สำนักงานวิจัย กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	กรมอนามัย
12. นายแพทย์ พันธุ์พงศ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
13. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
14. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
15. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
16. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
17. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
18. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
19. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย
20. นายแพทย์ อรรถสิทธิ์ อภิชาติธรรม หัวหน้ากรม กรมอนามัย	กรมอนามัย

ผู้รับผิดชอบ

1. พัฒนาบุคลากรและแผนปฏิบัติการในเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง เคียงข้างและสอดคล้องกับแผนงาน
ด้านวิชาการและสาธารณสุขความร่วมมือที่พัฒนาและดำเนินการปฐมภูมิ ดังนี้
 - โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และพัฒนาระบบสนับสนุนเชิงยุทธศาสตร์
 - โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
 - โครงการพัฒนาระบบสนับสนุนเชิงยุทธศาสตร์ ระบบการประเมินผลและจัดการ
การให้บริการ การประเมินผลของบริการปฐมภูมิที่ศึกษา
 - โครงการเสริมสร้างคุณภาพของบริการปฐมภูมิ
 - โครงการวิจัยด้าน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
2. จัดทำข้อเสนอการบูรณาการ การให้บริการ
3. ติดตาม กำกับ ติดตามและประเมินผล
4. จัดทำรายงานให้ผู้บริหาร

๗๗๖ 2...

3

ชุดที่ 2 (ระดับจังหวัด) แผนบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด (ระดับจังหวัด)

1. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
2. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
3. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
4. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
5. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
6. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
7. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
8. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
9. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
10. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
11. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
12. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
13. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
14. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
15. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
16. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
17. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
18. แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง

หมายเหตุ

- แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
- แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง
- แผนสุขภาพจังหวัด (จังหวัด) 1 แห่ง

... (text continues)



- 4 -

มติที่ประชุมศูนย์พัฒนาครอบครัวของชาติ

๑. แผนงาน บริการสุขภาพครอบครัว ศูนย์ฯ ค่ายศิษย์ และ สนับสนุนบริการปฐมภูมิ

๒. กลยุทธ์การสนับสนุนสุขภาพจิต และสนับสนุนบริการปฐมภูมิ

๓. จัดทำข้อเสนอแนะสู่หน่วยงาน ภาครัฐ/เอกชน/ชุมชน

๔. ติดตาม กำกับ/การพัฒนาระบบฯ

๕. อื่นๆ ตามที่ให้เป็นประโยชน์

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๑

สำนักงานสถิติ 15 มิถุนายน ๒๕๕๑

นายสมศักดิ์ บุญสะอาด

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาครอบครัวของชาติ

๑๖๕ ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุค เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10๖๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๒๕๕๒-๒๕๕๕

รายชื่อทีมงานคณะทำงาน (เลขานุการ)

1 คุณ กนิษฐ์	โจ้วศิริ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
2 ทพ.ญ.กัญญา	บุญธรรม	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
3 คุณ กัลยาณี	โกศลสมบัติ	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
4 คุณ กาญจนา	ปานุราช	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5 คุณ กิตติมา	ยุทธสารประสิทธิ์	สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สปสช.
6 นพ.เกษม	เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
7 นพ.โกมาตร	จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
8 พญ.ขจีรัตน์	ปรักเอโก	สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.
9 คุณ จีรวรรณ	พืงสกุล	สสจ. สมุทรปราการ
10 คุณ ชลธิ์	หาญเบญจพงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
11 คุณ ณิชพร	สุขพอดี	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
12 คุณ ฉันทากร	ศิริกนกวิไล	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
13 คุณ ทศนีย์	ญาณะ	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
14 คุณ บำรุง	ชลดเดช	สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.
15 คุณ ประชาธิป	กะทา	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กสธ.
16 ทพ.ญ.ปิยะดา	ประเสริฐสม	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กสธ.
17 คุณ พินทุสร	เหมพิสุทธิ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
18 ทพ.พิศักดิ์	องค์ศิริมงคล	สสจ. ปทุมธานี
19 คุณ วรวิร์	ธนประกฤต	สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สปสช.
20 ทพ.ญ.วราภรณ์	จิระพงษา	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กสธ.
21 คุณ สมสมัย	กล่าววิกรณ์	สพส.สปสช.
22 คุณ สายสิริ	दानวัฒน์	สปสช.(EU)
23 พญ.สุพัชรา	ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
24 คุณ สุพิชญา	ศีลสารรุ่งเรือง	สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สปสช.
25 คุณ สุรศักดิ์	อริคมานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
26 ทพ.ญ.สุวรรณา	เอื้ออรรถการุณ	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
27 คุณ สุวารีย์	สุขุมลวรรณ	สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา สปสช.
28 คุณ อลิสา	ศิริเวชสุนทร	สถาบันพระบรมราชชนก



รายชื่อทีมงานคณะทำงาน (วิชาการ)

1	Dr.Ernst	Tenambergen	สปลช.
2	นพ.ขวัญชัย	วิศิษฐานันท์	สนย. กสธ.
3	คุณ จรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	รพ.สูงเนิน นครราชสีมา
4	ทพ.จเร	วิชาไทย	สปลช. (สำนักนโยบายและแผน)
5	นพ.จักรกริช	ไฉ่วศิริ	สปลช. (สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ)
7	นพ.ทินกร	โนรี	สนง.พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
8	นพ.ทวีเกียรติ	บุญยไพศาลเจริญ	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
9	ทพ.ญ.ทิพาพร	สุเมสิต	สถาบันพระบรมราชชนก กสธ.
10	คุณ ธีระพันธ์	ลิมป์พูน	สปลช. (สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์)
11	นพ.นิพนธ์	ชินานนท์เวช	สสจ.สระบุรี
12	นพ.พงษ์พิสุทธ์	จงอุดมสุข	สปลช. (สำนักนโยบายและแผน)
13	นพ.พินิจ	ฟ้าอำนาจผล	สนง.พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
14	นพ.ภัทรพล	จึงสมเจตไพศาล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
15	นพ.ยงยุทธ	พงษ์สุภาพ	สปลช. (EU)
16	นส. ลลิตา	วีรวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
17	รศ.ดร. วัฒนา	วงศ์เกียรติรัตน์	คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18	นพ. วีระวัฒน์	พันธ์ครุฑ	สปลช.
19	คุณ ศราวุธ	ฉินไพศาล	(HCRP) สปลช. EU
20	พญ.สายพิน	หัตถิรัตน์	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
21	คุณ สิริกร	ขุนศรี	สปลช.
22	นาง สุนทรี	อภิญานันท์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
23	คุณ สุมาลี	ประทุมพันธ์	สปลช.
24	นพ.สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สปลช.
25	นพ.สุริยะ	วงศ์คงคาเทพ	สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
26	อาจารย์สุรียา	วีรวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1 นพ. อุทัย	สุดสุข	ประธานกรรมการบริหารงบประมาณมูลนิธิ
2 ศ.นพ. ไพจิตร	ปวงบุตร	ที่ปรึกษากรรมการบริหารงบประมาณ
3 นพ. ปรากฏชัย	บุญยวงศิริโรจน์	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4 นพ.มานิต	ธีระตันติกานนท์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
5 ศ.เกียรติคุณดร.วิจิตร	ศรีสุพรรณ	นายกสภาการพยาบาล
6 อาจารย์สุรียา	วีรวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7 รศ.ดร. วัฒนา	วงศ์เกียรติรัตน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8 ดร.พินิจ	ลาภอนานนท์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9 คุณ ลลิตา	วีรวงศ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10 คุณ พจลีนี	จิมารัตน์	สำนักตรวจราชการกระทรวง
11 คุณ สิทธิพร	โชติภมาศ	สำนักตรวจราชการกระทรวง
12 คุณ นवलจันทร์	บุญอุดมพานิช	สำนักตรวจราชการกระทรวง
13 คุณ ปรานี	สมานโสศพิवास	สำนักตรวจราชการกระทรวง
14 นพ. สุริยะ	วงศ์คงคาเทพ	สำนักตรวจราชการกระทรวง
15 นพ. ทวีเกียรติ	บุญยไพศาลเจริญ	สำนักตรวจราชการกระทรวง
16 พญ. วิลาวัลย์	จึงประเสริฐ	สำนักตรวจราชการกระทรวง
17 นพ. ธงชัย	ไชยสิริยะสวัสดิ์	สำนักตรวจราชการกระทรวง
18 พญ. ศรีวรรณ	พูลสรรพสิทธิ์	สำนักวิชาการสาธารณสุข
19 นพ. ศุภชัย	คุณารัตนพฤกษ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการ
20 นพ. บุญชัย	สมบุญสุข	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
21 นพ. ภัทรพล	จึงสมเจตไพศาล	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
22 คุณ สุนทรี	อภิญญาพันธ์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
23 นพ. กิตตินันท์	อนรรฆมนี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
24 คุณ กาญจนา	ปานุชา	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
25 พญ. นันทา	อ่วมกุล	กรมอนามัย
26 ทพ. สุธา	เจียรมนไชตชัย	กองทันตสาธารณสุข
27 ทพ.ญ. ปิยะดา	ประเสริฐสม	กองทันตสาธารณสุข
28 ทพ.ญ. วราภรณ์	จิระพงษ์	กองทันตสาธารณสุข
29 ทพ.ญ. ทิพาพร	สุโฆสิต	สถาบันพระบรมราชชนก
30 นพ. สุวัช	เสียศิริวัฒนา	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
31 นพ. โกมาตร	จึงเสถียรทรัพย์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
32 นพ. ชวัญชัย	วิศิษฐานันท์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
33 คุณ พินทุสร	เหมพิสุทธิ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
34 นพ. ชินกร	โนรี	สง.พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
35 คุณ มะลิพันธ์	เอกเอี่ยมสิน	สำนักบริการสาธารณสุขภูมิภาค
36 คุณ ดารณี	คัมภีระ	สำนักบริการสาธารณสุขภูมิภาค
37 คุณ ประชาธิป	กะทา	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
38 คุณ พรหมมินทร์	กัณธิยะ	สมาคมหมออนามัย
39 คุณ เสาวนีย์	กุลสมบูรณ์	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

40 นพ. ขจิต	ชูปัญญา	ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
41 นพ. พินิจ	ฟ้าอำนาจผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
42 คุณ ศิริพร	เค้าภูไท	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
43 คุณ ดวงทิพย์	ธีระวิทย์	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
44 นพ. สมศักดิ์	ขุนทร์ศรี	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
45 คุณ ดวงพร	เฮงบุญพันธ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
46 คุณ สารี	อ่องสมหวัง	มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค
47 คุณ นิมิตร	เทียนอุดม	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
48 นพ. สุกกร	บัวสาย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)
49 คุณ ประสงค์	มันกันนาน	ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (อุตรดิตถ์)
50 คุณ อรอนงค์	ดิเรกบุษราคัม	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาคุณภาพภาคประชาชน(นครสวรรค์)
51 ผศ. ยุพา	อ่อนท้วม	ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพประชาชน
52 คุณ วิชา	ธุสรานนท์	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
53 คุณ บุญยืน	ศิริธรรม	เครือข่ายผู้บริโภค จ.สมุทรสงคราม
54 คุณ เรณู	ภู่อารณ	เครือข่ายผู้บริโภค จ.สมุทรสงคราม
55 นพ. สิทธิศักดิ์	เจียมวงศ์แพทย์	สำนักอนามัย กทม.
56 นพ. สมภพ	สนิทวงศ์ ณ อยู่ธยา	สำนักอนามัย กทม.
57 พญ. มนทิรา	ทองสาริ	สำนักอนามัย กทม.
58 พญ. ป่านฤดี	มโนทัยพิบูลย์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 9
59 พญ. วันทนีย์	วัฒนะ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 23
60 นพ. วงวัฒน์	ลี้ลักษณะน์	คลินิกชุมชนอบอุ่นร่วมเกล้า ลาดกระบัง
61 ผศ.ดร. สุนทราวดี	เฉียรพิเชษฐ์	สภาการพยาบาล
62 นพ. ศักดา	เมืองคำ	เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรม กทม.
63 ผศ. สมชาย	วิริยะยุทธกร	นายกสภาเทคนิคการแพทย์
64 รศ.ดร. ศิริอร	สินธุ	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
65 รศ.ดร. เสาวคนธ์	รัตนวิจิตร	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา ม.หัวเฉียว
66 อ. ดนัย	หวังบุญชัย	มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย
67 ดร. ภัทระ	แสนไชยสุริยา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ขอนแก่น
68 รศ.ดร. ชนิษฐา	นันทบุตร	คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น
69 รศ. น้อมจิตต์	นवलเนตร	คณะเทคนิคการแพทย์ ม.ขอนแก่น
70 ผศ.ดร. นิตย	ทัศนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น
71 ดร. รัตนาภรณ์	อาวีพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ ม.เชียงใหม่
72 ศ.นพ.ดร. ศุภสิทธิ์	พจนนารุโนทัย	มหาวิทยาลัยนเรศวร
73 ดร. นงลักษณ์	พะไทยะ	วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร
74 คุณ วิฑูร	ชาติปฎิมาพงษ์	นายก อบจ.แห่งประเทศไทย
75 คุณ รังสรรค์	นันทกาวงศ์	นายก อบต.บึงอีโต้



76	คุณ นพดล	แก้วสุพัฒน์	อบต.อ้อมเกร็ด
77	คุณ สุเทพ	ชูชัยยะ	อบต.ตลิ่งชัน
78	ดร. อนชิต	โจ้วจิระศักดิ์	เทศบาลเมืองยโสธร
79	คุณ ประภัสร์	ภูเจริญ	เทศบาลเมืองลำพูน
80	คุณ สุรรัตน์	ตริมรรคา	จังหวัดเชียงใหม่
81	ผศ.นพ.พีระศักดิ์	เลิศตระการนทร์	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ม.เชียงใหม่
82	นพ. สงวน	นิตยารัมภ์พงศ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
83	นพ. ปิยะ	เนตรวิเชียร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
84	นพ. ประทีป	ธนาภิเจริญ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
85	นพ. วินัย	สวัสดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
86	นพ. ชูชัย	ศรขำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
87	นพ. ปัญญา	กิริตีหัตถยกร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
88	นพ. วีระวัฒน์	พันธ์ครุฑ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
89	นพ. สุรจิต	สุนทรธรรม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
90	นพ. สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
91	นพ. สมสินธุ์	ฉายวิจิตร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
92	นพ. พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
93	พญ. อภิรมย์	เวชภูติ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
94	นพ. จักรกริช	โจ้วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
95	นพ. ยงยุทธ	พงษ์สุภาพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
96	นพ. นิวัฒน์	จ๊กงวาท	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
97	พญ. ขจีรัตน์	ปรักเอโก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
98	ทพ. จเร	วิชาไทย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
99	Dr. Ernst	Tenambergen	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
100	คุณ อรจิตต์	บำรุงสกุลสวัสดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
101	คุณ อธิระพันธ์	ลิมปี่พูน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
102	คุณ สุมาลี	ประทุมพันธ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
103	คุณ ศรารุช	ฉันทไพศาล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
104	คุณ สิทธิกร	ขุนศรี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
105	คุณ สายสิริ	ด้านวัฒน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
106	คุณ สุวาริ	สุขุมาลวรรณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
107	คุณ บำรุง	ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
108	คุณ กาญจนา	ศิริโกลม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
109	คุณ นงลักษณ์	บรรณจิรกุล	สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ (สปลษ.)
110	คุณ วรวิริ	ธนประภุต	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
111	คุณ สุพิชญา	ศีลสารรุ่งเรือง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
112	คุณ กิตติมา	ยุทธสารประสิทธิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
113	นพ. พีระพล	สุทธิวิเศษศักดิ์	สปลษ.สาขาเขตกรุงเทพมหานคร
114	นพ. ชาตรี	เจริญชีวกุล	สปลษ.สาขาเขตนครสวรรค์
115	ภก.คณิตศักดิ์	จันทร์หาพิพัฒน์	สปลษ.สาขาเขตนครสวรรค์
116	นพ. ฉัตร	กิติบวร	สปลษ.สาขาเขตราษฎร์บุรี

117	นพ. สามารถ	ทองคำสมุทธ	สปลษ.สาขาเขตสระบุรี
118	นพ. กรรชิต	คุณาวุฒิ	สปลษ.สาขาเขตระยอง
119	นพ. ศักดิ์ชัย	กาญจนวัฒนา	สปลษ.นครราชสีมา
120	นพ. พิเชษฐ์	ลิละพันธ์เมธา	สปลษ.สาขาเขตขอนแก่น
121	นพ. ปรีดา	แต่อาร์ักษ์	สปลษ.สาขาเขตขอนแก่น
122	คุณ วันดา	วิระกุล	สปลษ.สาขาเขตขอนแก่น
123	นพ. นิสัย	ตงศิริ	สปลษ.สาขาเขตสกลนคร
124	นพ. อธิพล	เจนวิทยา	สปลษ.สาขาเขตอุบลราชธานี
125	นพ. อมร	รอดคล้าย	สปลษ.สาขาเขตสงขลา
126	นพ. ภูมิวิชัย	ขวัญเมือง	สปลษ.สาขาเขตสุราษฎร์ธานี
127	พญ. เขมรัตน์	ขุนศึกเม็งราย	สปลษ.สาขาเขตเชียงใหม่
128	นพ. ภูวนนท์	เอี่ยมจันทร์	สปลษ.สาขาเขตพิษณุโลก
129	นพ. สันติ	ศิริวัฒน์ไพศาล	สปลษ.สาขาเขตพิษณุโลก
130	ทพ. พิศักดิ์	องค์ศิริมงคล	สจจ. ปทุมธานี
131	นพ. บุญเดิม	ตันสุรัตน์	สจจ. สมุทรปราการ
132	คุณ จีรวรรณ	พึงสกุล	สจจ. สมุทรปราการ
133	นพ. นิพนธ์	ชินานนท์เวช	สจจ. สระบุรี
134	นพ. สำเร็จ	แหงกระโทก	สจจ. นครราชสีมา
135	นพ. สุรเชษฐ์	สถิตนิรามัย	สจจ. ปราจีนบุรี
136	นพ. พิสิทธิ์	เอื้อวงศ์กุล	สจจ. กาฬสินธุ์
137	นพ. สุวรรณชัย	วัฒน์ยั้งเจริญชัย	สจจ. ร้อยเอ็ด
138	นพ. สุวัฒน์	กิตติติลกกุล	สจจ. แม่ฮ่องสอน
139	นพ. ประดิษฐ์	วินิจจะกุล	สจจ. ลำปาง
140	นพ. ณัฐวุฒิ	ประเสริฐสิริพงศ์	สจจ. ชุมพร
141	นพ. นพพร	ชินกลิ่น	สจจ. นครศรีธรรมราช
142	นพ. สุเทพ	วัชรปยานันท์	สจจ. ปัตตานี
143	คุณ อนุชา	หนูนุ่น	สจจ. พัทลุง
144	นพ. อภิชาติ	รอดสม	สจจ. น่าน นพ.9 ด้านเวชกรรมป้องกัน
145	นพ. พูลลาภ	ฉันทวิจิตรวงศ์	สจจ. เชียงใหม่ นพ.8 ด้านเวชกรรมป้องกัน
146	คุณ เกษร	วงษ์มณี	สสอ. หล่มสัก จ. เพชรบูรณ์
147	คุณ สามัคคี	เดชกล้า	สสอ. ชุมพูน จ. ศรีสะเกษ
148	คุณ รุ่งเรือง	ปัทมราช	สสอ. เพ็ญ จ. อุตรดิตถ์
149	คุณ มานพ	สายไศคำ	สสอ. สะเมิง จ. เชียงใหม่
150	คุณ วรพงษ์	วัชรานุรักษ์	สสอ. เทพา จ. สงขลา
151	คุณ แทนธรรม	เอมะพรหม	สสอ. บางปะหัน จ. อโยธยา
152	คุณ นิตยา	สิงขร	สอ. ไม้ขาว จ.ภูเก็ต
153	คุณ สุวรรณมา	เมืองพระฝาง	สอ. นาบัว จ. พิษณุโลก
154	คุณ สาคร	เนต๊ะ	สอ. บ้านต้อม จ. พะเยา
155	คุณ สวัสดิ์	จิตติมณี	สอ. ตลาดแค จ. นครราชสีมา
156	คุณ อนุสรณ์	รัตนสนธิ์	สอ. บ้านบางเมือง จ. สมุทรปราการ
157	คุณ สุนา	ตันชเกษรฐิ	รพ.ราชวิถี สภาากภาพบำบัด

158	ศ.ดร. สมจิต	หนูเจริญกุล	รพ.รามาริบัติ สภากาการพยาบาล
159	พญ. บุษกร	อนุชาทวารกุล	รพ.รามาริบัติ เวชศาสตร์ชุมชน
160	นพ. สุรเกียรติ	อาชานานุภาพ	รพ. รามาริบัติ
161	พญ. สายพิน	หัตถิรัตน์	รพ.รามาริบัติ เวชศาสตร์ครอบครัว
162	นพ. สันติภาพ	ไชยวงศ์เกียรติ	รพ.กล้วยน้ำไท กทม.
163	นพ. พงศ์เทพ	วงศ์วัชรไพบูลย์	รพ.คลองหลวง ปทุมธานี
164	นพ. ประวิทย์	ลีสถาพรวงศา	รพ.อุทัย จ.อุทัย
165	คุณ อูมาพร	ทรัพย์เจริญ	รพ. นครนายก
166	พญ.ณัฐกร	ประกอบ	รพ.ลพบุรี เวชกรรมสังคม
167	นพ. เทียม	อั่งสาชน	รพ.สระบุรี
168	นพ.ก้องภพ	สีละพัฒน์	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจ.สมุทรสงคราม
169	นพ.กรภัทร	มยุระสาคร	รพ.สมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร
170	คุณ จรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	รพ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา
171	คุณ รุ่งทิวา	พลอยสุวรรณ	รพ.แก่งสนามนาง จ.นครราชสีมา
172	นพ. สุรสิทธิ์	จิตพิทักษ์เลิศ	รพ.มหาราชานครราชสีมา
173	ทพ.ญ. สุวรรณา	เอื้ออรุดการุณ	รพ.ประโคนชัย จ.บุรีรัมย์
174	คุณ จีรวรรณ	दनัยตั้งตระกูล	รพ.ขอนแก่น
175	พญ.ชลลดา	บุษยรัตน์	รพ.ขอนแก่น เวชกรรมสังคม
176	นพ.สตาจค์	ศุภผล	รพ.ขอนแก่น เวชกรรมสังคม
177	นพ.ปรารภนา	ประสงค์ดี	รพ. ทัพทัน จ.อุทัยธานี
178	นพ. วีระพันธ์	สุพรรณไชยมาตย์	รพ.มหาสารคาม
179	คุณ ฉวีวรรณ	เผ่าพันธุ์	รพ.มหาสารคาม เวชกรรมสังคม
180	คุณ วัฒนา	สว่างศรี	รพ.มหาสารคาม เวชกรรมสังคม
181	นพ. เกรียงศักดิ์	วัชรบุญกุลเกียรติ	รพ.ภูกระดึง จ.เลย
182	นพ. สมยศ	ศรีจารนัย	รพ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์
183	คุณ สมใจ	ลือวิเศษไพบูลย์	รพ. สรรพสิทธิประสงค์อุบล จ.อุบลราชธานี
184	ภก. สิทธิชัย	นิยมญาติ	รพ.บางมูลนาก จ.พิจิตร
185	นพ. วิทยา	สวัสดิวุฒิพงษ์	รพ.แม่สอด จ.ตาก

186	นพ. เจษฎา	พิชัยจุมพล	รพ.เชียงใหม่ จ.พะเยา
187	นพ. ชาตรี	เจริญศิริ	รพ.น่าน จ.น่าน
188	นพ.ธีรศักดิ์	คทวนิช	รพ.ป่าซาง จ.ลำพูน
189	พญ.อภิญา	สัชฌะไชย	รพ.ลำปาง เวชกรรมสังคม
190	นพ.นิพัธ	กิตติมานนท์	รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก
191	พญ.วลัยรัตน์	ไชยฟู	รพ.ปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน
192	นพ.สุทธิพงษ์	ศิริมัย	รพ.ประจวบคีรีขันธ์ เวชกรรมสังคม
193	นพ. ประมวล	จารุตรระกูลชัย	รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์
194	นพ. สุวัฒน์	วิริยะพงษ์สุกิจ	รพ.เทพา จ.สงขลา
195	นพ. สุภัทร	ชาสุวรรณกิจ	รพ.จะนะ จ.สงขลา
196	นพ.พนพัฒน์	โตเจริญวานิช	รพ.หาดใหญ่ เวชกรรมสังคม
197	นพ.อุสาค์	พดุมจิระวงศ์	สรส.สบส.
198	คุณอูมาพร	ใจเอื้อ	กลุ่ม บค.
199	คุณอุตมลิน	ทวีศรีอัมพร	กลุ่ม บค.
200	คุณปทุมมา	วิระมิตนันท์	สมาคมหมออนามัย
201	คุณทัศนีย์	บัวคำ	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
202	คุณสุวรรณา	มานาโรจมานนท์	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
203	คุณพรจันทร์	อินจันสุข	แผนงานร่วม สสส./สปสช.
204	คุณเกรียงไกร	สินบัวทิว	แผนงานร่วม สสส./สปสช.
205	นพ.ยุทธพงษ์	บุญมี	แผนงานร่วม สสส./สปสช.
206	คุณประภาส	สอนคำเสน	สปสช. นครราชสีมา
207	คุณฉลอง	นามเลิศ	สสจ.นครราชสีมา
208	คุณไพโรจน์	ชิตางกูร	สปสช.ระยอง
209	คุณสุรวัฒน์	ทองก้อน	สปสช. ส่วนกลาง
210	คุณมุกดา	สำนวนกลาง	แผนงานร่วม สสส./สปสช.
211	คุณวิภาณี	นาคสุข	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
212	คุณประจักษ์	เขียนนอก	สมาคม อบจ.แห่งประเทศไทย



ภาคผนวก

ความหมาย “ระบบบริการปฐมภูมิ” (พ.ศ. 2542)¹

คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ

หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด้านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ อย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมด ทั้งที่เป็นการรู้สภาวะสุขภาพ และหามาตรการส่งเสริมสุขภาพ
2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม
3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้
 - 3.1 ให้บริการด้าน**ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** โดยตรง ซึ่งประกอบด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้วัคซีน ควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล ให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะเพื่อการสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย
 - 3.2 **ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงานส่วนนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทในด้านการเสนอประเด็น แต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะที่ทำงานร่วมกับประชาชน และหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง (โดยที่มีหน่วยงานอื่นมีบทบาทโดยตรงในการวางแผน ดำเนินการสร้างเสริม สุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น public health policy และการดำเนินงานด้าน สาธารณสุขอื่นๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดยที่มีงบประมาณต่างหากที่มีใช้งบ UC)

¹ แนวทางการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547

- 3.3 ให้บริการ **รักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรค ที่พบบ่อย** โดยมีการกำหนดขอบเขตของสภาพปัญหาหรือรายชื่อโรคที่ควรดูแลได้ให้ชัดเจน
4. ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการ ต่อเนื่อง

ความหมาย “หน่วยบริการปฐมภูมิ” ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ²

หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรม หรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมิสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

ปียามศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) กระทรวงสาธารณสุข ³

“เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยง ต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม บูรณาการ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม”

ความเชื่อมโยง ความหมายของ ระบบบริการปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ สถานอนามัยศูนย์บริการสาธารณสุข และ PCU ⁴

คำเหล่านี้มีส่วนที่เหมือนกัน คือ เกี่ยวข้องการจัดบริการปฐมภูมิเหมือนกัน มีส่วนต่าง คือ คำว่า “บริการปฐมภูมิ” หมายถึง ส่วนที่เป็น “บริการ” อันเป็นกระบวนการที่ทำให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเอกลักษณ์ตามคำจำกัดความ ส่วน “ระบบบริการปฐมภูมิ” หมายถึง ส่วนที่เป็น “ระบบ” อันเป็นการจัดการให้เกิดกระบวนการบริการปฐมภูมิ ซึ่งผู้ให้บริการนี้มิใช่หมายรวมเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ครอบคลุมไปถึงการดูแลโดยประชาชน หรือท้องถิ่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ด้วย

² ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักการ วิธีการ และเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2547

³ คู่มือมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

⁴ พัฒนาการแนวคิด หลักการพัฒนาบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2548



หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง “หน่วยงาน” องค์กรหนึ่ง ที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานในสังกัดใดก็ได้

PCU (Primary Care Unit) หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นชื่อทั่วไป ที่ใช้เรียกองค์กร หรือ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิได้ตามคำจำกัดความ จะเป็นหน่วยงานในสังกัดใดก็ได้ เป็นรัฐหรือเอกชนก็ได้ ถ้าสามารถทำหน้าที่ได้ตามที่กำหนด

แต่เนื่องจาก คำว่า “PCU” เกิดขึ้นใหม่ในระหว่างที่มีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คำนี ที่แปลเป็นภาษาไทยว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิ” จึงได้ถูกกำหนดในตอนหลังว่าเป็นหน่วยงานจำเพาะที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้

ส่วน “สถานีนามัย” ถือว่าเป็นหน่วยงานเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ ในลักษณะเดียวกับพีซียู หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ตามที่กล่าวข้างต้น

“ศูนย์บริการสาธารณสุข” หรือ “คลินิกเอกชน” ก็ถือว่าเป็นชื่อเฉพาะของหน่วยงานที่มีบทบาทในการให้บริการปฐมภูมิบางส่วนเช่นเดียวกัน แต่อาจไม่ครอบคลุมเหมือนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ถือเป็นคำใหม่ ที่กำหนดขึ้นมาใช้แทนคำว่าพีซียู ที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่ไม่ได้แปลว่าตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนแล้ว จะยุบสถานีนามัยหรือ ล้มเลิกสถานีนามัยไป เป็นการใช้คำตามวาระโอกาสเป็นสำคัญ มิได้แปลว่ายุบเลิกของเดิม

ในเอกสารที่จะกล่าวต่อไปนี้จะใช้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในความหมายที่คำทั่วไป หรือ ขอบเขตที่กว้าง มิได้ยึดว่าจะต้องเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยเอกชน หรือ หน่วยใด แต่ยึดที่บทบาทหน้าที่ และผลลัพธ์เป็นสำคัญ

คุณลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ มี 3 กลุ่มหลัก คือ

- 1) บริการองค์รวม
- 2) การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- 3) สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน