

POLICY BRIEF

ระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

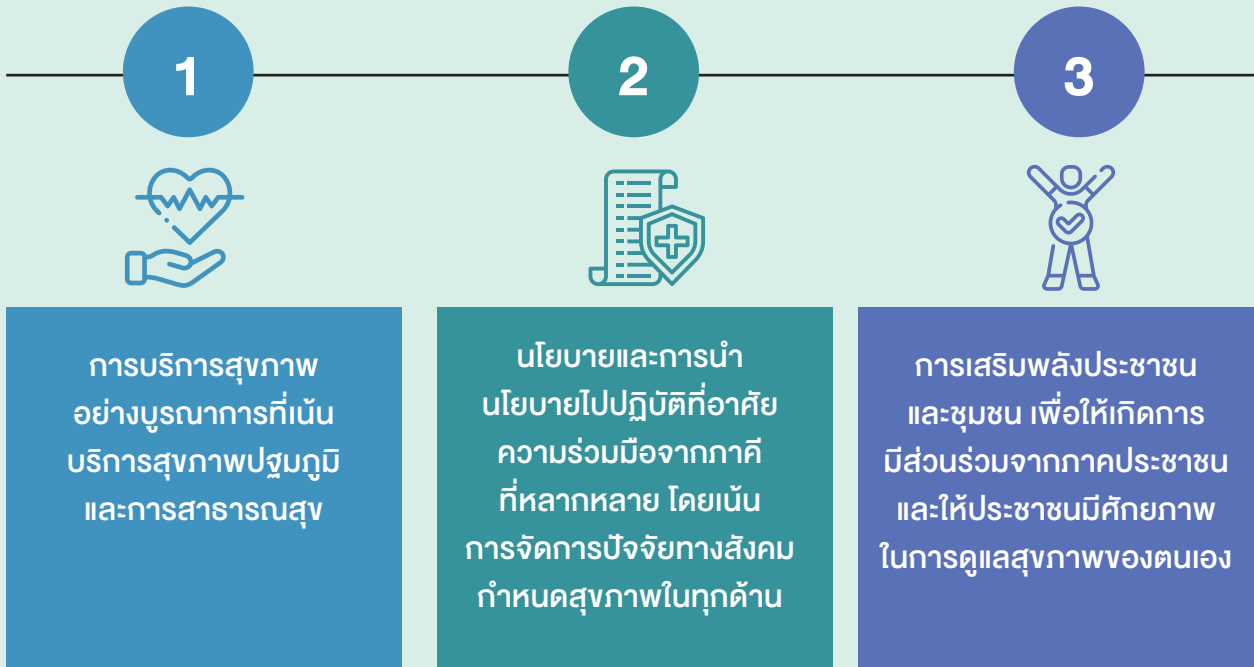


ประเด็นสำคัญ

- กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดียวที่ใช้ระบบปฐมภูมิด้านหน้า ส่วนกองทุนอื่นยังขาดการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นแกนกลาง
- การกำหนดนิยามของบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นในทางกฎหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สามารถแบ่งสัดส่วนงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างชัดเจน และทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นการเฉพาะ
- การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การมุ่งเน้นให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่าบริการระดับปฐมภูมิ และรูปแบบของระบบสุขภาพปฐมภูมิในบริบทของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านสังคมสูงวัยและเทคโนโลยีผกผัน ยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นรากฐานสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของการบรรลุ เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹ และได้กำหนดองค์ประกอบหลักของ ระบบสุขภาพปฐมภูมิไว้ 3 ด้าน² ได้แก่



ประเทศไทยได้ลงทุนด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่การก่อสร้างสถานี อนามัยจนพัฒนาเป็นโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการผลิต บุคลากรทางการแพทย์และการจัดระบบชดใช้ทุน ทำให้แพทย์จบใหม่ออกไปปฏิบัติงานในชนบท นอกจากนี้ ยังพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนมา อย่างต่อเนื่อง โครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอที่เข้มแข็งจึงเป็นปัจจัย สำคัญต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยใน พ.ศ. 2545³



ใน พ.ศ. 2545 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำแนวคิดเรื่องการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิมาเป็นแกนหลักในการจัดการระบบบริการผู้ป่วยภายใต้พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁴ ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ พ.ศ.2560⁵ ได้บัญญัติให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในสัดส่วนที่เหมาะสม สองปีต่อมา เพื่อให้สอดคล้องกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ สภานิติบัญญัติได้ผ่าน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁶ เพื่อให้มีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน โดยกำกับดูแลผ่านคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ตั้งขึ้นมาตาม พ.ร.บ.ดังกล่าว นอกจากนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการฯ ในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และเริ่มนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีมาตรฐานตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด

ปัจจุบันมีทีมหมอครอบครัว
(Primary care cluster)



จำนวน **4,035**
แห่งทั่วประเทศ



ครอบคลุมประชากร



การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

แนวคิดเรื่องระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ถูกนำไปปรับใช้ในกองทุนสุขภาพภาครัฐแตกต่างกันไป กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนหลักที่ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ และมีระบบปฐมภูมิดำเนินหน้า (Gatekeeping system) โดยพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดนิยามบริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นงบประมาณของกองทุนฯ จึงถูกแบ่งสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้อย่างชัดเจนสำหรับประชาชนไทยทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ภายใต้สิทธิประกันสุขภาพใดก็ตาม ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีงบประมาณสำหรับการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นการเฉพาะ นอกจากนี้ยังมีกลไกการทำงานที่เสริมพลังให้กับภาคประชาชนและชุมชน ได้แก่ เครือข่ายรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50⁵ การกำหนดให้มีตัวแทนภาคประชาชนอยู่ในคณะกรรมการในทุกระดับ และการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่จัดสรรงบประมาณให้ประชาชนใช้จัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคอยบริหารจัดการงบประมาณ⁸ ส่วนกองทุนอื่นยังขาดการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นแกนกลาง กล่าวคือ ยังเน้นการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุดยุมิ และตติยภูมิมากกว่าการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดทางด้านกฎหมายที่บัญญัติไว้ ทำให้ทั้ง 3 กองทุนเน้นจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการสุขภาพ แต่ไม่ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ^{4, 9, 10} โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1)

การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

ตารางที่ 1: องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละกองทุนสุขภาพ

ประกอบหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ	ประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
<p>การบริการสุขภาพอย่างบูรณาการที่เน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิและการสาธารณสุข</p> 	<ul style="list-style-type: none"> จัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครักษายาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีระบบบริการปฐมภูมิด้านหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการรักษาพยาบาล มีงบประมาณบางส่วนสำหรับคัดกรองโรควัคซีนบางชนิด และฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการให้บริการในโรงพยาบาล ไม่มีระบบบริการปฐมภูมิด้านหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการรักษาพยาบาล มีงบประมาณสำหรับตรวจสุขภาพประจำปีให้ข้าราชการ (ไม่รวมญาติสายตรง) เน้นการให้บริการในโรงพยาบาล ไม่มีระบบบริการปฐมภูมิด้านหน้า
<p>นโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติที่อาศัยความร่วมมือจากภาคีที่หลากหลาย</p> 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการให้บริการสุขภาพ ไม่มีงบประมาณสำหรับการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการให้บริการสุขภาพ ไม่มีงบประมาณสำหรับการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการให้บริการสุขภาพ ไม่มีงบประมาณสำหรับการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
<p>การเสริมพลังประชาชนและชุมชน</p> 	<ul style="list-style-type: none"> กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เครือข่ายรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50 ตัวแทนภาคประชาชนในคณะกรรมการในทุกระดับ 	<ul style="list-style-type: none"> ขาดการเสริมพลังประชาชนและชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ขาดการเสริมพลังประชาชนและชุมชน

เมื่อพิจารณารูปแบบการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ จะเห็นได้ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดียวที่ใช้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นด่านหน้า โดยกำหนดให้ผู้รับบริการต้องไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนเป็นลำดับแรก ก่อนที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลรับส่งต่อ¹¹ นอกจากนี้ ยังมีการกระจายงบประมาณไปยังเครือข่ายหน่วยบริการในระดับอำเภอที่ประกอบไปด้วยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลระดับอำเภอ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้บ้าน

ส่วนผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคมส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่คลินิกประกันสังคมภายในโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้¹² ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลระดับอำเภอขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ผู้ป่วยสมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกระดับและทุกแห่ง เนื่องจากไม่มีระบบลงทะเบียนสิทธิ แต่ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีระบบเบิกจ่ายตรง ผู้รับบริการจำเป็นต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองก่อนนำไปเบิกค่าใช้จ่าย⁹

นอกจากนี้ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังเป็นกองทุนที่มีหน่วยร่วมบริการในระดับปฐมภูมิที่หลากหลาย มีนโยบายขยายบริการรูปแบบใหม่ที่ส่งเสริมให้หน่วยบริการสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการเฉพาะสำหรับวิชาชีพ⁸ ได้แก่ ร้านขายยา คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกการผดุงครรภ์และพยาบาล รวมถึงหน่วยบริการเฉพาะด้านที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม โดยการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการที่ให้บริการได้ในหน่วยบริการแต่ละประเภท รวมทั้งมีการดำเนินการร่วมกับสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สำหรับกองทุนประกันสังคมมีเพียงคลินิกทันตกรรมที่สามารถให้บริการผู้ประกันตนได้¹² ส่วนกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังไม่มีหน่วยบริการสหวิชาชีพมาร่วมให้บริการ

ความท้าทายของระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1



คำนิยามการของเป็นแพทย์เฉพาะทาง: การมีกฎหมายที่ชัดเจน โดยมีพ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 การมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัวเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน และการจัดสรรทรัพยากรเงินสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จ แต่ความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ คำนิยามของการเป็นแพทย์เฉพาะทางมากกว่าการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์หรือมาตรการที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนในการจัดการและรับมือกับปัญหานี้ เพื่อมุ่งเป้าสู่การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิอย่างจริงจัง

2



การถ่ายโอน sw.สต. ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: บริการปฐมภูมิระดับตำบลและบริการทุติยภูมิระดับอำเภอที่อยู่ภายใต้หน่วยงานที่ต่างสังกัดกัน อาจส่งผลให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขาดความเชื่อมโยงกัน และอาจกระทบการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและ sw.สต. โดยในระยะแรกของการถ่ายโอน sw.สต. พบปัญหาเชิงระบบและเชิงเทคนิคหลายประเด็น เช่น รูปแบบการจัดสรรงบประมาณไปยัง sw.สต. ทั้งนี้ การถ่ายโอนที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นกับข้อตกลงของผู้บริหารในท้องถิ่นที่ กระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ sw.สต. ที่ถ่ายโอน ความไม่ชัดเจนในบทบาทของสาธารณสุขอำเภอ และปัญหาระเบียบราชการที่แตกต่างกันของสองกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย)¹³ ปัญหาเหล่านี้ หากไม่แก้ไขจะส่งผลต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการและส่งผลกระทบต่อรับบริการของประชาชนในพื้นที่ได้

3



ปัญหาการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร: แม้จะมีความพยายามของหลายหน่วยงานในกรุงเทพมหานครที่จะพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับพื้นที่มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 แต่การทำงานแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและหน่วยบริการปฐมภูมิ และการขาดหน่วยบริการระดับตติยภูมิในพื้นที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ต่อเนื่องและใช้งบประมาณสำหรับการส่งต่อเป็นสัดส่วนที่สูง ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ¹⁴ ปัจจุบันมีข้อเสนอเพื่อปรับการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการในหลายรูปแบบ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์จัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการที่เป็นที่ยอมรับของหน่วยบริการทุกระดับภายใต้ระบบงบประมาณแบบปลายปิด (close-ended budget)

4



กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังเน้นการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการดูแลสุขภาพ และมุ่งเน้นการให้บริการในโรงพยาบาล โดยไม่มีนโยบาย/มาตรการสนับสนุนการใช้บริการระดับปฐมภูมิ: งบประมาณที่จัดสรรไปส่วนใหญ่เน้นการให้บริการสุขภาพสำหรับคนเจ็บป่วย แม้กองทุนประกันสังคมจะมีงบประมาณสำหรับการเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่เมื่อเทียบสัดส่วนก็ยังเป็นส่วนน้อย อีกทั้งยังเน้นการคัดกรองโรคมกกว่าการจัดการพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ นอกจากนี้ รูปแบบการให้บริการของกองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังไม่มีระบบบริการปฐมภูมิดำเนินการทำให้ภาระงานและงบประมาณส่วนใหญ่ถูกจัดสรรไปยังโรงพยาบาลมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ

5



รูปแบบของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่เหมาะสม ในยุคความผกผันของเทคโนโลยี (technology disruption): สังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เทคโนโลยีสามารถเข้ามาช่วยในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น การแพทย์ทางไกล (telemedicine) หรือข้อมูลดิจิทัลเชิงสุขภาพ (digital health) ซึ่งจะส่งผลต่อให้เป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิแนวใหม่ที่แตกต่างจากเดิม กองทุนต่างๆ ต้องวางแผนรับมือกับการบริหารจัดการกับความเปลี่ยนแปลงนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอในภาพรวม

- รัฐบาลควรจัดทำระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้หน่วยบริการต่างๆ และหน่วยบริการประจำ (แม่ข่าย) สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพ และลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ
- กองทุนสุขภาพของรัฐทุกกองทุนควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสหวิชาชีพ ในระบบบริการปฐมภูมิ
 - สนับสนุนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการขยายบริการ ผู้ป่วยนอกที่จำเป็น
 - พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงในระดับพื้นที่ทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด
 - พัฒนารูปแบบการจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ชัดเจน และยั่งยืนต่อระบบการคลัง
 - พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการเบิกจ่ายร่วมกับหน่วยบริการประจำ

ข้อเสนอต่อบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรแสวงหาข้อตกลงร่วมกันกับหน่วยบริการทุกระดับ ในกรุงเทพมหานครเพื่อพัฒนาวิธีการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่เพียงพอต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยอ้างอิงข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการ

ข้อเสนอต่อการถ่ายโอน sw.สศ. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

- ระบบบริการควรจะเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเหมือนก่อนการถ่ายโอนฯ ดูแลประชาชนเป็น ศูนย์กลาง และควรเปิดให้ท้องถิ่นจัดระบบบริการในพื้นที่ได้เอง
- บริการปฐมภูมิควรมีมาตรฐานเดียวกัน
 - คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำงานเชิงวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ และติดตาม ตัวชี้วัดของ sw.สศ. ที่ถ่ายโอนในระดับจังหวัด/พื้นที่
 - กระทรวงสาธารณสุขกำหนดระบบติดตามและประเมินผลระดับชาติ
 - สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจัดทำมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ควรตกลงเรื่องการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก และงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจน โดยให้อำนาจการตัดสินใจบนพื้นฐานความเข้าใจที่ ตรงกันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 GLOBAL MONITORING REPORT. 2019.
2. World Health Organization. Operational Framework for Primary Health Care - Transforming Vision Into Action. 2020.
3. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet. 2018;391(10126):1205-23.
4. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
5. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. สภานิติบัญญัติแห่งชาติ; 2560.
6. สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. สภานิติบัญญัติแห่งชาติ; 2562.
7. สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. จำนวนทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster) ทั่วประเทศ. 2567. Available from: <http://pcc.moph.go.th/pcc/>.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำ ปีงบประมาณ 2565. 2565.
9. กรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. 2553.
10. สำนักงานประกันสังคม. พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558. 2558.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชน 2566. 2566. from: <https://media.nhso.go.th/ebook/flipbook/171/1/1>.
12. สำนักงานประกันสังคม. หนังสือคู่มือผู้ประกันตน 2562. 2562.
13. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานฉบับสมบูรณ์ หน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด. 2566
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร. 2566.

