

# รายงาน

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔



โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานโครงการสนับสนุน  
นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล

จัดทำโดย

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพ  
ระหว่างประเทศ



# รายงานฉบับสมบูรณ์

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๖๔)

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้จัดทำ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๒๘ กันยายน ๒๕๕๔

## คณะทำงาน

### รายนาม

๑. ดร.นพ. ภูษิต ประคองสาย
๒. นพ. ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย
๓. ภก. ธนะวิชช์ ปานน้อย
๔. นพ. เกษม เวชสุทธานนท์
๕. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง
๖. นางสุริมา สงวนศักดิ์
๗. นางเพ็ญศรี เกิดนาค
๘. นายสุรติ ฉัตรไชยาพฤษ์
๙. นางจุพาดา สุขุมลววรรณ
๑๐. นางบำรุง ชลอเดช

### หน่วยงาน

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

### ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

๑. พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล

ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี

## สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร.....	5
ความเป็นมา .....	6
หลักการของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา รพสต.....	7
ทบทวนแผน นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รพสต. และระบบบริการปฐมภูมิใน ปัจจุบัน.....	8
วิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกของ รพสต.....	8
เป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา รพสต.....	11
ภาคผนวกที่ ๑ .....	18
ภาคผนวกที่ ๒.....	33

## บทสรุปผู้บริหาร

ยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ช่วงนโยบายทศวรรษพัฒนาสถานีอนามัย พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๔ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการยกฐานะสถานีอนามัย ๒,๐๐๐ แห่ง ให้เป็น รพสต. และในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ภายหลังการสิ้นสุดแผนพัฒนา รพสต. ระยะที่ ๑ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ศึกษาและจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือน กันยายน ๒๕๕๔

วิธีการศึกษา ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแผนนโยบายยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และมีการจัดประชุมระดมความคิดเห็นจากกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

ร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ มีเป้าหมายเพื่อให้มีการผสมผสานระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่ง รพสต. มีบทบาทในการสนับสนุน (supporter) และประสานงาน (coordinator) ตามบริบทของชุมชนภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพ

ร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- ๑) การพัฒนาบทบาท รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้เป็น “ทัพหน้า” ของระบบสุขภาพ
- ๒) สร้างการยอมรับของประชาชนและสังคมโดยรวมกับบทบาทใหม่ของ รพสต. โดยสนับสนุนให้ รพสต. จัดให้มี “หมอประจำตัว” ให้กับประชาชนทุกคนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- ๓) ปรับปรุงและแก้ไขระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการกำกับดูแล รพสต.
- ๔) พัฒนาระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพและการพัฒนา รพสต. ในด้านต่าง ๆ
- ๕) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
- ๖) การสร้างความมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

ซึ่งในร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ ยังมีความต้องการแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการกำกับทิศทางการดำเนินงาน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนา รพสต. และระบบบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

คณะผู้จัดทำ

๓๐ กันยายน ๒๕๕๔

## แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๖๔

### ๑. ความเป็นมา

จากนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๓<sup>1</sup> ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขระบบปฐมภูมิให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐานและมีการประสานงานกันทั้งในด้านข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาสถานีอนามัยจำนวน ๒,๐๐๐ แห่ง ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เพื่อให้เป็นด่านหน้าและกลไกที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีภารกิจที่สำคัญ ๕ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเน้นบริการสุขภาพเชิงรุก ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ภายหลังการยกฐานะสถานีอนามัยนาร่องเป็นรพสต. ได้มีการประเมินการปฏิบัติงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดย ทพญ.กัญญา บุญธรรมและคณะ (๒๕๕๓)<sup>2</sup> พบว่า การดำเนินนโยบายการพัฒนารพสต. มีจุดเด่นคือ การมีรูปแบบการพัฒนาที่ดี โดยเฉพาะจุดเด่นเกี่ยวกับการบริหารจัดการระดับเขต จังหวัด อำเภอ ในลักษณะโซนเครือข่ายและ node กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพในรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตาม ในระย่นาร่องพบว่ายังมีปัญหาและต้องการการสนับสนุนในด้านกำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ และสถานการณ์การเงิน การคลังที่ยังพึ่งพาตนเองได้ไม่ดีนัก

ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ (๒๕๕๔)<sup>3</sup> ได้ทำการประเมินผลการดำเนินการของรพสต. ในพื้นที่จังหวัดอุษายา ชลบุรี อุบลราชธานี และกาฬสินธุ์ โดยมีประเด็นที่ค้นพบภายหลังการเก็บข้อมูลในพื้นที่ เช่น ข้อมูลจากพื้นที่ระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ซึ่งมีทั้งภาพงานเชิงรุกที่ลดลง ทำงานตั้งรับมากขึ้นและในทางตรงข้าม บริการ รพสต.ส่วนใหญ่ยังเป็นไปตามที่ส่วนกลางกำหนด ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการวิเคราะห์ถึงการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ การสื่อสารกับประชาชนที่ต้องการเน้นงานส่งเสริมป้องกันใน รพสต. มากยิ่งขึ้น แต่ประชาชนยังคงคาดหวังในเรื่องงานดูแลรักษาเช่นเดิม เป็นต้น

จากผลการวิเคราะห์ดำเนินงานของ รพสต. ที่ผ่านมา ทำให้สามารถเห็นประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนารพสต. ซึ่งมีพันธกิจและเป้าหมาย<sup>4</sup> ที่จะเป็นเครือข่ายสำคัญในการผลักดันให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่มีคุณลักษณะบริการสุขภาพที่เข้าไปปัญหาสุขภาพ เข้าถึงวิถีชีวิตชาวบ้าน เป็นหน่วย

<sup>1</sup> สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แผนนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๓

<sup>2</sup> กัญญา บุญธรรมและคณะ. รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระย่นาร่องปีงบประมาณ ๒๕๕๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๒

<sup>3</sup> สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการประเมินการปฏิบัติงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๔

<sup>4</sup> ข้อความบางส่วนจากการนำเสนอโดย นพ. เกษม เวชสุทรานนท์ เรื่อง "ทิศทางและการขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข"

บริการที่ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากชาวบ้านและชุมชน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา รพสต. ระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมและความเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประเทศ จะทำให้การพัฒนา รพสต. เป็นไปอย่างมีทิศทาง สอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมาย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในเชิงปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จะเชื่อมโยงไปสู่ยุทธศาสตร์การ พัฒนางานระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยต่อไป

## ๒. หลักการของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา รพสต.

- ๒.๑) เป็นแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ รพสต. ที่สอดคล้องและสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์หลัก และแผนยุทธศาสตร์ย่อยเพื่อการพัฒนา รพสต. เช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ของกระทรวงสาธารณสุข, แผนทศวรรษพัฒนากำลังคนรพสต. พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔, แผนพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ, แผนพัฒนารูปแบบ โครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ของกระทรวงสาธารณสุข, ร่างแผน ยุทธศาสตร์ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ของสปลสช. และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑-๓ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นต้น
- ๒.๒) ยึดหลักการของระบบบริการปฐมภูมิทั้งในด้านความครอบคลุม ต่อเนื่อง มีคุณภาพและ บูรณาการ รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาสังคม และประชาชน
- ๒.๓) เป็นแผนที่มีลักษณะดังต่อไปนี้
  - มีการทบทวนปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ประสบความสำเร็จ และจุดแข็ง/จุดอ่อนของแผนพัฒนา รพสต. และระบบบริการปฐมภูมิ ในปัจจุบัน
  - มีกระบวนการปรึกษาหารือ รับฟังความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว
  - ทุกภาคส่วนให้การยอมรับในการกำหนดประเด็นภารกิจที่มีความสำคัญเร่งด่วน (priority) และมีจุดเน้นที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันและอนาคต
  - เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasible & actionable)
  - มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน สามารถติดตามและประเมินความสำเร็จของแผนฯ ได้
  - มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลความคืบหน้าของการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยจากคณะทำงานเฉพาะกิจหรือคณะกรรมการของที่ประกอบด้วย ทุกภาคส่วน
  - มีการกำหนดวงเงินงบประมาณที่ชัดเจน มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
- ๒.๔) ลดภาระงานที่สามารถถ่ายโอนไปให้หน่วยงานอื่น หรือหน่วยสนับสนุนอื่นๆ เช่น การจัดทำ บัญชีการเงิน การบันทึกข้อมูลการสำรวจต่าง ๆ และการส่งรายงานเพื่อการเบิกจ่าย งบประมาณในการดำเนินงาน เป็นต้น

- ๒.๕) มีระบบการประสานงานและการสนับสนุนที่เพียงพอและต่อเนื่อง จากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ หน่วยงานของกระทรวงอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

๓. ทบทวนแผน นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รพสต. และระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

- แผนทศวรรษพัฒนากำลังคนรพสต. พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔
- แผนยุทธศาสตร์พัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ
- แผนพัฒนารูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙
- ร่างแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑-๓ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

๔. วิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกของ รพสต.

๔.๑) จุดแข็ง (strength)

- มีจำนวนมาก กระจายครอบคลุมพื้นที่ และตั้งอยู่ในชุมชน โดยประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และทำให้มีโอกาสรับรู้ และเข้าใจ สภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน
- มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคได้มากกว่าหน่วยงานระดับอื่น
- เป็นหน่วยงานที่สามารถเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หน่วยงานระดับอื่นๆ และหน่วยงานที่อยู่ในชุมชน
- เป็นหน่วยบริการที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความคุ้มค่าในการลงทุน (ต้นทุนต่ำ ได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า และสามารถสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ)
- มีนวัตกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในลักษณะต่างๆ ตามบริบทพื้นที่
- บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ที่ดี และใกล้ชิดกับชุมชน
- มีบุคลากรหลากหลายเข้ามาร่วมงานมากขึ้น เช่น แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด เป็นต้น
- รพสต. ในบางพื้นที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรด้านต่างๆ จากองค์กรท้องถิ่น ชุมชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาคส่วนต่างๆ เริ่มเห็นความสำคัญมากขึ้น



#### ๔.๒) โอกาส (opportunity)

- นโยบายรัฐบาลยกระดับสถานื่อนามัย เป็น รพสต. ครอบคลุมทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๔
- หน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับนโยบายรพสต. และระบบบริการปฐมภูมิโดยมีแผนงานสนับสนุนและ งบประมาณในการพัฒนาระดับ เช่น สปสช. สสส. เป็นต้น
- สภาพปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย มีปัญหาด้านโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันหัวใจ มะเร็ง เอ็ดส์) ที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และมีความต้องการบริการสุขภาพ ที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง องค์กรร่วม ผสมผสาน และประสานงานบริการได้ สอดคล้องกับแนวคิดบริการ ใน รพสต. เพิ่มมากขึ้น
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขให้ระบบ บริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรีและเป็นที่ยอมรับของประชาชน มติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ (ธันวาคม ๒๕๕๒) กำหนดให้ประชาชนใช้บริการปฐมภูมิเป็นที่แรกในปี ๒๕๕๘
- กระแสเศรษฐกิจพอเพียง การอยู่แบบพอเพียง (พอประมาณ ประหยัด มีภูมิคุ้มกันทางสังคม) สอดคล้องกับแนวคิดการจัดระบบบริการในรพสต.
- นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เน้นการลงทุนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงเปิด โอกาสให้ท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น กองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบล คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น
- นโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้มีการเพิ่มงบประมาณและการติดตาม ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สปสช. มีการตั้งเป้าหมายเพิ่มงบประมาณสำหรับ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากร้อยละ ๑๒.๕ ของงบเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๕๔ เป็น ร้อยละ ๒๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘
- เมืองครุภาคีต่างๆ (เช่น สช. สปสช. สสส. สวรส.) เข้ามาช่วยการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้น

#### ๔.๓) จุดอ่อน (weakness)

- ลักษณะการจัดบริการ ยังทำเหมือนกันทั่วประเทศ ไม่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพ ปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่
- รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่สามารถให้บริการที่เป็นเอกลักษณ์หรือเป็นจุดเด่นที่มี คุณค่าชัดเจน ทำให้ขาดการยอมรับจากประชาชนและชุมชน
- ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่ชัดเจนว่าจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ หรือการรักษาพยาบาล
- การจัดบริการในเขตเมือง และของภาคเอกชน มีข้อจำกัดในการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่เป็น แบบองค์กรร่วมและผสมผสาน

- บุคลากรในรพสต. และระบบบริการปฐมภูมิ ยังไม่เข้าใจเอกลักษณ์ตนเอง รู้สึกด้อยคุณค่าและมีศักดิ์ศรีน้อย
- อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับภาระงาน และประชากรรับผิดชอบ
- แพทย์ไม่เพียงพอ ต้องใช้การหมุนเวียนแพทย์จาก รพ.แม่ข่ายในการสนับสนุนรพสต.
- ขาดความชัดเจนและความเป็นเอกภาพในด้านแผนและทิศทางการผลิตบุคลากรเพื่อสนับสนุนรพสต.
- ระบบความก้าวหน้า แรงจูงใจ และการพัฒนาบุคลากรไม่ชัดเจน
- การพัฒนาบุคลากร เน้นแต่การอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ ขาดระบบเสริมสร้างการเรียนรู้ให้เข้าใจแนวคิดการทำงานรพสต. และระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการเรียนรู้จากการทำงานจริงในพื้นที่
- ผู้บริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ขาดมุมมองการทำงานแบบที่มสุขภาพของอำเภอ การพัฒนามุ่งแต่พัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย ขาดทักษะการจัดการแบบมุ่งเน้นผลงาน และขาดการสนับสนุน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

#### ๔.๔) ภาวะคุกคาม (threat)

- สังคมส่วนใหญ่เป็นกระแสบริโภคนิยม และนิยมความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เข้ารับบริการคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน
- ประชาชนมีความคาดหวังและเข้าใจนโยบายรพสต. ที่ไม่ตรงกับสภาพความจริง เข้าใจว่าจะมีแพทย์พยาบาลประจำมาอยู่ที่รพสต. เน้นการรักษา โดยอนาคตรพสต. จะพัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่ศักยภาพและความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลไม่ได้มีการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และความคาดหวังของชุมชน และประชาชนในพื้นที่
- ภาพลักษณ์หน่วยบริการที่ประชาชนเชื่อถือ ยังเป็นภาพโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์จำนวนมาก
- ประชาชนมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานสูง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ
- ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบและประชากรบางกลุ่ม เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
- ขาดการประชาสัมพันธ์โครงการ รพสต. ที่มีประสิทธิภาพกับสาธารณสุขชน
- การกระจายอำนาจ ยังไม่มีความชัดเจนจากฝ่ายนโยบาย ยังไม่ได้นำมาสู่การปฏิบัติ
- นโยบาย medical hub ที่แข่งขันกับตลาดสุขภาพต่างประเทศ ทำให้มีการดึงบุคลากรสุขภาพออกจากระบบการดูแลคนไทย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ

## ๕. เป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา รพสต.

เพื่อสร้างเป้าหมายร่วม กรอบการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนารพสต. ที่มีการผสมผสานระหว่าง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีบทบาทของ รพสต. ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน (supporter) และประสานงาน (coordinator) ตามบริบทของชุมชนภายใต้ ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และสามารถพึ่งตนเองได้ทาง สุขภาพ รวมทั้งเพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาและปรับบทบาท รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในเขตชนบทและเขต เมืองให้เป็น “ทัพหน้า” ของระบบสุขภาพ ทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่และชุมชน ในรูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่**

### เป้าประสงค์

เพื่อพัฒนาบทบาทของ รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีบทบาทและคุณค่าที่ชัดเจนกับชุมชนที่ รับผิดชอบและระบบบริการสุขภาพโดยรวม มุ่งเน้นการประสานงานกับทุกภาคส่วนเพื่อจัดบริการที่ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางสุขภาพที่เกิดประโยชน์สูงสุดตามบริบทของแต่ละชุมชนทั้งใน เขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการดำเนินการของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องและชุมชนโดยรวม

### มาตรการและแนวทาง

๑. สนับสนุนการปรับบทบาทและทิศทางการดำเนินงานของ รพสต. ให้เน้นการประสานงานกับ หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลแบบผสมผสานอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ในเลือดสูง กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการ ทูพพลภาพในชุมชนซึ่งมีความชุกและอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการ ให้บริการที่คำนึงถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
๒. ให้ความสำคัญลำดับต้น (priority) ในการดูแลประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมในระยะยาว และในปัจจุบันมีความเปราะบางและมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งสังคมส่วนใหญ่ให้ ความสำคัญกับประชากรกลุ่มดังกล่าว
๓. ส่งเสริมความสามารถและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการใน รพสต. เกี่ยวกับการ ประสานงานกับชุมชนและท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งงานฟื้นฟู สุขภาพของประชาชนในระดับสถานบริการ ระดับครอบครัวและชุมชน
๔. มุ่งเน้นการสนับสนุนงานป้องกันโรคในลักษณะ primary และ secondary prevention รวมทั้ง การคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยให้ชุมชนและองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน

๕. ประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับบทบาทและทิศทางการพัฒนา รพสต. ผ่านสื่อสารมวลชนในระดับประเทศและระดับพื้นที่
๖. เพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ทั้งในแง่ของจำนวนและคุณภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงทั้งในส่วนของงานบริการปฐมภูมิและงานส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคของประชาชนในเขตเมือง ซึ่งมีความครอบคลุมน้อยกว่าเขตชนบท โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

**ยุทธศาสตร์ที่ ๒** สร้างความยอมรับของประชาชนและสังคมโดยรวมกับบทบาทใหม่ของ รพสต. โดยสนับสนุนให้ รพสต. จัดให้มี “หมอประจำตัว” ให้กับประชาชนทุกคนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

### **เป้าประสงค์**

เพื่อให้ประชาชนทุกคนมี แพทย์ พยาบาล หรือ บุคลากรสาธารณสุข ประจำตัวที่สามารถให้คำปรึกษาทางสุขภาพและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น ภายใต้ระบบส่งต่อที่ได้รับการประสานงานเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

### **มาตรการและแนวทาง**

๑. จัดให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจจะเป็น เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือ แพทย์ หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทำหน้าที่ “หมอประจำตัว” ให้กับประชาชนทุกคนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีรูปแบบการให้บริการเป็นทีมสุขภาพ ประชาชนแต่ละคนสามารถเลือกหมอประจำตัวเป็นแพทย์ ๑ คน และบุคลากรสาธารณสุขอื่นอีก ๑ คน
๒. หมอประจำตัว มีหน้าที่ให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งในเรื่องของการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แนะนำการรักษาตนเองเบื้องต้น ตลอดจนประสานงานให้เกิดการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานบริการที่เหมาะสม ตลอดจนติดตามผลการรักษา ผ่านการสื่อสารวิธีต่างๆ มีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาที่บ้าน
๓. กำหนดให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุข สมัครใจเข้าร่วมเป็น หมอประจำตัว โดยกำหนดให้มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม แพทย์เป็นที่ปรึกษาหลัก บุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาร่วม ทั้งสองทำงานประสานกัน และประสานกับ รพสต.และเครือข่ายระบบบริการ
๔. อาจประสานโครงการ หมอประจำตัว เข้ากับโครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งตำบล และโครงการหนึ่งพยาบาลหนึ่งหมู่บ้าน

**ยุทธศาสตร์ที่ ๓** ปรับปรุงและแก้ไขระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างการกำกับดูแล (governance structure) รพสต. ทั้งในเขตเมืองและชนบท

### **เป้าประสงค์**

เพื่อให้เกิดโครงสร้างการกำกับดูแล รพสต. ที่มีความชัดเจนและเป็นเอกภาพระหว่างกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน มีความเป็นธรรมาภิบาลและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมทั้งมีประสิทธิภาพในการกำกับดูแลการบริหารจัดการ รพสต. ตามบริบทของเขตเมืองและชนบท

### **มาตรการและแนวทาง**

๑. ทบทวนกฎหมายและกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการทำงานของ รพสต. รวมทั้งแสวงหาแนวทางและช่องว่างทางกฎหมาย/ระเบียบ ที่เอื้อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถสนับสนุนทรัพยากรและบุคลากร ให้กับ รพสต. และระบบบริการปฐมภูมิ
๒. สร้างความชัดเจนของโครงสร้างการกำกับดูแล (line of command) และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ รพสต. เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ อปท. ชุมชน และ สปสช.
๓. ปรับปรุงกฎระเบียบและพัฒนาขีดความสามารถ รวมทั้งศักยภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยของ รพสต. แบบเครือข่าย รวมทั้งการให้บริการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปและแบบเฉพาะทาง (specialized care) กับประชาชนในพื้นที่ให้มากขึ้น
๔. ปรับระบบการบริหารของบริการสาธารณสุขในระดับ CUP เป็นระบบบริหารที่มีเอกภาพ (single management system) โดยมีผู้บริหารที่มีศักยภาพในแต่ละบริบทของพื้นที่ โดยไม่ยึดติดวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมในการบริหาร CUP โดยภาคประชาชน รูปแบบบริหารภายใน CUP ให้มีความหลากหลายสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
๕. การบริหารระบบบริการสาธารณสุขในระดับ CUP ไม่ใช่มาตรการทางการเงินนำการบริหารความสัมพันธ์ภายใน CUP ควรเป็นรูปแบบครูและศิษย์ หรือรูปแบบเพื่อนร่วมงาน

**ยุทธศาสตร์ที่ ๔** พัฒนาระบบสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพและการพัฒนา รพสต. เขตเมืองและชนบทในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย ด้านกำลังคนโดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านการเงินและระบบบัญชี ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบข้อมูลทางสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการครุภัณฑ์ส่วนกลาง ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ด้านการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และด้านระบบติดตามและประเมินผลการพัฒนารพสต.

## เป้าประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานและการพัฒนางาน รพสต. ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

**ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๔.๑** การพัฒนาทั้งด้านศักยภาพและปริมาณของบุคลากรสุขภาพในระดับตำบล และ รพสต.

### มาตรการและแนวทาง

๑. พัฒนากำลังคนโดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ และผู้อำนวยการ รพสต. ให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ และได้รับการ training และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
๒. เพิ่มศักยภาพของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ในแง่ของศักยภาพการรักษาพยาบาล เพื่อสร้างศรัทธาและสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา ศักยภาพในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ศักยภาพในการบริหารงานระบบบริการปฐมภูมิ และการบริหารให้เกิดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงศักยภาพในการรับฟังปัญหา และการเชื่อมโยงเพื่อแก้ไขปัญหของชุมชน
๓. เพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์ (ในบางพื้นที่) ใน รพสต. ที่มีความต้องการด้านสุขภาพสูงหรือมีปัญหาสุขภาพเร่งด่วน
๔. กำหนดมาตรฐานและขีดความสามารถในการให้บริการสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับตำบล
๕. กำหนดมาตรฐานและขีดความสามารถของผู้บริหาร รพสต. ทั้งในด้านคุณวุฒิ และศักยภาพในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตำบล
๖. พัฒนาการทำงานเป็นทีม (teamwork) ระหว่างบุคลากรที่มีศักยภาพด้านการรักษาพยาบาล กับบุคลากรที่มีศักยภาพในการประสานงานและทำงานกับชุมชน

**ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๔.๒** การพัฒนาระบบการส่งต่อ

### มาตรการและแนวทาง

๑. สนับสนุนให้มีระบบการเชื่อมต่อฐานข้อมูลระหว่าง รพสต. และ โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ electronic mail, telemedicine ผ่านโปรแกรม skype, หรือโปรแกรมการสื่อสารอื่นๆ เป็นต้น
๒. สนับสนุนให้มีการลงทุนด้านครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ที่พร้อมใช้งานในการจัดการฐานข้อมูลของ รพสต. อย่างมีประสิทธิภาพ
๓. จัดระบบการสื่อสารในการให้คำปรึกษาและการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านช่องทางต่างๆ เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ หรือ ระบบ tele-medicine
๔. มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ / ส่งกลับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

## ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๔.๓ การพัฒนาด้านการเงินและระบบบัญชี

### มาตรการและแนวทาง

๑. พัฒนาระบบการเงินและการคลังของ รพสต. ให้มีมาตรฐานชัดเจน มีความคล่องตัวและยืดหยุ่น สอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ และมีการเชื่อมโยงระบบกับหน่วยจ่ายแทน (health financing agencies) เพื่อการตรวจสอบและประเมินผลประสิทธิภาพและความถูกต้อง
๒. พัฒนาระบบตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลบัญชีโดยหน่วยงานระดับ CUP ที่มีความรู้ความชำนาญ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเงินและระบบงานใน รพสต. โดยความเข้าใจระบบได้
๓. การจัดสรรงบประมาณแก่ รพสต. ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรมีความชัดเจนเรื่องระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพในระบบการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งสามารถติดตามตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานได้
๔. สร้างกลไกกำกับประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณในระดับ CUP รวมถึงทำความเข้าใจกับ รพสต. ในการบริหารการคลังภาครัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณ
๕. พัฒนามาตรการและกลไกทางการคลังในการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพเชิงการผลิตผลงานของ รพสต. โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกในชุมชน
๖. สนับสนุนการสร้างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงินและการคลังของ รพสต. เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการเงินและการคลังของ รพสต. ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินผลในแง่ต้นทุนและความคุ้มค่า และผลต่อการดำเนินงานของ รพสต.

## ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๔.๔ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบข้อมูลทางสุขภาพ (IT and health information system)

### มาตรการและแนวทาง

๑. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการพัฒนา รพสต. (monitoring and evaluation - M&E) ในหน่วยงานระดับ CUP และกำหนดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่สำคัญ (key output and outcome indicator) ในระยะสั้นและระยะปานกลางที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
๒. มีการลงทุนด้าน infrastructure ของระบบข้อมูลข่าวสารในรูปแบบ electronic มากขึ้น และมีการประสานงาน เพื่อเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงานในแต่ละระดับ
๓. มีการพัฒนาบุคลากร (user) ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การวิเคราะห์ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ

**ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๔.๕** พัฒนาระบบการบริหารจัดการอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ รพสต.

๑. พัฒนาระบบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุครุภัณฑ์จาก CUP สู่อุปกรณ์ รพสต. (central supplies) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และลดภารกิจที่ไม่จำเป็นของบุคลากรใน รพสต.
๒. พัฒนาระบบสนับสนุนแบบรวมศูนย์ในระดับ CUP เพื่อให้เกิดคุณภาพในงานที่มีความเสี่ยงสูง และต้องลงทุนสูง เช่น ระบบจ่ายกลางสำหรับเครื่องมือและวัสดุปราศจากเชื้อ ระบบกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นต้น
๓. ลดภารกิจของงานสนับสนุนที่ไม่จำเป็นใน รพสต. เช่น งานธุรการ งานเจ้าหน้าที่ งานการเงิน เป็นต้น โดยการกำหนดกติกาตามบริบทของ CUP

**ยุทธศาสตร์ที่ ๕** การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (community empowerment)

๑. ปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและ รพสต. ให้เป็น coordinator, facilitator, และ supporter ในการส่งเสริมประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self care) และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (well being) โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ (social determinants of health)
๒. ผลักดันให้ชุมชนบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี (good health and well-being) โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยทางสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
๓. สนับสนุนให้ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน (good health-related environment)

### **เป้าประสงค์**

เพื่อให้ชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามบริบทของเขตชนบทและเขตเมือง โดยมี รพสต. เป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน

### **มาตรการและแนวทาง**

๑. พัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง โดยหมอบริการตัวและรพสต.เป็นผู้ประสานงานในการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง
๒. พัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในท้องถิ่น ทั้งบทบาทเครือข่ายญาติ เพื่อนบ้านองค์กรส่วนท้องถิ่น โดยมี รพสต.เป็นหน่วยงานสนับสนุนให้มีรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน โดยมุ่งหวังให้เครือข่ายดังกล่าวเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
๓. กำหนดให้ รพสต. มีบทบาทและความรับผิดชอบหลักในการผลักดันให้ชุมชนบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี ด้วยกระบวนการพัฒนาตนเองของชุมชน โดยบุคลากรใน รพสต. ต้องมีความรู้



ความเข้าใจในงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพสามารถถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวแก่ชุมชน และร่วมมือกับชุมชนในการพัฒนาและติดตามผลการพัฒนาจนกระทั่งบรรลุเป้าหมาย

๔. กำหนดให้ รพสต. มีบทบาทและพันธกิจในการสนับสนุนให้ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน โดยเน้นการให้ความรู้ การพัฒนากิจกรรมเชิงรุกในการสนับสนุนให้ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ และการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อสะท้อนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบอย่างต่อเนื่อง

## **ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การสร้างความมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน (community participation)**

### **เป้าประสงค์**

เพื่อให้ทุกภาคส่วนของชุมชนเข้าใจบทบาทของการพัฒนา รพสต. ตามทิศทางที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุก และเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องตามบริบทของ รพสต. เขตชนบทและเขตเมือง

### **มาตรการและแนวทาง**

๑. สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ประชาชน แกนนำชุมชน ผู้อาวุโสหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการยอมรับนับถือในชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน
๒. ส่งเสริมและกระตุ้นให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมใน รพสต. และมีความกระตือรือร้นที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนา รพสต. ตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (integrated care) ตามบริบทของพื้นที่

## ภาคผนวกที่ ๑

รายงานการประชุมคณะทำงานสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เรื่อง การจัดทำร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา รพสต.

วันพุธที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๔.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.

ณ ห้องผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ชั้น ๒

สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

### รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย          | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ     |
| ๒. นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย | นักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ        |
| ๓. ภก. ธนะวิชัย ปานน้อย         | ผู้ช่วยนักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ |

เริ่มประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

(ไม่มี)

วาระที่ ๒ เรื่องติดตามความคืบหน้า

(ไม่มี)

วาระที่ ๓ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

(ไม่มี)

วาระที่ ๔ เรื่องอื่น ๆ

### ๑. การวางแผนงานการจัดทำร่างแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นพ. ภูษิต ได้ชี้แจงงานที่ทาง สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ได้รับมอบหมายให้จัดทำแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้แผนที่สอดคล้องกับบริบทของแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้งานได้จริง โดยมีระยะเวลาจัดทำประมาณ ๒ เดือน โดยมีระเบียบวิธีในการจัดทำ

### ๒. ทบทวนร่างแผนงานและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (Review Literature)

โดยขอความร่วมมือจากคณะทำงานของ สป.รพสต. มาร่วมกับคณะทำงานจาก สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

### ๓. การระดมความคิดเห็น (Brainstorming) คาดว่าจะทำในช่วงปลายเดือนมิถุนายน (ประมาณ

วันที่ ๒๘ หรือ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๔) โดยคัดเลือกผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นจาก ผู้อำนวยการ

รพสต.ของ CUP และอยู่ในโครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ (ค.ศ.น.) โดยจะจัดขึ้นที่ ส่วนกลางและมีการจัดซ้ำรวม ๒-๓ รอบ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมแสดงความเห็นเกี่ยวกับรูปแบบรพสต. ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เมื่อได้ขอสรุปจากกลุ่มนี้แล้วจึงจะรับฟังความคิดเห็นจากนักวิชาการที่เกี่ยวข้องต่อไป

๔. การเยี่ยมสำรวจพื้นที่ (Field trip) ยังไม่กำหนดพื้นที่แต่คาดว่าจะดำเนินการในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

ในส่วนคณะทำงานของ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นพ.ภูษิตจะเชิญ ญญ.สุรัชดา กองศรี มาร่วมเป็นคณะทำงานและนัดหมายการประชุมคณะทำงานร่วมระหว่าง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสป.รพสต. ซึ่งมีนพ.เกษมเป็นหัวหน้าคณะในวันพฤหัสบดีที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๗.๐๐ ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ปิดประชุมเวลา ๑๕.๓๐

ภก.ชนะวิชัย ปานน้อย  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

รายงานการประชุมหรือการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ครั้งที่ ๑/๕๔ วันพุธที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๔.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
อาคารคลังพัสดุ กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นพ. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. ภญ. สุรัชดา กองศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. ภก. ธีระวิทย์ ปานน้อย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕. นพ. เกษม เวชสุทธานนท์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๖. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๗. นางสุทธิมา สงวนศักดิ์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๘. นางเพ็ญศรี เกิดนาค	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๙. นายสุรชัย อธิคมานนท์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๑๐. นางจุฬาดาทา สุขุมาลวรรณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๑. นางบำรุง ชลเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๒. นายสุรติ ฉัตรไชยาภฤกษ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๓. คุณปัทมา ทูมาวงศ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

๑. พญ. บุษกร อนุชาติวรกุล	ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
๒. นพ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ สงขลา
๓. นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี
๔. นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เริ่มประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

วาระที่ ๑	เรื่องแจ้งเพื่อทราบ (ไม่มี)
วาระที่ ๒	เรื่องติดตามความคืบหน้า (ไม่มี)
วาระที่ ๓	เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา (ไม่มี)

## วาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

### การประชุมหรือการจัดทำร่างยุทธศาสตร์พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นพ.ภูษิต ประคองสาย ได้กล่าวถึงที่มาและเป้าหมายของการประชุม โดย สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้รับมอบหมายให้จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทบทวนเอกสารแผนงาน หรือยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ฯ ที่ประชุมจึงได้ร่วมกันทบทวนแผนและยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและได้มีการจัดทำมาก่อนหน้านี้ โดยแบ่งออกเป็น ๖ แผนหลัก ๆ คือ

๑. แผนยุทธศาสตร์เวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ
๒. แผนกำลังคนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๓. แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับร่าง)
๔. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓
๕. Service plan
๖. แผนพัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือระบบบริการปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๕๐ – ๒๕๕๔)

### แผนพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ

จัดทำแผน ๕ ปี โดย ๓ หน่วยงาน คือ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาแพทย์-เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมุ่งหวังให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวดูแลเรื่อง care management เป็น practice manager ไม่ใช่ administration manager ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) มีความเข้มแข็ง แผนพัฒนาที่จัดทำขึ้นนี้เป็นลักษณะ action plan มากกว่าแผนยุทธศาสตร์ เน้นการผลิตบุคลากรเป็นหลัก โดยในระยะที่ ๑ มีการวางแผนเพิ่มจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบ เพื่อให้เป็นผู้นำในการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยราชวิทยาลัยฯ จะเป็นผู้กำกับดูแลมาตรฐานของการฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุขดูแลหลังจากที่ผลิตออกมาแล้ว และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นฝ่ายสนับสนุน โดยตั้งเป้าหมายว่าจะได้แพทย์เวชศาสตร์จำนวน ๒๐๐ คนต่อปี ในระยะที่ ๒ จะเน้นที่กลุ่มแพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้สามารถใช้ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวในการปฏิบัติงานได้ โดยใช้วิธี In-service training เป็นเวลา ๑ ปี แทนการลาเรียนเต็มเวลา นอกจากนี้ยังขยายการพัฒนาทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัวไปยังบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น พยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แผนนี้อยู่ระหว่างการพัฒนายุทธศาสตร์ ในขั้นตอนประชาพิจารณ์

### แผนกำลังคนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป็นแผนระยะ ๑๐ ปี การร่างแผนดังกล่าวนี้ได้มีมติรับรองจากคณะรัฐมนตรีในเรื่องงบประมาณเรียบร้อยแล้ว แต่ยังคงต้องรอการพิจารณาจากสภาผู้แทนราษฎร โดยเป้าหมายของแผนนี้จะมุ่งเน้นการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ๔ ปี บุคลากรทางด้านทันตสาธารณสุข (๔ ปี) แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงาน

สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน เพื่อรองรับงานส่งเสริมสุขภาพใน รพสต. เพื่อให้ตรงตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. โดยจะเน้นทั้งการผลิตและพัฒนาควบคู่กัน และตั้งเป้าหมายการผลิตไว้จำนวน ๑๖,๕๐๐ คน ภายใน ๖ ปี แต่แผนดังกล่าวไม่ได้ลงรายละเอียดแผนการจัดสรรตำแหน่งรองรับสำหรับผู้ที่จะมาในสาขาดังกล่าว

### ร่างแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปีของ สปสช.

ในยุทธศาสตร์ที่ ๓ มีเป้าหมายการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ผ่านกลยุทธ์ ๖ ข้อ โดยสรุป คือ

- กลยุทธ์ที่ ๑ การเพิ่มคุณภาพของระบบบริการ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกระดับผ่านระบบบริการปฐมภูมิ
- กลยุทธ์ที่ ๒ ศึกษาและพัฒนานวัตกรรมเพื่อพัฒนางาน P&P และขยายการบริการให้ครอบคลุมเพื่อความเท่าเทียม
- กลยุทธ์ที่ ๓ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและควมมีศักดิ์ศรีของผู้ให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการเพิ่มและพัฒนากำลังคนให้มีศักยภาพ
- กลยุทธ์ที่ ๔ สร้างความสมดุลระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิให้มีความเชื่อมโยงระหว่างกัน
- กลยุทธ์ที่ ๕ พัฒนากลไกที่อำนวยความสะดวกการเข้าถึงบริการทุกประเภทและเน้นการติดตามผลการพัฒนา
- กลยุทธ์ที่ ๖ เพิ่มการจัดบริการในเขตที่ขาดแคลน

### มิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

โดยใช้ ๖ Boxes ของระบบสุขภาพโดย WHO ได้แก่

- กำลังคน
- การเงิน ได้แก่ สปสช. อปท. กระทรวงสาธารณสุข โดยรายละเอียดแบ่งเป็นเขตเมืองและเขตชนบท
- ข้อมูล เช่น Household survey และ ๑๘ แฟ้ม
- Governance
- ระบบบริการ
- เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์
- การมีส่วนร่วมของชุมชน และ advocacy

### Service plan

สรรส. เป็นผู้จัดทำ โดยทำในสถานพยาบาลทั้ง ๓ ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ รวมถึง referral system โดยมีระยะเวลาของแผน ๕-๑๐ ปี

จากการทบทวนข้างต้นที่ประชุมได้มีมติให้จัดทำร่างยุทธศาสตร์ฯ โดยใช้แผนที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำ โดยแบ่งเป็น ๒ แผน แผนที่ ๑ จะเป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา รพสต. โดย **คุณจุฬาดาทา** เสนอให้แสดงภาพของรพสต. ที่ทุกฝ่ายสามารถยอมรับได้และเชื่อมแผนต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นด้วยกัน

**นายแพทย์เกษม** เสนอแนะให้แผนที่จัดทำนี้เป็นแกนหลักสำหรับการพัฒนา รพสต. ภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุข และสำหรับ sector อื่น ๆ ที่อาจเข้ามาร่วมจัดบริการในอนาคต เช่น เขตเมือง ออสมิเทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น แผนที่ ๑ นี้จะมีรายละเอียดครอบคลุมทั้งการจัดบริการ รพสต.ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท แผนที่ ๒ เป็น “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ๑๐ ปี” ซึ่งจะเป็นการพัฒนาต่อยอดจากแผนที่ ๑ โดยอาจใช้เนื้อหาในแผนพัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือระบบบริการปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๕๐ – ๒๕๕๔) แต่ควรทบทวนเพิ่มให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเพิ่มวิถีชุมชน หรือกระบวนการวิถีชุมชน เป็นต้น

ในการจัดทำแผนที่ ๑ จะจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ตามกรอบของ WHO ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อ คือ กำลังคน การเงินการคลัง ข้อมูลข่าวสาร หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ระบบบริหาร/มาตรฐานเวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการประชาสัมพันธ์ โดยทาง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รับผิดชอบจัดทำเนื้อหาในส่วนของยุทธศาสตร์การพัฒนา รพสต. เขตชนบท และทาง สป.รพสต.รับผิดชอบจัดทำเนื้อหาในเขตเมือง โดยจะมีการนำเสนอเนื้อหาแต่ละส่วนในการประชุมครั้งต่อไป

**วาระที่ ๔ เรื่องอื่น ๆ**

นัดประชุมครั้งต่อไปวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๗.๐๐ – ๑๘.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ชั้น ๓

**ปิดประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.**

ภก.ชนะวิทย์ ปานน้อย  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

รายงานการประชุมหรือการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ครั้งที่ ๒/๕๔ วันศุกร์ที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๖.๐๐ – ๑๘.๓๐ น.  
ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
อาคารคลังพัสดุ กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นพ. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. ภญ. สุรัชดา กองศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔. ภก. ณะวิชัย ปานน้อย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๕. พญ. บุษกร อนุชาติวรกุล	ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
๖. นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี
๗. นพ. สันติ ลาภเบญจกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ ลพบุรี
๘. นพ. สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนาทวี สงขลา
๙. นพ. พนา พงศ์ชานะภัย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มเก่า เพชรบูรณ์
๑๐. พญ. วลัยรัตน์ ไชยฝู	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางมะผ้า แม่ฮ่องสอน
๑๑. นางสุธิมา สงวนศักดิ์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๑๒. นางจุฬาดาทา สุขุมลวรรัตน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๓. นางบำรุง ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

๑. นายแพทย์กฤษ ลีทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. นพ. เกษม เวชสุทธานนท์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๓. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๔. นางเพ็ญศรี เกิดนาค	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๕. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๖. นายสุรติ ฉัตรไชยาพฤกษ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๗. คุณปัทมา ทูมาวงศ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา ๑๖.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ  
(ไม่มี)

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

แก้ไขคำผิดในรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/๕๔



- ๑) แก่ไขชื่อ คุณสุทธิมา เป็น “สุริมา”
- ๒) แก่ไข email address คุณสุทธิมาเป็น [SUTI\\_๒๖@gmail.com](mailto:SUTI_๒๖@gmail.com)
- ๓) แก่ไขชื่อคุณสุรัชน์ เป็น “คุณสุรัศกดิ์”

### วาระที่ ๓ เรื่องติดตามความคืบหน้า

#### ๓.๑) การติดตามความคืบหน้าการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า สป.รพสต. ได้จัดทำข้อเสนอร่างยุทธศาสตร์ฯ ในเขตเมือง และทางสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อนำเสนอ แต่ในส่วนเนื้อหาเขตชนบทยังอยู่ในระหว่างการจัดทำ อย่างไรก็ตามก็มีการให้ความเห็นจากคณะทำงาน รพสต. นำโดยพญ.บุษกร นพ.ประสิทธิ์ชัยและคณะ ดังนี้

#### แผนพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ

คณะกรรมการให้ความเห็นว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน (IPD) แต่งานดูแลผู้ป่วยที่เป็น rare case อาจไม่ใช่บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากสามารถส่งต่อได้ ดังนั้น หากผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน (IPD) จะทำให้มีความ smart มากขึ้น นอกจากนี้ต้องมีความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ด้วย

#### แผนกำลังคนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เนื่องจากไม่มีแผนเรื่องงบประมาณ ซึ่งทำให้แผนนี้ไม่น่าจะประสบความสำเร็จ ซึ่งปัจจุบันใช้งบประมาณจาก สปสช. ที่อนุมัติเรื่องการพัฒนา รพสต. ซึ่งไม่ได้ระบุถึงตำแหน่งบรรจุ

#### Service plan

แผนนี้เขียนถึงการบริการปฐมภูมิน้อยมาก ซึ่งสถานีอนามัยมีความสามารถทำงาน P&P ได้ แต่ถ้าเป็นเรื่องงานฟื้นฟูควรเป็นบทบาทของโรงพยาบาล เนื่องจากโรคไม่ติดต่อปัจจุบันค่อนข้างซับซ้อน

#### ความคิดเห็นอื่น ๆ ในการจัดทำแผน ๑๐ ปี ปฐมภูมิ

- แผนนี้เป็นแผนพัฒนา primary care หรือ รพสต. ต้องเลือกให้ดี เนื่องจากเป็นคนละเรื่องกัน
- ถ้าจะ earmark ค่าตอบแทนให้แพทย์ ๒ บาทในการไปเยี่ยมบ้าน อาจต้องระวังความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ
- สปสช. อาจจะไม่มีการจ่ายเงินแบบ on top เนื่องจากผลจากการวิจัยพบว่าไม่มีผล

คุณจุฬาดาทเห็นว่า การพัฒนา รพสต. ต้องมีรายละเอียดของ Action plan ให้ชัดเจนขึ้น และประเด็นเรื่อง casement area และทิศทางของ Family doctors ต้องถูกระบุให้ชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์ฯ ในขณะเดียวกันร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ต้องจูงใจมากพอที่จะทำให้ผู้ที่มิอำนาจในการผลักดันนโยบายเห็นด้วยที่จะผลักดันแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ให้มีการบังคับใช้ นพ.ภูษิตเสนอว่าในภาพรวมแล้วการพัฒนา รพสต. เป็นเรื่องที่ไม่อาจแยกออกจากการพัฒนาบริการปฐมภูมิของประเทศ ดังนั้นควรจัดทำร่างยุทธศาสตร์ฯ ในกรอบของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งหมด เพื่อป้องกันการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน และความสับสนต่อ

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย จากนั้นที่ประชุมได้ร่วมกันเสนอความเห็นจนได้กรอบเนื้อหาที่สำคัญในร่างยุทธศาสตร์ฯ ซึ่งประกอบด้วย

- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรัง (**Chronic Disease**) เน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความต่อเนื่องในการดูแลและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยงานป้องกันสุขภาพต้องสร้างให้เกิดงาน primary prevention จริงๆ ไม่ใช่เพียงแค่ screening detection
- การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น เช่น การดูแลและป้องกันปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดเกมส์ออนไลน์ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย และปัญหาการตั้งท้องที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่น เป็นต้น
- การฟื้นฟูสุขภาพ (**Rehabilitation**) โดยมุ่งให้เกิด self-rehabilitation ในประชาชนโดยเน้นบทบาทของแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสุขภาพให้ชัดเจนขึ้น
- การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ (**Empowering Community**) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจที่ดี (Good health and Well-being) อยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดี
- ระบบสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (**Supporting system**) ได้แก่ ระบบบัญชีและการเงิน Central supply การจัดการคลังเวชภัณฑ์และวัสดุ และการจัดการข้อมูลข่าวสาร

นพ.ภูษิตแจ้งว่าจะนำเสนอกรอบของเนื้อหาการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ตามที่กล่าวมาข้างต้นในการประชุมคณะกรรมการประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เพื่อขอความเห็น หากที่ประชุมในวันนั้นเห็นชอบกับกรอบการจัดทำดังกล่าวจะได้ดำเนินการจัดทำร่างแผนการดำเนินงานยุทธศาสตร์เพื่อเสนอของบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขต่อไป สำหรับประชุมคณะทำงานครั้งต่อไปจะดำเนินการนัดหมายภายหลังจากการประชุมในวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔

วาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา  
(ไม่มี)

วาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ  
(ไม่มี)

นัดประชุมครั้งต่อไป (ยังไม่มีการนัดหมาย)

ปิดประชุมเวลา ๑๘.๓๐ น

ภก.ชนะวิชัย ปานน้อย  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

รายงานการประชุมหรือการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ครั้งที่ ๓/๕๔ วันศุกร์ที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.  
ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
อาคารคลังพัสดุ กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย           | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒. นพ. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ            |
| ๓. นางสุริมา สงวนศักดิ์          | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล    |
| ๔. นางจุฬาดาท สุขุมาลวรรณ        | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                  |
| ๕. นางบำรุง ชลอเดช               | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                  |

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| ๑. นายแพทย์กฤษ ลิ้มทองอิน     | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                      |
| ๒. นพ. เกษม เวชสุทธานนท์      | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล        |
| ๓. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง      | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล        |
| ๔. นางเพ็ญศรี เกิดนาค         | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล        |
| ๕. นายสุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์   | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล        |
| ๖. นายสุรติ ฉัตรไชยาภฤกษ์     | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๗. คุณปัทมา ทูมาวงศ์          | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ             |
| ๘. ภญ. สุรัชดา กองศรี         | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                |
| ๙. ภก. ชนะวิทย์ ปานน้อย       | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                |
| ๑๐. พญ. บุษกร อนุชาติวรกุล    | ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี             |
| ๑๑. นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี                   |

เริ่มประชุมเวลา ๑๕.๐๐ น.

- |           |                                  |
|-----------|----------------------------------|
| วาระที่ ๑ | เรื่องแจ้งเพื่อทราบ<br>(ไม่มี)   |
| วาระที่ ๒ | รับรองรายงานการประชุม<br>(ไม่มี) |
| วาระที่ ๓ | เรื่องติดตามความคืบหน้า          |

## ๑.) ร่างแผนยุทธศาสตร์ทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

จากการเข้าร่วมประชุมการพัฒนา service plan ที่ประชุมได้สอบถามเนื้อหาหรือข้อยุติที่อาจเกี่ยวข้องกับการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ฯ โดยสรุป คือ ที่ประชุมกล่าวถึงรายละเอียดในส่วนของหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ มากกว่าปฐมภูมิ และมีการอภิปรายในส่วนของเวชศาสตร์ชุมชน ซึ่งมีการใช้คำว่าหมอครอบครัวเพื่อขยายบทบาทไปยังบุคลากรสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในรพสต. คือ สาธารณสุขเขต ๑๐ ซึ่งดูแลโดยนพ. นิทัศน์ ที่มีนักสุขภาพครอบครัว (นสค) ซึ่งเป็นพยาบาล แต่มีข้อเสนออยากให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นที่ปรึกษาประจำ ซึ่งนพ.ขวัญประชาได้เสนอรูปแบบให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มารับปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่มีคณะทำงานบางท่านเห็นว่าจะเป็นการสนับสนุนงานดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน จึงได้มีการอภิปรายเรื่องบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ควรจะเป็นในระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีข้อเสนอให้บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องชัดเจนและสื่อสารให้ประชาชนรับทราบเพื่อทำความเข้าใจ โดยอาจเน้นบทบาทเป็นที่ปรึกษา โดยเสนอให้แยกบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกจากงานส่งเสริมและป้องกันเนื่องจากอาจเข้าไม่ถึงชาวบ้าน และอาจเกิดปัญหาการไม่ยอมรับของแพทย์เอง

จากการประชุมกับคณะทำงานระดับกระทรวงเมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ที่ผ่านมา ได้มีการเสนอให้กระจายอำนาจการบริหาร รพสต. ให้แก่ท้องถิ่นมากขึ้น เสนอเรื่องกรอบของกฎหมายที่ชัดเจนในการขับเคลื่อน รพสต. การบริการให้เน้นงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพเป็นหลัก แต่จากปัญหาที่ผ่านมาคือ แผนที่จัดทำเน้นงานบริการมากกว่างานส่งเสริมและป้องกัน อันเป็นสาเหตุจากการที่ รพสต. ต้องบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้งานส่งเสริมและป้องกันถูกลดบทบาทการดูแลผู้ป่วยลง จึงมีคำถามว่าผู้บริหารหรือคณะทำงานระดับกระทรวงจัดประเภทงานดูแลผู้ป่วยเป็นงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการส่งเสริมป้องกันหรือการดูแลรักษา ในขณะที่เดียวกันหากมีการลดงานด้านการดูแลรักษาอาจเกิดการต่อต้านจากประชาชน จากการอภิปรายที่ประชุมตกลงให้แนวทางของร่างยุทธศาสตร์ฯ มีลักษณะการจัดงานทั้งบริการดูแลรักษาและการส่งเสริมป้องกันในสัดส่วนที่เหมาะสม

นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงบทบาทที่ไม่ชัดเจนระหว่าง community self-care service และ primary care service โดยเข้าใจว่าอย่างแรกไม่ใช่บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่เป็นหน้าที่ๆ ท้องถิ่นต้องเข้ามารับผิดชอบ ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันนี้อาจมีผลต่อการออกแบบระบบบริหารของบริการปฐมภูมิ ดังนั้นต้องให้ความสำคัญของทั้ง ๒ อย่างเหมาะสม มีภารกิจชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น

สัดส่วนของรูปแบบงานบริการในรพสต. ควรพิจารณาตามความพร้อมของพื้นที่ โดยพื้นที่เขตเมืองที่มีความเจริญอาจเน้นงานด้านดูแลรักษาเป็นสำคัญ ในขณะที่พื้นที่เขตชนบทอาจให้ความสำคัญเกี่ยวกับงาน community-based service แต่เนื่องจากความเจริญได้แทรกซึมลงไปในชนบทมากขึ้น พร้อมกับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เน้นการดูแลรักษามากขึ้น จึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาว่าในระยะยาวลักษณะการจัดบริการ รพสต. ควรจะเน้นการดูแลรักษาในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

หรือไม่ สำหรับหน้าที่ของกองทุนสุขภาพตำบลนั้นต้องเน้นบทบาทการประสานงานระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่น สร้างให้ชุมชนมีความรับผิดชอบในงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพ แต่ไม่ควรทำในรูปแบบการออกคำสั่ง

โดยสรุปการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์จะมีทิศทางที่เป็น Integrated service มากขึ้น โดยเสนอให้ตัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและเปลี่ยนเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแทนแต่ยังไม่นำแนวคิด Area-based Management มาใช้ การเขียนแผนควรให้มีความเป็นไปได้ และเอื้อกับกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อให้มีร่างยุทธศาสตร์ฯ สถานะชัดเจน เป็นความรับผิดชอบผูกพัน และรับประกันความยั่งยืนของการพัฒนา รพสต. โดยอาจปรึกษานักกฎหมายในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ในแง่โครงสร้างระดับชนบทอาจต้องแยกงบประมาณ และโครงสร้างการทำงานภายในของ รพสต.ให้ชัดเจน แต่ให้กระทำหลังจากที่ รพสต.มีความมั่นคงแล้ว การจัดทำร่างได้เสนอให้มีการเขียนร่วมกันในคณะทำงาน และนัดประชาพิจารณ์หลังจากที่ร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เสร็จสมบูรณ์แล้ว โดยจะมีการนัดวันเวลา และสถานที่ต่อไป

วาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา  
(ไม่มี)

วาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ  
(ไม่มี)

นัดประชุมครั้งต่อไป (ยังไม่มีการนัดหมาย)

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐

ภก.ธนวิชช์ ปานน้อย  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

รายงานการประชุมหรือการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนา  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ครั้งที่ ๔/๕๔ วันศุกร์ที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๗.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
อาคารคลังพัสดุ กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย           | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒. นพ. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ            |
| ๓. ภก. ณะวิรัช ปานน้อย           | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ            |
| ๔. นางสุธิมา สงวนศักดิ์          | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล    |
| ๕. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง         | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล    |
| ๖. พญ. บุษกร อนุชาติวรกุล        | ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี        |

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| ๑. นายแพทย์กฤษฎ ลีทองอิน      | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                         |
| ๒. นพ. เกษม เวชสุทธานนท์      | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล           |
| ๓. นางจุฬาดาท สุขุมาลวรรณ     | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                         |
| ๔. นางเพ็ญศรี เกิดนาถ         | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล           |
| ๕. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์    | สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล           |
| ๖. นายสุรติ ฉัตรไชยาพฤกษ์     | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์<br>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๗. คุณปัทมา ทูมาวงศ์          | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ                |
| ๘. ภญ. สุรัชดา กองศรี         | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                   |
| ๙. นางบำรุง ชลเดช             | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                         |
| ๑๐. นพ. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี                      |

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

- |           |  |
|-----------|--|
| วาระที่ ๑ | เรื่องแจ้งเพื่อทราบ<br>(ไม่มี)           |
| วาระที่ ๒ | รับรองรายงานการประชุม<br>(ไม่มีการแก้ไข) |
| วาระที่ ๓ | เรื่องติดตามความคืบหน้า                  |

## ร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

คณะทำงานร่างแผนยุทธศาสตร์ได้เชิญ พญ.บุษกร มาร่วมให้ความเห็นเกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยกล่าวถึงสถานการณ์และบริบททางสังคมต่าง ๆ ที่ควรคำนึงถึงในการร่างแผนฯ ดังนี้

- บริบทของชุมชนและสังคมที่มีผลต่อบริการสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง เช่น ประชาชนมีความคาดหวังต่อบริการของโรงพยาบาลมากกว่าสาธารณสุขอำเภอ หรือ รพสต. ซึ่งในสมัยก่อนงานบริการพื้นฐานของ สอ. คือ งาน P&P โดยไม่เน้นงานรักษา ต่อมาภายหลังได้มีการเพิ่มงานรักษาเข้าไปตามความคาดหวังของประชาชน ดังนั้น การเขียนนโยบายจึงไม่ควรสร้างความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน การประกาศขีดความสามารถของ รพสต. จึงต้องคำนึงถึงความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อ รพสต. ด้วย
- สืบเนื่องจากประชาชนมีความคาดหวังเรื่องการรักษามากกว่า P&P ทำให้การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิที่ผ่านมามีผล โดยให้ความสำคัญกับบริการของโรงพยาบาลมากกว่า สอ. ทำให้การพัฒนาของ สอ. ถดถอยลง
- ในด้านการพัฒนากำลังคนยังไม่ตรงกับการทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ที่มุ่งเน้นงาน P&P โดยผู้ปฏิบัติงานใน สอ. ที่เป็นผู้อาวุโสทำงานในส่วน community based น้อยลง และเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่ยังขาดทักษะและความรู้ในการทำงาน P&P
- ประชาชนคาดหวังเพียงแค่ว่า “ยาดี” จาก สอ. และไม่ได้คาดหวังให้ สอ. ทำหน้าที่เป็น coordinator ในระบบสุขภาพ
- ประชาชนต้องการ real-time consultant service โดยสอ. น่าจะเป็นที่พึ่งในการให้คำปรึกษาเบื้องต้นทางสุขภาพได้
- ในปัจจุบันแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เชื่อมั่นว่า รพสต. สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นจนเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะรองรับได้ จึงจำเป็นต้องกระจายผู้ป่วยลงไปยัง รพสต. ต่าง ๆ โดยแพทย์จาก รพ.แม่ข่ายจะทำ in-service training แก่เจ้าหน้าที่ใน สอ. แล้วจึงถอนตัวออกมา ซึ่งเท่ากับว่าเป็นของ สอ. ที่ต้องทำงานรักษาแทน รพ. ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่สำคัญของ สอ. เอง
- สอ. เป็นกลไกทางการเมืองมาอย่างยาวนานและประชาชนไม่ได้รู้สึกมีส่วนร่วม กับ สอ. ในการพัฒนาบริการสุขภาพ

ข้อเสนอที่ควรนำมาพิจารณาในการจัดทำร่างแผนฯ เพิ่มเติมได้แก่

๑. ปรับทิศทางการพัฒนา อสม. และ สอ. โดยให้ชุมชนเป็น focal point ในการพัฒนา งาน P&P แทน สอ. และเจ้าหน้าที่ สอ. เปลี่ยนบทบาทเป็น facilitator, coordinator และ supporter เทคโนโลยีใดที่สามารถถ่ายโอนไป self-care ได้ให้ถ่ายทอดความรู้แก่ สอ.

๒. สอ. ต้องทำงานเกี่ยวกับ psychosocial service มากขึ้น งานทางด้าน curative ให้ปรับบทบาทเป็น coordinator สำหรับงาน P&P ให้ทำในเบื้องต้นเพื่อบำบัดความทุกข์ของผู้ป่วย
๓. ลงทุนใน referral system โดยสร้างความเข้มแข็งของระบบ
๔. เสริมความเข้มแข็งให้แก่รพ.ชุมชน หรือ รพ.อำเภอ เพื่อลดการ bypass ผู้ป่วยไปยัง รพ.ระดับที่สูงกว่า โดยสนับสนุนให้แพทย์เฉพาะทางทำงานใน รพ.อำเภอ ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าแทนที่จะลงทุนในโรงพยาบาลจังหวัด ในระดับอำเภอต้องควบคุม outbreak ให้เร็ว
๕. สืบเนื่องจากข้อ ๔ ควรเพิ่มการรับรู้ของประชาชนว่า รพช. มีแพทย์เฉพาะทางที่สามารถให้บริการเทียบเคียงได้กับการให้บริการในโรงพยาบาลจังหวัด

เป้าหมาย ๓ ประการเพิ่มเติมที่เสนอโดย พญ.บุษกร ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ คือ

๑. นโยบายแพทย์ประจำตัวคนไทย ภายใต้บริบทของประเทศไทย โดยในเขตชนบทอาจหมายถึง หมออนามัย พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ แต่ในเขตเมืองซึ่งมีความแตกต่างในบริบทความคาดหวังทางสุขภาพ จึงเสนอเป็นแพทย์เท่านั้น
๒. นโยบายลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
๓. ให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา  
(ไม่มี)

วาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ  
(ไม่มี)

นัดประชุมครั้งต่อไป (ยังไม่มีการนัดหมาย)

ปิดประชุมเวลา ๑๗.๐๐ น

ภก.ชนะวิชัย ปานน้อย  
ผู้อำนวยการงานการประชุม



## ภาคผนวกที่ ๒

### กำหนดการประชุมประชาพิจารณ์

(ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๖๔

วันเสาร์ที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๔

ณ ห้องประชุมแซฟไฟร์ ๒-๓ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

ภาคเช้า	
๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐-๐๙.๒๐ น.	ประธานกล่าวเปิดการประชุม โดย นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๐๙.๒๐-๑๐.๐๐ น.	ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการจัดประชาพิจารณ์ โดย นพ.ภูษิต ประคองสาย ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๐.๐๐-๑๐.๓๐ น.	นำเสนอที่มา หลักการและเหตุผล กระบวนการจัดทำร่างและผลการ SWOT Analysis สถานการณ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โดย นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๔๕-๑๒.๐๐ น.	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ – ๓ โดย นพ.ภูษิต ประคองสาย เปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็น
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารเที่ยง
ภาคบ่าย	
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น.	แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น ๓ กลุ่มย่อย ตามยุทธศาสตร์ที่ ๔, ๕, และ ๖
๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๔๕-๑๕.๔๕ น.	นำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย โดยผู้แทนของแต่ละกลุ่ม ดำเนินการโดย นพ. ภูษิต ประคองสาย และ นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย เปิดเวทีให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็น
๑๕.๔๕- ๑๖.๐๐ น.	สรุปข้อเสนอและความคิดเห็นจากการประชาพิจารณ์ และกล่าวปิดการประชุม โดย นพ.ภูษิต ประคองสาย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชานิการณ์

(ร่าง)แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔

วันเสาร์ที่ ๒๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม Sapphire ๒-๓ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี

ลำดับที่	รายชื่อ	หน่วยงาน
๑.	นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์	กระทรวงสาธารณสุข
๒.	นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ	กระทรวงสาธารณสุข
๓.	นายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๔.	แพทย์หญิงบุษกร อนุชาติวรกุล	ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
๕.	นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	โรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี
๖.	นายแพทย์กฤษ สี่ทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๗.	นางจุฬาดา สุขุมลววรรณ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๘.	นางบำรุง ชลอเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๙.	นายสุรติ ฉัตรไชยาภฤกษ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
๑๐.	นางเอี่ยมพร จันท์ทอง	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๑๑.	นางสุธิมา สงวนศักดิ์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๑๒.	นางเพ็ญศรี เกิดนาค	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๑๓.	คุณปัทมา ทุมววงศ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๑๔.	คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์	สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๑๕.	นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล	โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี
๑๖.	นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนาทวิ จ.สงขลา
๑๗.	นายแพทย์พนา พงศ์ชานะภัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์
๑๘.	แพทย์หญิงวัลย์รัตน์ ไชยฝู	โรงพยาบาลปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน
๑๙.	นายแพทย์สุเทพ วัชรปิยานันท์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒๐.	แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชากร	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
๒๑.	นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๒.	แพทย์หญิงวัชราริวิไพบูลย์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๓.	ทันตแพทย์จเร วิชาติไทย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒๔.	นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๕.	นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
๒๖.	นายแพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ	โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
๒๗.	แพทย์หญิงอรวรรณ ตะเวทิงค์	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ลำดับที่	รายชื่อ	หน่วยงาน
๒๘.	แพทย์หญิงอัจฉราภรณ์ นีละศรี	รพสต.หนองงูเห่าล้อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จ. นครปฐม
๒๙.	นายแพทย์สมชาติ สุจริตรังสี	โรงพยาบาลดอนพุด จ.สระบุรี
๓๐.	นายเกษมชาติ จำสิงห์	ผอ.รพสต.บัวเงิน ต.บัวเงิน อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น
๓๑.	นางสุวลี พุกษาหอม	ผอ.รพสต.ดงเค็ง อ.หนองสองห้อง จ.ขอนแก่น
๓๒.	นางสาวทิพวรรณ งามะพันธ์	รพสต.ปลาค้าว อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ
๓๓.	นายยงยุทธ สุขพิทักษ์	รพสต.เขาพระบาท อ.เข็ญใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช
๓๔.	นางนิตยา สิงขร	รพสต.บ้านไม้ขาว
๓๕.	นางแซงซีเยาะว์ วาโห๊ะ	รพสต.ปล่องหอย
๓๖.	นางธัญญา พ่วงศร	รพสต.บ้านกว้าง จ.พิษณุโลก
๓๗.	นางจันทร์ศรี มุละวงศ์	รพสต.ป่าซาง จ.ลำพูน
๓๘.	นางวิรัชฎา มะมา	รพสต.บ้านดงมูลเหล็ก จ.เพชรบูรณ์
๓๙.	นายประสาร ช่างกระตัด	รพสต.มะสง จ.ปทุมธานี
๔๐.	นางวัชรินทร์ ตรุสานันท์	รพสต.บ้านคลองกลางบึง จ.สมุทรปราการ
๔๑.	นางเพ็ญศรี มากผาสุข	รพสต.บ้านใหม่ จ.อยุธยา
๔๒.	นายวันชัย สมใจเพ็ง	รพสต.ดอนไร่ อ.สามชุก จ.สุพรรณบุรี
๔๓.	น.ส.มินทร์ลดา จิระประภาสุรวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
๔๔.	น.ส.เยาวรัตน์ ศุภกรรม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยุธยา
๔๕.	นางรุ่งนภา มลารัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
๔๖.	นายไพบูลย์ บุญแสนแพน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
๔๗.	นางนันทนวล แสนเหวม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู
๔๘.	นายปรเมษฐ์ จินา	สสอ.นาสาร จ.สุราษฎร์ธานี
๔๙.	นายธรรมบุญ ชามทอง	สสอ. นบพิตำ จ.นครศรีธรรมราช
๕๐.	นางสาวเยาวรัตน์ ศุภกรรม	สสจ.อยุธยา
๕๑.	คุณชลนภา อนุกุล	เครือข่ายชมช่องว่าง (สช)
๕๒.	คุณณัฐยา บุญภักดี	ผู้ประสานงาน มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)
๕๓.	คุณมณูญ พลายชุม	รพสต.เขาพระบาท อ.เข็ญใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช
๕๔.	คุณณรงค์ ตั้งศิริชัย	รพสต.เนินศาลา จ.นครสวรรค์
๕๕.	คุณสาคร นาดี	รพสต.บ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา
๕๖.	นายบุญเรือง ขาวนวล	คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ลำดับที่	รายชื่อ	หน่วยงาน
๕๗.	นายถนอมชัย บุญชาติ	รพสต.บ้านบางมะฝ่อ อ.โกรกพระ จ.นครสวรรค์
๕๘.	นางสุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ	รพสต.บ้านพุเตย จ.กาญจนบุรี
๕๙.	นายศักดิ์ชาย วิชญ์สันต์กุล	รพสต.สมอแข จ.พิษณุโลก
๖๐.	นายมงคล เงินแจ่ม	รพสต.บ้านวังมะदान อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

**รายงานผลการประชาพิจารณ์**  
**(ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๖๔**  
**วันเสาร์ที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๔**  
**ณ ห้องประชุมเซฟฟายด์ ๒ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี**

---

**ส่วนที่ ๑: ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์**

**ภาพรวมของแผนยุทธศาสตร์ (กรอบแนวคิด หลักการและเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์)**

- ร่างแผนยุทธศาสตร์ยังไม่แสดงภาพที่ชัดเจนของ รพสต. ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าว่าจะมีลักษณะอย่างไร คิดว่าเนื้อหาที่จัดทำขึ้นนี้เห็นว่า ภาพ รพสต. ปัจจุบันคือ ภาพหลักที่ชัดเจน แล้วนำมาพัฒนาต่อ ซึ่งไม่น่าจะถูกต้อง เพราะในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าบริบทของสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปอีกมาก
- กรอบแนวคิดในการทำแผนยุทธศาสตร์ไม่มีงาน P&P กรอบงานบริการ เรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องเน้นระบบการส่งต่อใน รพสต.
- การจัดทำยุทธศาสตร์พัฒนา ต้องเป็นยุทธศาสตร์ที่ชี้ช่องทาง มองไปข้างหน้า ถ้าเปลี่ยนแปลงที่จะนำพา รพสต. ออกจากปัญหาเดิม ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนามากกว่าการทำยุทธศาสตร์ที่มุ่งอัดฉีดทรัพยากรลงไปเพียงอย่างเดียว

**ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาและปรับบทบาทของ รพสต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ**

- เป้าหมายและผลลัพธ์ของ รพสต. คือ งานรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู คัดกรอง และต้องกำหนดสัดส่วนในแต่ละงาน
- มี Model ของเขตเมือง ชนบทที่มีมาตรฐานไม่ต่างกัน และในเขตทุรกันดารมีการจัดการที่พิเศษขึ้นให้คนอยู่ได้
- รูปแบบงานของ รพสต. คือ เน้นการประสานงานกับหน่วยงานอื่นให้มาทำงานมากกว่าบริการเอง (supporter/coordinator/operator)
- งาน P&P ต้องระบุให้ชัด เนื่องจากเป็นบทบาทหลักที่สำคัญของ รพสต.
- ทิศทางของร่างที่เสนอเน้นการรักษามากกว่าป้องกัน โดยงานบริการปฐมภูมิ ควรมี ๓ หน้าที่ คือ Direct service, Coordination, และ Advocacy โดย ๒ ข้อหลังเป็นส่วนของงาน P&P
- จัด zone ของ รพสต. แล้วทำงานเป็นเครือข่าย โดยอาจมี รพสต. เพียง ๑ – ๒ แห่งใน zone เดียวกันที่ทำงาน P&P เป็นหลัก
- ควรมีกลไกการบริหารจัดการระดับจังหวัดและอำเภอ ให้เกิดการบริหารจัดการของ รพสต. แบบ single management (ข้อ ๒ ของแผนยุทธศาสตร์เดิม) เพื่อให้เกิดระบบการบริหารอย่างแท้จริง โดยเป็น single management ภายใน model ที่หลากหลาย

- ๑๐ ปีข้างหน้า อนามัย หรือรพสต. ต้องเหมือนบ้าน ๑. มิติทางกาย ไม่มีโรคภายใต้วิถีชุมชน ๒. มิติทางใจ วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม ๓. มิติสังคม การอยู่ร่วมกัน ดูแลสุขภาพชุมชน ๔. มิติจิต-วิญญาณ เป็นคนดี

**ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความยอมรับของประชาชนและสังคมกับบทบาทใหม่ของ รพสต. รวมถึงจัดให้มีหมอประจำครอบครัว/บุคคล**

- การมีหมอบริการประจำตัวควรคำนึงถึงบริบทของวิถีชีวิตแบบตะวันออก ถ้าทำแล้วอาจทำให้ประชาชนลดการดูแลสุขภาพตัวเองหรือไม่ เพราะจะพึ่งพามากขึ้น
- สร้างศักดิ์ศรี คุณค่า และการยอมรับความเป็น “หมออนามัย” ที่แตกต่างจาก “พยาบาลหรือนักสาธารณสุข” ของชุมชนอย่างแท้จริง

**ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ปรับปรุงระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง รพสต.**

- เป็นเครือข่ายและการบริหารมีเอกภาพ มีทีมบริหารกลาง บริหาร PCU โดยมีภาพ รพ. และท้องถิ่น (อบต.)
  ๑. ระดับ Node
  ๒. ระดับ primary care
  ๓. ระดับประชาชน ดูแล self care
  ๔. งบประมาณชัดเจน (เช่น OP และ PP) มีความโปร่งใส
  ๕. มีแผนของการทำงานที่ต่อเนื่อง
- เป็นการกระจายอำนาจอย่างแท้จริง
- การจัดการเป็น Single Management
- กำหนดบริการพื้นฐานเบื้องต้นที่ รพสต. ดูแลพื้นที่
- การกำหนดคุณสมบัติตำแหน่งผอ.รพสต. ให้พิจารณาความก้าวหน้าในตำแหน่งความชำนาญการ/ความชำนาญการพิเศษ (แม่ข่าย) ควรกำหนดคุณสมบัติ แต่ไม่ควรระบุว่าเป็นตัวบุคคล
- เน้นเรื่อง ownership ของ รพสต. และต้องชัดเจนในเรื่องโครงสร้าง และเห็นพ้องในการบริหารจัดการแบบเครือข่าย
- รพสต. จะมีโครงสร้าง รูปแบบการบริหารอย่างไรหากยังอยู่ในระบบราชการโดยเฉพาะการบูรณาการระเบียบและข้อบังคับในราชการที่เกี่ยวข้องทำได้ยาก ข้อเสนอ คือ รพสต. ควรเป็นหน่วยงานเดียวกับ CUP ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข
- (การกระจายอำนาจ) ขอบเขตอำนาจและโครงสร้างของ รพสต. ในปัจจุบันไม่เอื้อให้ รพสต. ทำงานได้เต็มที่ ควรระบุให้ รพสต. มีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกับ CUP และกระบวนการที่มีการเชื่อมประสานงานและถ่วงดุลอำนาจระหว่าง รพ.แม่ข่าย CUP และรพสต.
- (การกระจายอำนาจ) CUP สามารถบริหารจัดการกำลังคนของตนเองได้

- ระบบการปรับเข้าสู่ตำแหน่งข้าราชการ หรือการเลื่อนขั้นหรือตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ รพสต. ควรกำหนดให้ชัดเจน (ปัจจุบันมีความยากลำบากสำหรับเจ้าหน้าที่ รพสต. ที่จะเลื่อนขั้นหรือตำแหน่ง ซึ่งมีผลต่อขวัญและกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงาน)

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพและการพัฒนา รพสต.

##### ๔.๑) ด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย

- ระบบการส่งต่อต้องมีความชัดเจน โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด

##### ๔.๒) ด้านกำลังคน(แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล และเจ้าหน้าที่รพสต.)

- มีการกำหนดหน้าที่การเยี่ยมบ้าน จากหมออนามัยเป็นนักสุขภาพครอบครัว โดยระบุจำนวนประชาชนที่ตนเองดูแล โดย CUP เป็นผู้กำหนดรูปแบบ
- กำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่จะดำรงตำแหน่ง ผอ.รพสต. ให้ชัดเจน และสถานะภาพของผอ.รพสต. เดิมที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาบุคคลเหล่านี้
- การส่งพยาบาลจาก รพ. ลงไปปฏิบัติงานใน รพสต. อาจไม่มีประโยชน์มากนักในการพัฒนางาน P&P ระยะยาวของ รพสต. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ใน รพสต.สามารถทำงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง
- ทีมที่ปรึกษา รพสต. : แพทย์ เภสัชกร ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ดูแลกำกับ ช่วยเหลือหมออนามัย
- พยาบาล: มีอยู่ประจำทุกอนามัย และหากบางพื้นที่ไม่สามารถพยาบาลประจำได้จะต้องมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้พยาบาลไปดูแล เช่น พื้นที่ทุรกันดาร
- หมออนามัยเป็นหมอประจำบ้าน หัวใจแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางการพัฒนาบุคลากร (ปัจจุบันเอาหลักสูตร NP ออกไป และเน้น curative เพียงอย่างเดียว)
- บุคลากรที่ขาดของ รพสต.ได้แก่ ทันตภิบาล ผู้ช่วยเภสัชกร อาจจะเพิ่ม ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทย และนักวิชาการสาธารณสุข
- กำลังคนในอนาคต ๑๐ ปี ดูในเรื่องประเภท กำลังคน จำนวนและการจัดการเพื่อให้ได้ตามแผน โดยส่วนกลางต้องมีนโยบายในเรื่องส่งแพทย์ไปเรียนเพื่อมาทำงาน รพสต.
- มีการพัฒนาตนเองของเจ้าหน้าที่ รพสต. โดยอาจจัดให้มีอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในงานดูแลสุขภาพชุมชนมาสอน และมีศูนย์พัฒนาศักยภาพของหมออนามัย

##### ๔.๓) ด้านการเงินและระบบบัญชี

- เสนอให้กำหนดกลุ่ม รพสต. เป็นโซน แล้วให้มีเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีหน่วยกลางหมุนเวียนกันทำงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ใน รพสต. มีภาระงานมาก และยังต้องทำงานในส่วนที่ไม่ใช่งานหลักของ รพสต. และไม่เชี่ยวชาญ เช่น ระบบการเงินและงานพัสดุ ซึ่งขาดความเชี่ยวชาญ และมักมีเรื่องผลประโยชน์ส่วนบุคคลมาเกี่ยวข้องอีกด้วย

- ควรมีเจ้าหน้าที่บัญชีและการเงินในแต่ละ รพสต. เพื่อลดภาระงานของผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่วิชาชีพใน รพสต. และจะได้มีเวลาในการทำงานบริหาร ติดต่อประสานงาน และงานป้องกันมากขึ้น
- งบประมาณการพัฒนา รพสต. ในงบ UC ต้องชัดเจน ปัจจุบันฐานะทางการเงิน รพสต. ดีมากหลังจากมี UC
- หลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณพัฒนา รพสต. จาก CUP ต้องชัดเจน

#### ๔.๔) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบข้อมูลสุขภาพ

- ระบบฐานข้อมูลต้องต้องเน้นเชิงคุณภาพข้อมูล ไม่ลงข้อมูลเพียงเพื่อให้ได้งบประมาณ
- มีรายละเอียดข้อมูลที่ต้องลงมากเกินไป ควรมีหน่วยงานสนับสนุนมาช่วยจัดทำข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

#### ๔.๕) ด้านการบริหารจัดการครุภัณฑ์ส่วนกลาง

- ยังสนับสนุนให้รพสต. จัดซื้อจัดจ้างในส่วนที่ไม่ใช่ยาเอง เพื่อความคล่องตัวและความรวดเร็ว แต่การแก้ไขปัญหาควรให้ความรู้เรื่องระเบียบและข้อบังคับงานพัสดุ

#### ๔.๖) ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์

- การจัดซื้อและจัดจ้างเห็นด้วยที่จะใช้ระบบ central supply

#### ๔.๗) ด้านการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

- บทบาทการสนับสนุนของ รพ.แม่ข่าย โดยเฉพาะจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมต่อ รพสต. มักเป็นในเรื่องงานด้านรักษาเป็นหลัก แต่งาน P&P ยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการมากนัก
- กำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนในระเบียบราชการในการสนับสนุนและพัฒนา รพสต.
- รพ.แม่ข่ายอาจมีปัญหาในการติดต่อประสานงานกับ รพสต. ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาการประสานงานระหว่าง CUP กับ รพสต. ให้มีประสิทธิภาพ
- บทบาทหน้าที่ของ CUP เป็นแม่ข่ายหรือ CUP ดูแลทั้งอำเภอ และมี CUP board
  - มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของ CUP ที่ดูแล รพสต. ไม่ใช่ระบบการช่วยเหลือ
  - แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์และจำนวน รพสต. ที่แพทย์ดูแล
  - มีระบบสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทำงาน



- วางรูปแบบการทำงานของแพทย์ให้ชัดเจน เป็นระบบที่ปรึกษา เช่น กำหนดจำนวน ชั่วโมงในการมาทำงานที่ รพสต. การทำ case conference กับหมออนามัย การส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชนไปอนามัย การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- ในเขตเมืองมีการบริหารจัดการที่พิเศษขึ้น กรณีให้หมออนามัยเป็นหมอประจำครอบครัวอาจจะไม่ได้รับการยอมรับ
- กำหนดบทบาทของพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ชัดเจน รูปแบบการทำงานร่วมกัน หรือจะแยกบทบาทชัดเจน เช่น ผอ.รพสต. เป็นผู้กำหนด หรือมีผู้ที่มีความสามารถในการบริหารมีอาชีพมากำหนด
- สร้างการเป็น Health team ให้ได้ ลดการเกี่ยงงาน การสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรี
- เมื่อประชาชนป่วย ต้องรับจัดการทั้งระบบ เช่น รับจากบ้านผู้ป่วย ไปจนถึง รพ.
- ระบบ incentive ของเจ้าหน้าที่ รพสต.
- เพิ่มงาน Rehabilitation

#### ๔.๘) ด้านระบบติดตามและประเมินผลการพัฒนา รพสต.

- กำหนดภาระงานหลักและตัวชี้วัดของ รพสต. ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดลำดับความสำคัญของภารกิจหรืองานที่ได้รับมอบหมายในการวางแผนการปฏิบัติงานได้
- ระบบการวัดและประเมินผลงาน รพสต. ข้อมูลที่ใช้เป็น quantitative-based มากกว่า real performance-based ซึ่งงานด้านส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ผลงานมักเป็นเชิงคุณภาพมากกว่า การที่ส่วนกลางดูข้อมูลเพียงแค่ตัวเลขที่รายงานขึ้นไปนั้น จะไม่สะท้อนผลลัพธ์ที่แท้จริง และบ่อยครั้งมีการสร้างข้อมูลเท็จเพียงเพื่อให้มีผลการดำเนินงานที่ดี และได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นในปีถัดไป

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการดูแลสุขภาพ

- รพสต. ต้องมีบทบาทหน้าที่ให้ความรู้แก่คนในชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยใช้วิถีชุมชนเป็นหลัก
- เป้าหมาย คือ ประชาชนมีความรู้พื้นฐานดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเป็นอย่างดี / โรคพื้นฐาน หมออนามัยดูแล/โรคซับซ้อนต้องส่งต่อให้แพทย์ดูแล
- เสนอให้มีกระบวนการค้นหา key-person ที่สำคัญในชุมชน ซึ่งบุคคลหรือองค์กรนั้นจะมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การสร้างความมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน

- รูปแบบการมีส่วนร่วมไม่ได้ระบุชัดเจนในแผน

- งบประมาณ รพสต. ได้รับการจัดสรร ต้องให้ท้องถิ่นและประชาชน โดยเฉพาะกองทุนตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวด้วย เพื่อความโปร่งใสและยุติธรรม
- สร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่ และ อบต. โดยต้องดูความแตกต่างของพื้นที่ด้วย
- หมออนามัยต้องสนับสนุนให้คนในชุมชนมาทำงานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เช่น อสม. ประชาญ์ชาวบ้าน ทำหน้าที่ประสานงานให้คนในชุมชนมาทำงานสุขภาพ

## ส่วนที่ ๒: ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการพัฒนา รพสต.

- ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน รพสต. (ไม่มีหัวข้อชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์) เสนอให้จัดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการ implement skill and knowledge สำหรับเจ้าหน้าที่ รพสต. โดยใช้ความรู้เป็นฐานในการพัฒนา รพสต.
- การจัดทำยุทธศาสตร์ควรจัดให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการจัดทำ
- เรื่องกำลังคนยังเป็นข้อจำกัดในปัจจุบันสำหรับการทำงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ปัจจุบันมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น มีตำแหน่งว่างแต่ไม่มีคนทำงานหรือพนักงานที่ทำอยู่ไม่มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน
- เงินงบประมาณที่พัฒนา รพสต. แต่ถูกจ่ายให้กับ CUP ก่อน ซึ่งแต่ละแห่ง CUP มีเกณฑ์จ่ายให้ รพสต. ไม่เหมือนกัน และการตัดสินใจส่วนใหญ่ทำโดยผู้บริหารของ CUP ซึ่ง รพสต. เสนอให้แยกงบ primary care ออกมาแต่ไม่สนับสนุนให้องค์งบประมาณทั้งหมดไปที่ รพสต. โดยตรง เพราะอาจเกิดการสะสมของงบประมาณที่เหลือจากการใช้จ่ายของ รพสต.
- งบ On-top ไม่มีผลมากนักต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่ยังคงจำเป็นต้องมีแต่อาจกำหนดระเบียบในการเบิกใช้ให้ชัดเจน
- แทบจะไม่มีความท้าทายในการตัดสินใจเรื่องการจัดสรรงบประมาณโดยเฉพาะในส่วนของ รพสต. เลย
- Cost ที่ รพสต. ได้รับไม่เพียงพอต่อการพัฒนา รพสต.
- การประเมิน รพสต. ต้องประเมินที่ รพสต. ไม่ใช่ประเมินจาก สอ.
- เกณฑ์การประเมิน สอ. ต้องสอดคล้องและเชื่อมโยงกับเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข
- ปัญหาเรื่อง Facilities ที่ไม่เพียงพอ เช่น รถพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบส่งต่อของ รพสต.
- การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานใน รพสต. ที่ดีจะมีผลต่อทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน
- การใช้งบประมาณที่ส่งมาให้ รพ. นั้นจำแนกรายการได้ยากกว่ารายการใช้จ่ายนี้สำหรับงานรักษาหรืองาน P&P เท่านั้น เนื่องจากบางรายการใช้จ่ายใช้สำหรับงานทั้ง ๒ ชนิด ดังนั้นอาจต้องคำนวณโดยใช้สัดส่วนของการใช้งานแต่ละประเภทงานในแต่ละรายการใช้จ่าย

- **รูปแบบของ ผอ.รพสต.ที่เสนอไว้ (ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างไม่เป็นทางการ)**
  ๑. จบปริญญาตรี
  ๒. จบหลักสูตรของ สปสช. (คิดขึ้นมา) อย่างน้อย ๔ เดือน
  ๓. ปฏิบัติงานใน รพสต.อย่างน้อย ๕ ปี/ หรือพยาบาลวิชาชีพระดับ ๗ ขึ้นไป (ชำนาญการ)
  ๔. รับผิดชอบประชากรอย่างน้อย ๕,๐๐๐ คนขึ้นไป
  ๕. แม่ข่าย ตำแหน่งเป็นชำนาญพิเศษ
  ๖. สัดส่วนการทำงาน ข้อมูลทั่วไป ๑๐% รพสต.ผ่านเกณฑ์เชิงปริมาณ ๖๐% เชิงคุณภาพ (๓๐%)
- **ข้อเสนอในเรื่องหลักสูตรการผลิตบุคลากรเพื่อรองรับ รพสต.**

หลักสูตรที่มีการเปิดสอนโดยสถาบันของกระทรวงสาธารณสุข ต้องปรับปรุงและพัฒนา คือ เวช-ปฏิบัติทั่วไปและการรักษา โดยเน้นงานชุมชนมากขึ้น ตัวอย่างหลักสูตรพยาบาลเพื่อชาวชนบท เป็นพยาบาลแต่อยู่ในพื้นที่เป็นหมอนามัยคนหนึ่ง เป็นเวชปฏิบัติเป็น NP เป็น curative care โดยทีมสหวิชาชีพในอนามัยที่ทำหน้าที่เกี่ยวกันได้ หรือการยกระดับของบุคลากรเดิม เช่น การอบรม ๕ สัปดาห์ ทำให้หมอนามัยเข้าใจเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวได้ และระบบสุขภาพในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนพื้นที่ จิตอาสา และทุกคนในชุมชน และเข้าใจเรื่องของ Holistic Health
- การผลิตบุคลากรต้องให้สอดคล้อง เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริงในแต่ละพื้นที่ เช่น การผลิตพยาบาลในโครงการพยาบาลคืนถิ่น
- มีการจัดการระบบกำลังคนเข้าสู่มิติของหมอนามัยแบบใหม่ ไม่ติดภาพเดิม
- การบริหาร รพสต. ระดับ สปสช. ยังไม่ชัดเจน ไม่มีเอกภาพและขาดความต่อเนื่อง
- การดูแลด้านความปลอดภัยของ รพสต. ควรให้ท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามาดำเนินการแทนเจ้าหน้าที่ รพสต.
- ไม่ควรมุ่งการพัฒนาหน่วยบริหารปฐมภูมิไปที่การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเดียว แพทย์ที่รับให้คำปรึกษาแก่ รพสต. อาจเป็นแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์สาขาอื่น ๆ ก็ได้ และต้องทำให้แพทย์ที่จบใหม่ เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง สอ. กับ รพ. จะทำให้แพทย์รุ่นใหม่เข้าใจและรักการทำงานในชุมชนมากขึ้น
- แพทย์ที่ลงไปทำงานหรือรพ. ที่ดูแลงานปฐมภูมิต้องเป็น **หน้าที่ ไม่ใช่สมัครใจ**
- ต้องประสานข้อกำหนดที่ไม่เปิดโอกาสให้พัฒนา เช่น ที่รพสต. อปท. ส่งแพทย์ พยาบาลเรียนผิดกฎหมาย
- ทำอย่างไรให้กองทุนตำบลต้องมีทุกพื้นที่ (มีกฎหมายรองรับ)
- มาตรฐานการจัดบริการที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองหรือชนบทเป็นสิ่งยอมรับไม่ได้ เพราะหมายถึงความเหลื่อมล้ำ การจัดบริการต้องคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก เช่น คนเดินมา ต้องได้รับการดูแล ถ้าดูแลไม่ได้ต้องส่งต่อ ต้องทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นทัพหน้า

- ความเป็นไปได้ในการ implement แผนยุทธศาสตร์นี้ : มี commitment จากรัฐบาลในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตชนบทและเขตเมืองให้สมบูรณ์แบบ และจะใช้แผนนี้เป็นภาพใหญ่ และจัดทำแผนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมารองรับภายหลัง

รายงานการประชุม Focus Group Discussion กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
สำหรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔

ครั้งที่ ๖/๕๔ วันศุกร์ที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๔ เวลา ๙.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
อาคารคลังพัสดุ กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| ๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย           | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                 |
| ๒. นพ. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                            |
| ๓. ภก. ชนะวิชัย ปานน้อย          | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ                            |
| ๔. พญ. บุษกร อรุณาติวรกุล        | ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รพ. รามาธิบดี                    |
| ๕. พญ. อัจฉราภรณ์ นิละศรี        | รพสต. หองงูเหล็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง<br>จ. นครปฐม         |
| ๖. นพ. กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์      | รพ. บ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา                    |
| ๗. นพ. ก้องภพ สีละพัฒน์          | รพ. บางกรวย อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี                           |
| ๘. นพ. มารุต เหล็กเพชร           | รพ. เกาะยาว สาขาสถานีอนามัยตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว<br>จังหวัดพังงา |
| ๙. นพ. สมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา     | รพศ. ตรัง อำเภอเมือง จ. ตรัง                                      |
| ๑๐. นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ    | รพ. แม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก                                 |
| ๑๑. พญ. ธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์     | รพ. แม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง                             |
| ๑๒. นพ. ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล    | รพ. ยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์                         |
| ๑๓. พญ. วณาพร วัฒนากุล           | รพ. ขอนแก่น(กลุ่มงานเวชกรรมสังคม) อำเภอเมือง<br>จังหวัดขอนแก่น    |
| ๑๔. พญ. ศิริลักษณ์ นียกิจ        | รพ. ๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จ. ภูเก็ต                          |
- ผู้สังเกตการณ์การประชุม
- |                            |  |
|----------------------------|--|
| ๑. พญ. ภาควิธีร์ สิทธิวงศ์ | ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รพ. รามาธิบดี |
| ๒. นพ. อิทธิพล วงอินธรรม   | ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์รพ. รามาธิบดี |

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องแจ้งเพื่อทราบ  
(ไม่มี)

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม  
(ไม่มีการแก้ไข)

วาระที่ ๓ เรื่องติดตามความคืบหน้า

#### ๑. ผลการ focus group discussion กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

นพ. ภูษิตได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการจัดประชุมครั้งนี้เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงาน รพสต. โดยได้ดำเนินการประชาพิจารณ์ในกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้อำนวยการ รพสต. แล้ว แต่ยังขาดความคิดเห็นในส่วนของกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเด็นที่อาจมีส่วนสำคัญต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ

ที่ประชุมได้ตกลงว่าจะแบ่งหัวข้อเป็น ๒ ส่วน โดยในภาคเช้าจะเป็นการระดมความคิดเห็นในภาพกว้างของบทบาทแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีต่อระบบบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในภาคบ่ายจะเป็นการเสวนาในประเด็นย่อย ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ในช่วงแรก นพ.ขวัญประชา ได้กล่าวสรุปสถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ โดยขณะนี้ภาคการเมืองให้ความสนใจในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง สปสข. ให้ความสำคัญสนับสนุนเกี่ยวกับ on-top payment และกองทุนประกันสุขภาพหลักทั้ง ๓ กองทุนมีแนวโน้มที่จะพัฒนาให้มีแนวทางเดียวกันมากขึ้น โดยเฉพาะงานที่ทั้ง ๓ กองทุนให้ความสนใจที่จะสนับสนุนอันดับแรก คือ งานบริการปฐมภูมิ คำถามที่สำคัญคือ อะไรคือทิศทางที่ชัดเจนของงานบริการปฐมภูมิของประเทศ เนื่องจาก มีการสร้างแผนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการปฐมภูมิจากหลายหน่วยงาน ซึ่งเป็นการทำงานแบบแยกส่วน ขาดการประสานเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน และมีรายละเอียดไม่ชัดเจน เช่น แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สปสข. และ สป.ใช้เป็นคนละฉบับกัน นอกจากนี้ความหลากหลายของคณะทำงานที่มีมุมมองแตกต่างกันและขาดความเชื่อมโยง เช่น ส่วนกลางมักเห็นว่า รพ.ไม่คอยให้ความสำคัญสนับสนุนงานบริการปฐมภูมิเท่าที่ควร จึงมีแนวคิดที่จะให้มีหน่วยงานใน CUP ที่ดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีความคิดที่จะให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำ ซึ่งขณะนี้มีการดำเนินการไปแล้วบางแห่ง และมีความคิดที่จะ earmark งบประมาณไปที่หน่วยงานดังกล่าวโดยตรง

ข้อสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือ ภาคการเมืองมุ่งเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมือง พัฒนาระบบ CUP management โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเงิน การคลัง และการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และสร้างนโยบายสาธารณสุขที่จะผูกใจประชาชน เช่น นโยบายแพทย์ประจำตัว

หลังจากการอภิปรายของผู้เข้าร่วมประชุม นพ. ภูษิตได้สรุปหัวข้อทั้งหมดออกเป็น ๕ หัวข้อ และมีผลการอภิปราย ดังนี้

๑. **Governance Structure** กล่าวถึงโครงสร้างการบริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในอดีต ซึ่งดูแลโดย คปสอ. ปัจจุบันในรูปของ CUP และแนวทางที่ใหม่ คือ CUP management

หรือ เขตสุขภาพ ที่ควบคุม รพช. สสอ. และ สอ. โดยอิสระ ข้อเสนอของแพทย์ส่วนใหญ่ คือ สนับสนุนระบบ single management ทั้งวงบริการ โดยระยะแรกยังไม่ควรแยกการบริหาร CUP ออกมาอย่างเป็นทางการแต่ควรเน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สสจ.ควรเป็นผู้นำในการกระตุ้นการพัฒนางานในหน่วยบริการ และผู้อำนวยการ CUP ควร มีอำนาจเต็มในการบริหารเรื่องกำลังคนและการเงิน ผู้เข้าร่วมประชุมยังเห็นว่าหาก รพสต. ไม่ขึ้นกับ สอ. แล้วจะทำให้การพัฒนา รพสต. เป็นไปอย่างรวดเร็วมากขึ้นนอกจากนี้ยังมี ผู้เสนอให้จัดโครงสร้างของหน่วยงานเป็น semi-autonomous ซึ่งน่าจะเหมาะสมและคล่องตัว ในการบริหารจัดการ สามารถบริหารระบบกำลังคนซึ่งรวมถึงระบบความก้าวหน้าในหน้าที่ งานที่รับผิดชอบได้ด้วยตนเอง

๒. **ความสัมพันธ์ระหว่าง CUP management กับ สอ.และรพสต.** รูปแบบความสัมพันธ์ที่ พบในปัจจุบัน ได้แก่ แบบใช้เงินนำ ครูกับศิษย์ ผู้ร่วมงาน และผู้บัญชาการ/ผู้สั่งการ นอกจากนี้มีความเห็นว่าผู้จัดการ CUP ในโครงสร้างใหม่ที่มีการเสนออาจเป็นแพทย์เวช- ศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ GP ก็ได้ การบริหาร CUP ต้องกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ให้ชัดเจน เช่น การจัดสรรบุคลากร ระบบความดีความชอบของผู้ปฏิบัติงาน และภาพงาน บริการของ รพสต. ต้องชัดเจนและไม่ซ้ำซ้อนกับงานบริการในโรงพยาบาล นอกจากนี้ต้อง กำหนดเป้าหมายและภารกิจที่จะขับเคลื่อนงานของ รพสต.ให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม
๓. **หมอประจําตัวและบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว** ควรมีคุณสมบัติอย่างไร จำกััดเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือเปิดโอกาสให้แพทย์ GP หรือ Non-medicine staffs เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยหรือไม่ ข้อเสนอที่ประชุม คือ ไม่ควรระบุว่า เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแต่ควรเป็นแพทย์สาขาใดก็ได้ที่มีปริญญาแพทยศาสตร บัณฑิตบทบาทและหน้าที่หลักของแพทย์ประจำตัว คือ การเป็นที่ปรึกษาเรื่องสุขภาพซึ่ง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย พร้อมๆ กับการเป็นผู้ประสานงานและทำงานเชิงรุก เกี่ยวกับการดูแลป้องกันสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในรายที่ต้องได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้แพทย์ทุกสาขาที่สนใจสามารถลงทะเบียนรับดูแลประชาชน ในพื้นที่ของตน และจ่ายค่าตอบแทนตามระบบเงินจูงใจ (incentive) จุดเด่นประการหนึ่งของ ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย คือ ความหลากหลายของรูปแบบการดำเนินการที่ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องถิ่น รูปแบบการทำงาน รวมถึงอัตราค่าจ้างของแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวจึงแปรผันตรงตามบริบทของชุมชน นอกจากนี้ที่ประชุมยังเสนอให้มีการ พัฒนาทักษะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานบริการปฐมภูมิ เช่น ความรู้ เรื่อง clinical practice ต้องมีฐานกว้างกว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ในขณะเดียวกันต้อง เข้าใจงาน community care สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และทักษะด้านบริหาร จัดการในชุมชน เพื่อแสดงศักยภาพในการเป็นผู้นำการพัฒนาบริการปฐมภูมิในอนาคต การสร้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องสร้างแพทย์ที่เป็น coordinator สามารถเชื่อมการ พัฒนาสุขภาพในชุมชนระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ empower งาน self-care ใน

ชุมชนให้เข้มแข็ง การทำงานต้องเป็นไปในลักษณะมุ่งสร้างเสริมสุขภาพพร้อม ๆ กับการใช้ องค์ความรู้มาบูรณาการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ซึ่งอาจเป็นลักษณะเด่น เฉพาะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนอกจากนี้ยังเสนอให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควร เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์และการพัฒนางานบริการปฐมภูมิของ ประเทศให้มากยิ่งขึ้น

๔. การเงินการคลัง ที่ประชุมเห็นว่าให้ใช้เงินเป็นเครื่องมือและไม่ใช้เป็นตัวชี้นำ และรัฐไม่ควร อุดหนุนเฉพาะเรื่องเงินเพียงอย่างเดียว แต่ควรสนับสนุนและพัฒนาในด้านกำลังคนด้วย โดยต้องมียุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างรพช. สสจ. สอ. และรพสต. ควรสร้างระบบการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย และปรับปรุงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังของ ระบบบริการปฐมภูมิ การจัดสรรทรัพยากรให้อยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการกลาง
๕. **Structure Delivering System** โดยพิจารณารูปแบบการส่งต่อและการประสานงาน ระหว่างหน่วยบริการ โดยพบว่ามีปัญหาอย่างมากในระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.แม่ข่าย CUP และ รพสต.

วาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา  
(ไม่มี)

วาระที่ ๕ เรื่องอื่น ๆ  
(ไม่มี)

นัดประชุมครั้งต่อไป (ยังไม่มีการนัดหมาย)

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น

ภก.ชนะวิชช์ ปานน้อย  
ผู้บันทึกรายงานการประชุม