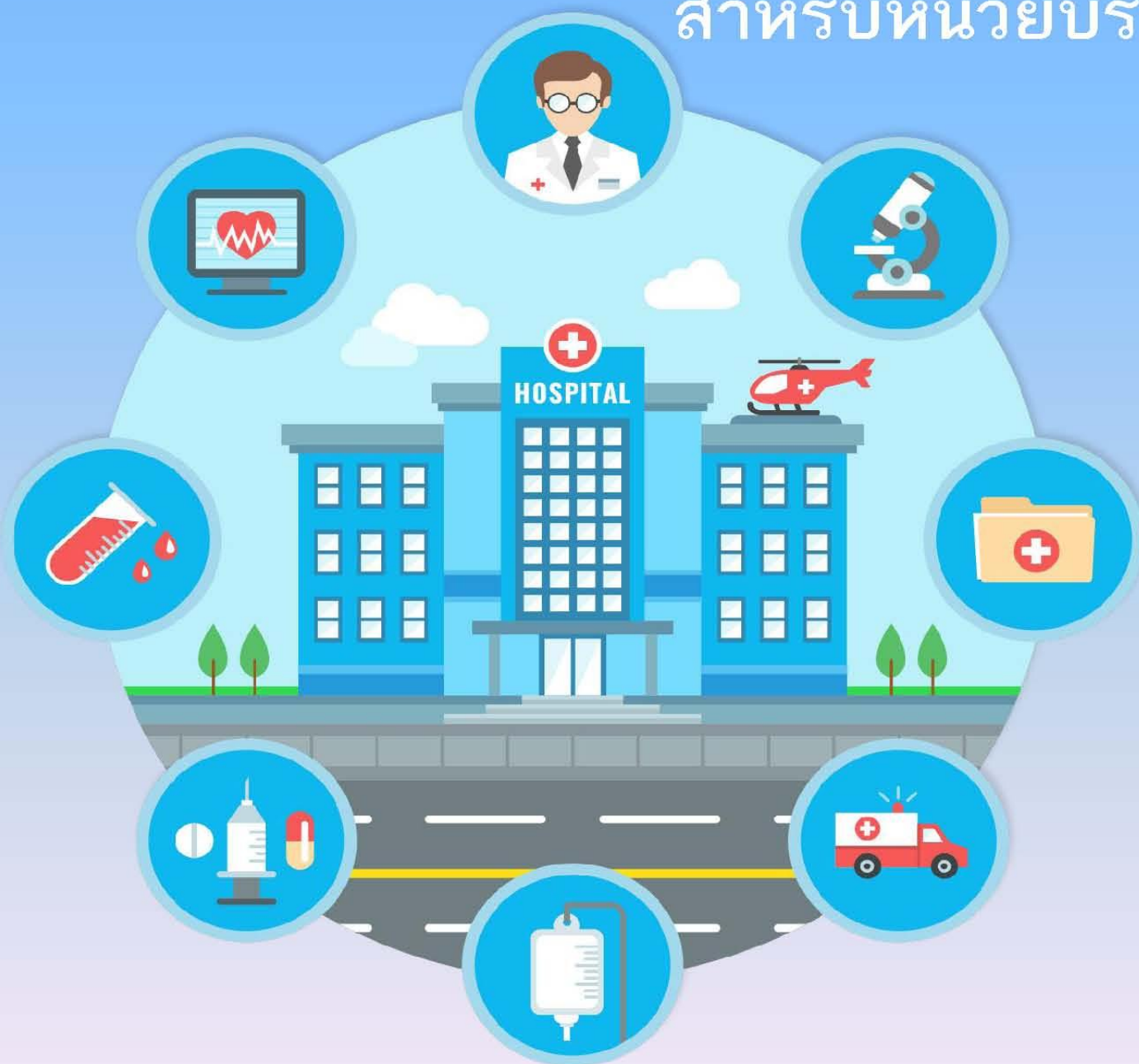




แนวทางการดำเนินงาน

Primary Care Cluster

สำหรับหน่วยบริการ



บทนำ

แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster นี้ จัดทำขึ้นภายใต้เจตนารมณ์ของนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ

✳ เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรกได้เพิ่มมากขึ้น และได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้น

✳ เพื่อการเชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิ กับตติยภูมิ โดยผ่านกระบวนการ Service plan ทุกสาขากับบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัย และทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน

✳ เพื่อสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัวที่นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่องครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั่วประเทศ ให้เกิดขึ้นภายใน 10 ปี

✳ เพื่อช่วยให้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ช่วยเหลือกันในรูปแบบการจัดบริการร่วม และเกิดการจัดทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหาในแนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster ประกอบด้วย หลักการ คำอธิบายและแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายไปจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนสำคัญ คือ

1. การจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary care cluster
2. การจัดระบบบริการ และ Primary Service Package เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อบูรณาการ Service plan กับการดูแลประชากรตามกลุ่มวัย
3. การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย
4. การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล

ทั้งนี้ การนำคู่มือไปใช้ให้มีความยืดหยุ่น ตามความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยบริการ และหากมีข้อเสนอแนะ คณะทำงานยินดีรับคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงให้ใช้ประโยชน์ในวงกว้างต่อไป

ขอขอบคุณรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.โสภณ เมฆธน) คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดนโยบายนี้ ทำให้เกิดการบูรณาการระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ได้อย่างเป็นรูปธรรม

คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ
10 มิถุนายน 2559

สารบัญ

บทนำ.....	ข
สารบัญ.....	ข
การจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care cluster	1
1. หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1
2. ความหมาย ของ Primary care cluster	2
3. องค์ประกอบของหน่วยเครือข่าย	2
4. บทบาทหน้าที่.....	5
5. การจัดรูปแบบบริการ	5
6. ลักษณะการจัดบริการ	9
7. การบูรณาการงานเชื่อมต่อกับบริการเฉพาะทาง และ Service plan	10
8. Primary Service Package บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี.....	11
9. การจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน.....	12
การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย	13
1. การนำ การกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor).....	14
2. ภารกิจการจัดกระบวนการรับส่งต่อในระบบบริการ (Service pathway)	15
3. การจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Supportive system).....	15
ระบบเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์	15
ระบบบริการด้านชั้นสูตรโรค.....	15
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	16
ระบบการ Conference case.....	17
ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information System)	17
ระบบขนส่งภายในเครือข่าย (Logistic).....	17
การควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล	18
1. การจัดการระบบติดตาม ประเมินผล ภายใน.....	18
2. การวิจัยและพัฒนา.....	19
ภาคผนวก	20
คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ	20

การจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care cluster

1. หลักการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ประชาชนได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physician) ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง ที่ใช้ ปรัชญาการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยของบุคคลโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วยอย่างรอบด้าน หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ซึ่งประกอบ ด้วยแนวคิดสำคัญ 5 ประการ คือ

1. Primary medical care หรือ Care on first contact basis การดูแลแต่แรก ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ทำการรักษาในขั้นต้น เน้นการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้การดูแลรักษาที่ไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูง ตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสะดวกสบาย เป็นการดูแลสุขภาพทุกเรื่องตั้งแต่แรก สามารถให้บริการอย่างสม่ำเสมอตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ
2. บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านชีววิทยา (โรค) ของผู้ป่วย แต่เพียงอย่างเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติ ทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Bio psycho social spiritual) เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic sensibility) โดยปรับทัศนคติที่มองแบบแยกส่วนมาเป็นการมองชีวิตแบบองค์รวม ให้ความสำคัญกับทุกอย่างที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน แม้กระทั่ง “สถาปัตยกรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา” ซึ่งการออกแบบระบบงาน อาคารสถานที่ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกรวดเร็วทันสมัย ความสบายผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวลและสร้างแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมด้วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว และชุมชน
3. การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) คือการดูแลทุกระยะตั้งแต่พฤติกรรม การดำเนินชีวิตขณะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วย การค้นพบความเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายของการป่วยจนถึงการเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยทีมสุขภาพที่มีความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ความศรัทธา และความสัมพันธ์ที่ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (doctor-patient relationship)
4. การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) คือการดูแลสุขภาพครบถ้วนทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย (treatment) ให้หายจากโรค การป้องกันโรค (prevention) ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ (promotion) ให้มีสุขภาพแข็งแรง และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ไม่ให้เสื่อมถอยหรือพิการ การให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัว การพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
5. มีระบบให้การปรึกษาและการส่งต่อ (Consultation and referral system) เป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้คำแนะนำก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ รวมถึง ทำหน้าที่ช่วย

เชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ หมอครอบครัวแตกต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่น ที่ไม่เน้นรักษาเฉพาะตัวโรคเพียงอย่างเดียว แต่ดูแลไปถึงความเจ็บป่วย (Illness) ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และการเชื่อมโยงกับภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ด้วย

2. ความหมาย ของ Primary care cluster

หมายถึง การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ ใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมินั้นๆ ทั้งนี้อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือ จัดตั้งหน่วยบริการใหม่เสริม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน

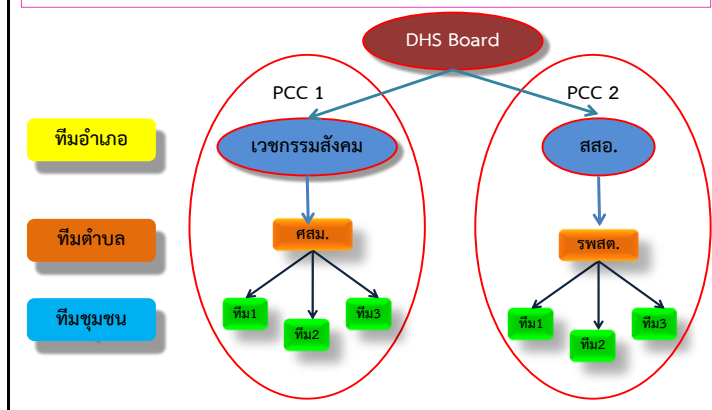
การพัฒนา Primary care cluster เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “หมอประจำครอบครัว” ซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชากรประมาณ 10,000 คน จึงกำหนดให้ Primary care cluster 1 Cluster ประกอบด้วย ทีมแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30,000 คน เพื่อสร้าง เป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่ม สหวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลประชากรที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. องค์ประกอบของหน่วยเครือข่าย

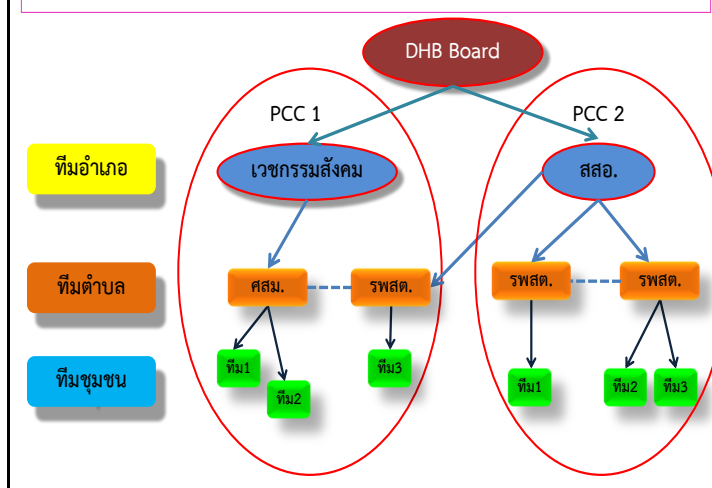
- **หน่วยบริการปฐมภูมิ** ในการจัดหน่วยบริการให้ยึดจำนวนประชากรเป็นหลัก โดย 1 Cluster สามารถประกอบด้วย 1-3 ศูนย์ขึ้นกับบริบทของพื้นที่(ให้ยึดเป้าหมายการเข้าถึงบริการเป็นสำคัญ) ในกรณีที่เขตที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบางอาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับพื้นที่ดูแลของสาธารณสุขอำเภอ คือ รพสต.ในเครือข่ายก็ได้

ในการจัดกลุ่มของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิเป็นเครือข่ายนั้นสามารถจัดได้หลากหลายรูปแบบ สิ่งสำคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายของบริการปฐมภูมิที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ , การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่และครบถ้วนทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ได้ทำการรวบรวมรูปแบบของการจัดทีมเพื่อสร้างเครือข่ายการให้บริการร่วมกันไว้พอสังเขป ดังนี้

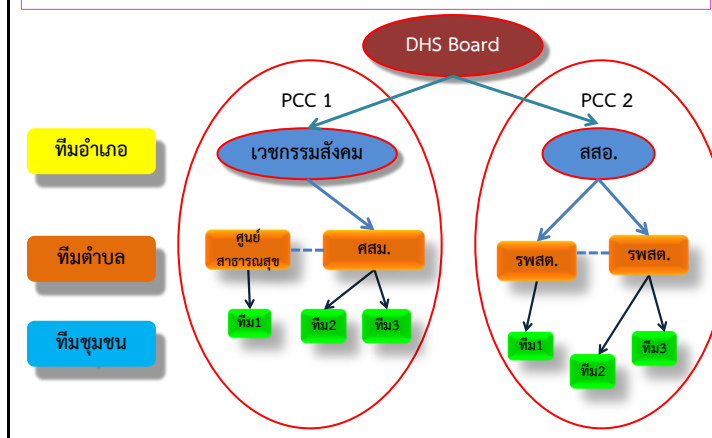
Primary Care Cluster : รูปแบบที่ 1



Primary Care Cluster : รูปแบบที่ 2



Primary Care Cluster : รูปแบบที่ 3



จากรูปแบบที่ได้นำเสนอจะเห็นได้ว่า สามารถจัดทีมผู้ให้บริการเป็นเครือข่ายได้หลากหลายรูปแบบ และภายในเครือข่ายควรจัดให้มีคณะทำงานร่วม เพื่อให้เกิดการประสานงานภายในให้เกิดความเรียบร้อยในการจัดบริการ ทั้งนี้อาจมีการรวมเอาหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการเพื่อให้เกิดทีมสุขภาพที่สามารถให้การดูแลประชาชนได้อย่างเพียงพอครบถ้วนตรงตามเป้าหมายของนโยบายการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบ Primary care cluster นี้

บุคลากร จัดให้มีแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งในแต่ละทีมประกอบด้วยบุคลากรโดยประมาณ ดังนี้

ลำดับ	วิชาชีพ	จำนวนบุคลากร		
		สัดส่วน	จำนวน/ 1 ทีม	จำนวนรวม / 1 PCC
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1 : 10,000	1	3*
2	ทันตแพทย์	1 : 30,000	-	1
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1 : 2,500	4	12
4	ทันตภิบาล	1 : 10,000	1	3
5	เภสัชกร	1 : 30,000	-	1
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	1 : 15,000	-	2
7	นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1 : 5,000	2	6
8	แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	1 : 10,000	1	3
9	กายภาพบำบัด	1 : 30,000	-	1
*แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรมีอย่างน้อย 1 คนต่อ PCC ส่วนที่เหลืออาจเป็นแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้อาจมีบุคลากรอื่น ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น นักจิตวิทยา/ผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพ /ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) เป็นต้น				

4. บทบาทหน้าที่

✳ เป็นหมอครอบครัว ที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชน โดยยึดหลักการ **“บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”** จากตารางนี้

✳ เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค พัฒนาสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ดูแล “คน” เป็นองค์รวม ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน

✳ ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย (Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค (Disease)

✳ การประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

✳ การจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน

✳ ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตามประเมินผล สถานการณ์ของงาน และสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

✳ ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

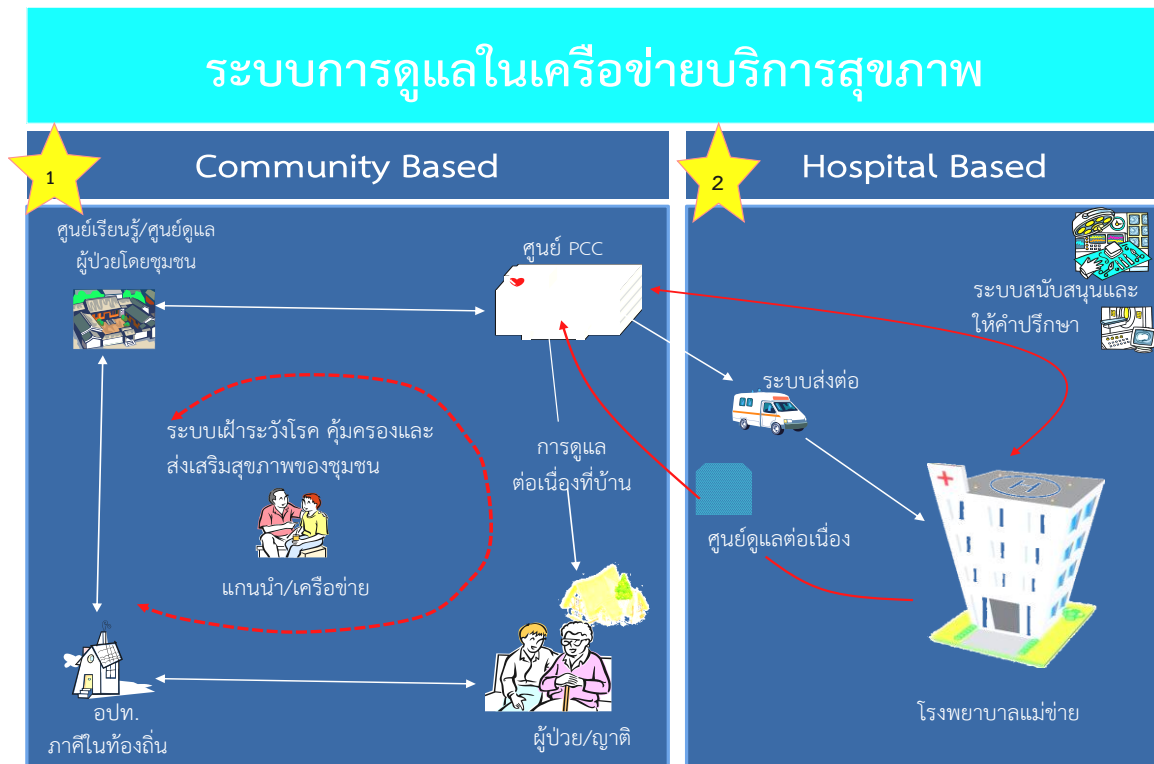
ในการดำเนินการของกลุ่มหน่วยปฐมภูมิ (Cluster) ให้ดำเนินการจัดบริการเป็นภาพรวมยึดหลักการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว สร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและชุมชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของนโยบายนี้

5. การจัดรูปแบบบริการ

การดูแลสุขภาพให้มีความสุขที่ดีจำเป็นต้องอาศัยหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้ **แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว** เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด **อาศัยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine)** ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบดูแลการเจ็บป่วย (Illness) ร่วมด้วย ไม่ใช่ดูแลโรค (Disease) อย่างเดียว, การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย (Doctor-Patient relationship) การดูแลด้วยบุคลากรที่มีทักษะทางวิชาชีพที่แม่นยำ (Skillful Physician). การคำนึงถึงสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของชุมชนที่ดูแล (Community-based practice), ให้การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน (Resource person to a defined population) เป็นต้น ทำการจัดบริการแบบ “สร้างนำซ่อม” ที่ผสมผสานทั้ง 5 บทบาทการดูแลสุขภาพภาพประชาชนได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การ ควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องใช้การดูแลหลากหลายมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีความสุขที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันให้มีการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้

การดูแลลักษณะนี้ต้องอาศัยผู้ให้การดูแลที่มีความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค การสร้างสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งบุคลากรหรือทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดไม่สามารถดำเนินการให้สำเร็จลงได้เพียงลำพังจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างระบบที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้ ระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนแบบไร้รอยต่อ

สามารถสรุปได้ตามแผนภาพต่อไปนี้



จากแผนภาพดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การจัดบริการในชุมชนเป็นการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), แกนนำชุมชน, เครือข่ายต่างๆ เพื่อมุ่งสู่ การจัดการให้เกิดระบบสุขภาพเพื่อดูแลประชาชนโดยมีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ศสม.หรือรพ.สต.) เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุมชน และสามารถจัดรูปแบบการบริการในระดับปฐมภูมิได้เป็น 4 บริการที่สำคัญ ได้แก่ การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ, การดูแลต่อเนื่อง, การบริการเชิงรุกในชุมชน, การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับชุมชน เป็นต้น สำหรับการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย อาศัยระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับ , การดูแลต่อเนื่อง และจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนและการให้คำปรึกษาแก่หน่วยปฐมภูมิดำเนินการได้อย่างราบรื่น

ในแต่ละรูปแบบบริการมีรายละเอียดของกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
1	การบริการเชิงรับในหน่วยบริการ	การจัดตั้งศูนย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยพัฒนาระดับจากหน่วยบริการเดิม (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ให้มีบริการ ดังนี้ ● การดูแลรักษาแบบผสมผสาน ● การจัดบริการสำหรับกลุ่มวัย เช่น คลินิกเด็กดี (Well baby clinic), การตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก, คลินิกฝากครรภ์ (Antenatal care or ANC) ● การให้บริการป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนต่างๆ เป็นต้น ● การให้บริการทันตกรรม ● การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ ● จัดคลินิกให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพ : คลินิกลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง , คลินิกลดพุง , คลินิกพัฒนาการเด็ก , คลินิกวัยรุ่น เป็นต้น ● การให้บริการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์แผนไทย , แพทย์แผนจีน ● บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่ ตรวจเลือด, ตรวจภายใน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น
2	การบริการต่อเนื่อง	● การจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Homeward) โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจเยี่ยมอาการ หรือให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามอาการของผู้ป่วยที่บ้าน 2. การบริการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก เป็นต้น 3. การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจนที่บ้าน 4. บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) และสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วย ● การจัดตั้งศูนย์รับส่งต่อ เพื่อประสาน และติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องทั้งหมด ● การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ลำดับ	รูปแบบ	กิจกรรม
3	การบริการเชิงรุกในชุมชน	● การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการวัคซีน, การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน, ให้บริการวัคซีนเด็กในโรงเรียน, การส่งเสริมการออกกำลังกายการจัดการอาหารปลอดภัย เป็นต้น ● การเฝ้าระวังโรคควบคุมการเกิดโรค ได้แก่ การสอบสวนโรค, การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน, การสร้างเครือข่ายจิตเวชชุมชน การจัดการลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ● การดูแลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ การตรวจประเมินสถานประกอบการ เช่น การผลิตน้ำดื่ม , น้ำแข็ง, ผลิตภัณฑ์อาหารสมุนไพรต่าง ๆ เป็นต้น ● การประเมินมาตรฐานสุขภาพิบาลต่างๆ เช่น ประเมินตลาด , ประเมินมาตรฐานเรือนจำ , ประเมินโรงอาหารในโรงเรียน เป็นต้น
4	การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม	● สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน, การร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน, การร่วมดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน, การร่วมดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ , การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ เป็นต้น ● การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคคุณภาพ ได้แก่ เครือข่ายร้านยาคุณภาพ , ร้านอาหารสะอาดปลอดภัย “Clean food Good taste” เป็นต้น ● การพัฒนาศักยภาพของ อสม.
5	การรับข้อมูลให้คำปรึกษาแก่ประชาชน	● การจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำ Web Application หรือระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เป็นต้น ● การนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การจัดตั้ง Line group สำหรับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

6. ลักษณะการจัดบริการ

ในการจัดบริการให้ยึดหลักการและเป้าหมาย “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” โดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ทำงานเป็นเครือข่าย ให้ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วม ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าโดยทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจจัดการบริการเป็น 5 ลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. บริการผสมผสานในสถานบริการ
2. บริการต่อเนื่อง ได้แก่บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit and Home care) การติดตามผู้ป่วยกรณีการส่งต่อไปหน่วยบริการอื่น การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ
3. บริการเชิงรุกในชุมชน
4. การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม
5. การให้ข้อมูล คำปรึกษาแก่ประชาชน

โดยมีขอบเขตบริการ สรุปได้ดังนี้

หลักการและเป้าหมาย	ขอบเขตบริการ
บริการทุกคน	ให้บริการทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ -ทุกกลุ่มวัย : สตรีและเด็กปฐมวัย 0-5 ปี, เด็กวัยเรียน (5-14 ปี), วัยรุ่น/นักศึกษา, วัยทำงาน, ผู้สูงอายุและผู้พิการ -ทุกสิทธิ : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, ข้าราชการ และอื่นๆ -ทุกกลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
บริการทุกที่	ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก -บริการในหน่วยบริการ - บริการในชุมชน
บริการทุกอย่าง	ให้บริการมีลักษณะเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ- บริการแต่แรกทุกเรื่อง (First Contract Care) เป็นบริการด้านหน้า (Front-line) ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย - ดูแลอย่างบูรณาการและผสมผสาน (Integrated & Comprehensive Care) บูรณาการงานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ คัดกรองผู้บริโภค ผสมผสานระบบการแพทย์ ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกสุขภาพแบบต่างๆ และการแพทย์ฉุกเฉิน - ดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลทั้งคน ใส่ใจกับชีวิตและความทุกข์ของคน - ดูแลสุขภาพเชิงรุก (Proactive Care) มุ่งเน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม - ดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care) ดูแลความเจ็บป่วยและสุขภาพต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ Homeward, Home health care, Home visit - เข้าถึงบริการ (Accessibility) และมีระบบส่งต่อ ไป-กลับ (Referral System)
บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี	ให้บริการ 24 ชั่วโมง ที่สะดวก รวดเร็ว ทันสมัย -บริการในเวลาราชการ เวลาราชการ -บริการโดยใช้เทคโนโลยี ได้แก่ Line group, application ต่างๆ

7. การบูรณาการงานเชื่อมต่อกับบริการเฉพาะทาง และ Service plan

สิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการต่อเนื่องสำหรับการจัดบริการตามกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ การบูรณาการ Service plan ในแต่ละสาขาเข้ามาอยู่ในรูปแบบบริการที่มี ทั้ง 5 แบบ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงนโยบายการจัดระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ คือ Service plan ซึ่งเป็นการจัดบริการที่มุ่งเน้นให้การดูแลตามกลุ่มโรคสำคัญ เพื่อให้เกิดการจัดการทรัพยากรและมีแนวทางในการ ส่งต่อบริการระหว่างหน่วยต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ ในขณะที่การ บริการระดับปฐมภูมิเป็นการดูแลคนตามกลุ่มวัยหรือกลุ่มประชากรที่สำคัญและชุมชน จึงทำให้การบูรณาการเกิด Service Package สำหรับบริการปฐมภูมิ ดังแผนภาพหน้าต่อไป

8. Primary Service Package

บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี

	 สตรีและเด็กปฐมวัย (0.5 ปี)	 เด็กวัยเรียน (5-14 ปี)	 วัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)	 วัยทำงาน (15-59 ปี)	 ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และผู้พิการ
Service Plan	Newborn, OB (ANC), Ped (Growth and development), ทันตกรรม	Ped (โภชนาการDHF), ทันตกรรมจิตเวช(IQ, EQ, MQ)	- OB (ท้องไม่พร้อม Ped, จิตเวช(ยาเสพติด สุรา) Trauma (อุบัติเหตุ)	STEMI, Stroke, Cancer (มะเร็ง) ดับ ท่อน้ำดี เฝ้านม ปากมดลูก ลำไส้ใหญ่, Trauma, จิตเวช(สุรา บุหรี่), NCD, ตา, ไต, ทันตกรรม	STEMI, Stroke, Cancer จิตเวช(สุรา บุหรี่, NCD, ตา, ไต, ทันตกรรม
เป้าประสงค์	๑) ผลการตรวจคุณภาพ ๒) วัดขึ้นครอบครัว ๓) พัฒนาการสมวัย ๔) สุขภาพช่องปากดี	๑) ลดอ้วน ๒) สุขภาพช่องปากดี ๓) เสริม IQ, EQ, MQ ๔) ลดการจมน้ำ ๕) ลดไข้เลือดออก	๑) ท้องไม่พร้อม ๒) ลดนักดื่มหน้าใหม่ ๓) ขับขี่ปลอดภัย ๔) เพศสัมพันธ์ปลอดภัย	๑) ลดการรบกวนพฤติกรรมเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ติดแอลกอฮอล์ อ้วน สุขภาพจิต ๒) แก้ปัญหาพฤติกรรมแบบสหปัจจัยเสี่ยง ๓) ส่งต่อภาวะฉุกเฉินได้	๑) อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ๒) เข้าถึงบริการและได้รับสิทธิประโยชน์ ๓) ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
ส่งเสริม (การสร้างเสริมสุขภาพ วัคซีน)	- ANC คุณภาพ - วัคซีนตามกำหนด - WBC คุณภาพ - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง - วัคซีนตามกำหนด - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษา ตามแนวทาง - พัฒนากิจกรรมชีวิต	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง - สุขภาพช่องปาก	- ให้คำปรึกษาตามแนวทาง ๓ ด้าน คือ ADL, ๕ โรคที่พบบ่อย และGeriatric syn. - สุขภาพช่องปาก
ป้องกัน (คัดกรองความเสี่ยงและตรวจ)	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - คัดกรองพัฒนาการล่าช้า ๔ ช่วง (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน)	- บริการ ๕ ด้าน - เน้นจัดการภาวะอ้วน - ทักษะชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรค	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - ทักษะชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรค	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - คัดกรอง ๒๐/๑๐ ในกลุ่มผู้ป่วย DM - ตรวจตา ไต เท้า ในกลุ่มผู้ป่วย - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง	- ตรวจสุขภาพเป็นระยะตามแนวทาง - ตรวจตา ไต เท้า ในกลุ่มเสี่ยงสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยง
รักษา (warning sign/refer Network)	- อาการครรภ์เสี่ยงสูง - ระบบประสาทแพทย์ - ระบบรักษาทันตแพทย์	- อาการเบื้องต้น - ระบบรักษาแพทย์ - ระบบรักษาทันตแพทย์	- อาการเบื้องต้น - ระบบรักษาแพทย์	- STEMI, Stroke alert - ควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นโรค NCD CLINIC	- STEMI, Stroke alert - ควบคุมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - แก้ปัญหาแบบสหปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มที่เป็นโรค NCD CLINIC
ฟื้นฟู (ติดตาม ดูแล ต่อเนื่อง ประคับประคอง)	- ดูแลหลังคลอด - ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อสังคม - ติดตามเยี่ยมบ้าน	- ติดตามเยี่ยมบ้าน - ฟื้นฟูสภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ติดตามเยี่ยมบ้าน - ฟื้นฟูสภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ - ส่งปรึกษาฟื้นฟู
พัฒนา settings	- สถานบริการสาธารณสุข ANC, LR, WCC - ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	- โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (School health)	- คลินิกวัยรุ่น - เฝ้านะวัตกรรมการ - สร้างกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่โรงเรียน	- CKD NCD คุณภาพ Stroke STEMI Alert	- คลินิกผู้สูงอายุ รพช
การมีส่วนร่วม ของครอบครัว และชุมชน	- ครอบครัวอบอุ่น - สายใยรัก - โรงเรียนพ่อแม่ - ตำบลจัดการสุขภาพ - ตำบลแม่	- ตำบลจัดการสุขภาพ - ตำบล IQ ดี EQ เต็ม - ชุมชนหมู่บ้าน - ไอโอติน	- วัยรุ่นใส่ใจสุขภาพทางไกล - ยาเสพติด - ไม่ติดเกม ไม่ติดการพนัน - ยุติความรุนแรง - ตำบลจัดการสุขภาพ - online training	- สถานที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพ - โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ - ชุมชน ๓ ๐ ๒ ส - ปลอดสารเคมีกำจัดศัตรูพืช - SPRT concern - ตำบลจัดการสุขภาพ	- ชุมชนสังคมเกื้อกูล - ตำบลจัดการสุขภาพ - Long term care - Palliative care

9. การจัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน

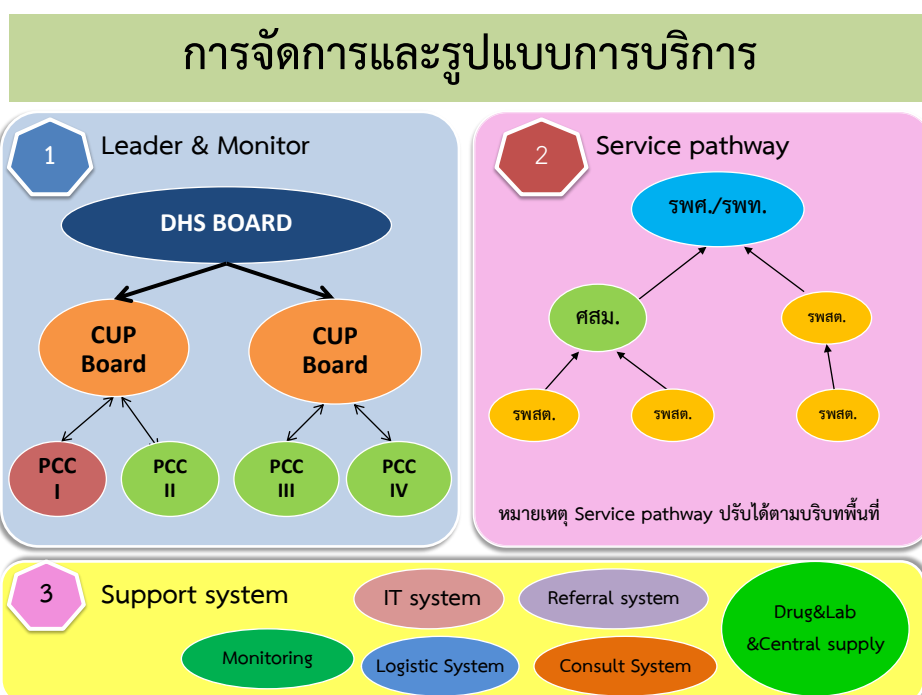
อนึ่งในการจัดบริการตามนโยบายปฏิรูปนี้ต้องการให้นำนวัตกรรมของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้เพื่อให้เกิดการดูแลตัวบุคคลอย่างครบถ้วนเพื่อสร้างสุขภาพโดยเริ่มที่ตัวบุคคล หรือ Self care และเชื่อมโยงกับครอบครัว อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องนำหลักการทางระบาดวิทยาเข้ามาใช้ร่วมด้วยเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน และการดูแลประชากรเป็นกลุ่ม ได้อย่างตรงเป้าด้วย

การจัดการทีมดูแลสุขภาพนอกเหนือจากการดูแลในระดับบุคคลและครอบครัวแล้วยังจำเป็นต้องมีการดูแลในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จยั่งยืน ซึ่งจะต้องมีการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมด้วย ทีมจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ หาปัญหาชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาพภายในให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ในการดำเนินงานจัดบริการภายในแต่ละ Cluster จะต้องจัดให้มีการบริหารจัดการร่วม เป็นการประสานงานกันภายในเครือข่ายนั้นๆ ควรดำเนินการโดยจัดตั้งคณะทำงานหรือมีผู้ประสานงานหลักในเรื่องการบริหารจัดการและการประสานงานให้เหมาะสมโดยให้ผ่านความเห็นชอบของผู้บริหาร CUP (Contracting Unit of Primary care)

การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย

การบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิอาศัยกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การให้บริการสุขภาพ 2) บุคลากรสุขภาพ 3) สารสนเทศสุขภาพ 4) ผลลัพธ์การแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยี 5) การเงินการคลังสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ กระทรวงสาธารณสุขได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็น 6 Building Blocks Model สำหรับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอเป็นการจัดรูปแบบบริการเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีการจัดบริการไปพร้อมกับการจัดระบบสนับสนุนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แสดงรูปแบบได้ตามแผนภาพต่อไปนี้



จะพบว่า การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

- 1) ด้านการนำ การกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor) ในระดับเครือข่ายอำเภอ กำหนดให้มีคณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) เป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร โดยใช้แผนดำเนินงานของเครือข่ายเป็นหลัก รวมถึงมีหน้าที่กำกับดูแลอภิบาลระบบด้วย
- 2) ด้านกระบวนการรับส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย (Service pathway)
- 3) ด้านการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Support system)

1. การนำ การกำกับและการอภิบาลระบบ (Leader & Monitor)

✳ การนำและการอภิบาลระบบ ภาพรวมของการบริหารจัดการระบบปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่จะขึ้นกับคณะกรรมการกำกับดูแลนโยบายในระดับอำเภอ (District Health Board) ที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อน โดยมีผู้ดำเนินการในระดับที่ลดหลั่นกันมา กว้างกับบริบทพื้นที่ ในบางพื้นที่ อาจมีการรวมตัวกันหลาย CUP หรือบางแห่งมีเพียง 1 CUP ซึ่งจะเป็นผู้จัดการดูแลหน่วยปฐมภูมีย่อยที่เป็นลูกข่ายของตนเอง สามารถแสดงรายละเอียดของระบบการจัดการในแต่ละระดับได้ดังนี้

1. คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board – DHB) ประกอบด้วยผู้นำหุ้นส่วน สุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชน ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพที่ เหมาะสม ครบทุกมิติ ทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ สนองนโยบายของเขตสุขภาพ และความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยผ่านนโยบายลงสู่งานบริการปฐมภูมิทาง CUP Board

2. CUP Board (Contracting unit of primary care Board) คณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนผู้ให้บริการทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ ร่วมกัน กำหนดและบริหารแนวทางการจัดบริการโดยประสานงานเรื่องเงื่อนไขการให้บริการและการสนับสนุนด้านการเงินการคลังกับกองทุนต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.), สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับนโยบายของ คณะกรรมการ DHB คณะกรรมการชุดนี้จะส่งนโยบายให้กับ ผู้จัดการ Primary care cluster ไปเป็นผู้ดำเนินการ

3. ผู้จัดการ Primary care cluster เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานงาน รพสต. /ศสม. ใน cluster ทั้งเรื่อง คน เงิน ของ ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการของงานปฐมภูมิของ cluster นั้นๆ (1 cluster = ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลรับผิดชอบประชากรประมาณ 30,000 คน) เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกัน

✳ การบริหารด้านการเงินการคลัง

มีการจัดการด้านการเงิน โดยมีแผนรับจ่ายราย Cluster

- ให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บค่าธรรมเนียมได้แก่ ต้นทุนบริการ , ต้นทุนเวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และ ต้นทุนบุคลากร

- ให้มีทีมบริหารจัดการในระดับปฐมภูมิ เป็นผู้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจบริหารจัดการโดยจัดทำบัญชีต้นทุนเสมือน (Virtual Accounts) สำหรับงบประมาณปฐมภูมิเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการจัดสรรอย่างเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ ได้แก่ กองทุนผู้ป่วยนอก (OP) และ/หรือ งบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค (PP)

- รวมงบประมาณในระดับปฐมภูมิให้ เป็นชุดรวมกัน ทั้งงบ งบประมาณกองทุน ผู้ป่วยนอก , งบกองทุน PP-Basic service, บางส่วนของงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ , งบประมาณกองทุนแพทย์แผนไทยและงบสนับสนุนโรคเรื้อรังเข้าด้วยกัน

- การบริหารงบส่งเสริมป้องกันโรค ได้แก่ PP-Basic Service ให้หน่วยบริการเป็นผู้จัดการ , PP Area-based และ PP Community ให้ District Health Board เป็นผู้บริหารจัดการ

- ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดทำแผนการเงิน แสดงทั้งรายรับ - รายจ่าย ดำเนินการบริหารจัดการการเงินในส่วนของงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ด้วยตนเอง รวมทั้งนับการส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นรายจ่ายของตนเอง (สำหรับค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ส่งต่อหรือการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ทำการตกลงค่าใช้จ่ายภายใน CUP)
- ให้มีการบันทึกเวลาทำงานของบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ลงไปปฏิบัติงานใน PCC เพื่อใช้เป็นข้อมูลต้นทุนบุคลากร

2. การจัดการกระบวนการรับส่งต่อในระบบบริการ (Service pathway)

ในการให้บริการมีการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยรับส่งต่อที่ใหญ่ที่สุด ในแต่ละพื้นที่มีการจัดรูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย สามารถออกแบบระบบการส่งต่อด้วยตนเองในแต่ละเครือข่ายโดยพิจารณาตามความปลอดภัย ความสะดวกและความเหมาะสมในด้านต่างๆ ทั้งนี้บางเครือข่ายอาจใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลซึ่งมีแพทย์ประจำเป็นจุดรับส่งต่อจากรพสต. เครือข่ายก่อนส่งต่อเข้าโรงพยาบาลแม่ข่าย (เป็น Gate keeper) หรือจัดให้การส่งเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยตรงเลยก็สามารถกำหนดได้ แต่เน้นห ลักการให้มีความสะดวก เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง และมีการส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสมด้วย พร้อมทั้งให้มีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อด้วย

3. การจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย (Supportive system)

สำหรับภารกิจในการบริหารจัดการและประสานเครือข่ายที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่สรุปได้พอสังเขป ดังนี้

ระบบเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์

จัดให้มีการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้มีบัญชียาภายใต้กรอบบัญชียาของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ลักษณะยา ขนาด รูปแบบ จากบริษัทยาเดียวกัน) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่เกิดความรู้สึกละเอินต่าง โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

✧ บัญชียา เครือข่ายมีการใช้บัญชียาร่วมกัน สามารถแบ่งบัญชีรายการยาตามบริบทการจัดบริการของแต่ละพื้นที่

✧ การกระจายและการขนส่ง มีการ จัดระบบการเบิกจ่ายยาและวัสดุการแพทย์ ควบคุมคุณภาพการขนส่ง โดยเฉพาะระบบ Cold chain ในการเบิกจ่ายวัคซีน

✧ การนิเทศคลังยา ได้แก่ การตรวจเยี่ยมคลังยา ประเมินคุณภาพในการจัดเก็บยา ประเมินกระบวนการจ่ายยาใน รพสต. เป็นต้น

ระบบบริการด้านชั้นสูตรโรค

มีการจัดระบบบริการเพื่อให้สะดวกต่อผู้รับบริการ และเป็นการรองรับบริการที่มีในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อความคุ้มค่า และคุณภาพมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย

* การจัดบริการชั้นสูตรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดบริการชั้นสูตรเบื้องต้นบางรายการ ที่สามารถปฏิบัติได้ที่หน่วยบริการ ได้แก่ การตรวจวัดความเข้มข้นเลือด (Hematocrit), การตรวจระดับน้ำตาลโดยใช้ Dextro-strip, การตรวจการตั้งครรภ์ เป็นต้น

* การจัดบริการเก็บส่งตรวจ ทำการชั้นสูตรที่โรงพยาบาล

เป็นการจัดบริการขึ้นเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยด้วย โรคเรื้อรังตามมาตรฐานการรักษา โดยหน่วยบริการจะทำการจัดเตรียมส่งตรวจให้พร้อม โรงพยาบาลจัดช่องทางในการส่งส่งตรวจแล้วจึงนำส่งผลการตรวจให้แก่หน่วยบริการในภายหลัง

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

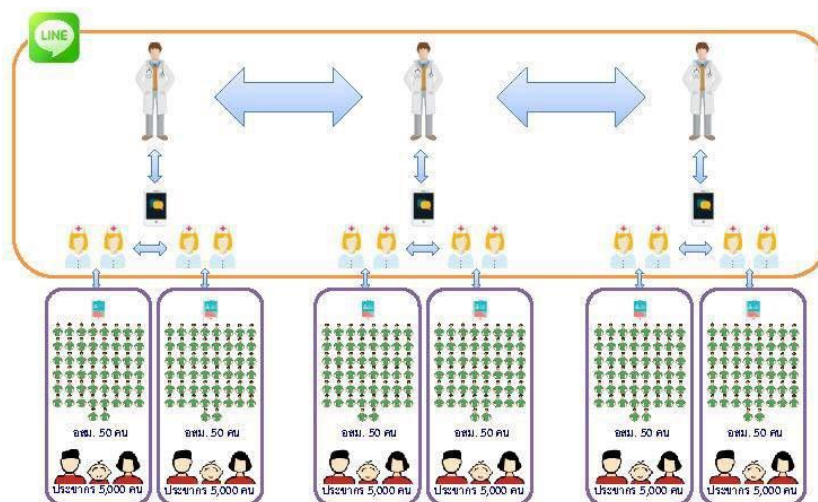
เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบในการสนับสนุนดังนี้

* ระบบให้คำปรึกษา ได้มีการจัดช่องทางการปรึกษาไว้ดังนี้

- ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยแพทย์ มีการจัดแพทย์รับผิดชอบเป็นพื้นที่ Cluster รวมถึงมีพยาบาลเวชปฏิบัติหรือพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา 1 cluster มี 3 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน แบ่งเป็น 2 ทีมดูแล อสม. ทีมละ 50 คน แต่ละทีมดูแลประชาชน 5,000 คน ดังนั้นแพทย์ 1 คน ดูแลประชาชน 10,000 คน

อสม.รับปัญหาเบื้องต้นจากประชาชน ติดต่อพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษา พยาบาลติดต่อไลน์เข้ากลุ่มทีม มีแพทย์คอยตอบคำถาม/ข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ตามกลุ่มประชากรของทีม ซึ่งจะ使得ทีมคนอื่นในกลุ่มได้อ่านและเรียนรู้ไปด้วยกัน ในการจัดการปัญหาแต่ละกรณี

ความเชื่อมโยงการให้บริการของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



การให้บริการที่น่าจะเป็น 1) กรณีต้องไปโรงพยาบาลเร่งด่วน ทีมประสานให้การส่งต่อ 2) กรณีที่ไปโรงพยาบาลตามนัด เพื่อพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ทีมประสานระบบนัดพบให้ 3) ไปรับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCC) ทีมลงนัดให้ 4) กรณีต้องดูแลที่บ้านได้ตามคำแนะนำ ให้คำแนะนำ ทุกกรณี ทีมควรติดตามต่อเนื่อง เช่น เยี่ยมบ้าน/เยี่ยมในรพ.

ระบบการ Conference case

✳️ ด้านวิชาการ มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย (Core practice guidelines _CPG) ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย และให้การสนับสนุนการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อให้บุคลากรใน PCC มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ในการพัฒนาวิชาการนั้น นอกจากการจัดอบรมดังกล่าวยังสามารถสอดแทรกความรู้เชิงวิชาการได้ทุกเมื่อ อาจเป็นการให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานประจำ (On the job training) หรือการจัดประชุม Conference case รวมถึงการจัดประชุมผู้รับผิดชอบงานซึ่งได้มีการจัดเป็นประจำ

ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Information System)

มีระบบจัดเก็บฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ : Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยส่งผ่านคลังข้อมูลระดับอำเภอและจังหวัด ให้ทันเวลา น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการดังนี้

✳️ จัดให้มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่าย และมีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ที่มีประสิทธิภาพ ทำหน้าที่เป็น ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพระดับพื้นที่ (ระดับอำเภอ) ต้องมีจำนวนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เสริมคอมพิวเตอร์ (Computer Accessories) ให้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ และสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวมและประมวลผลข้อมูล โดยจะต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Validation) และส่งให้ทันเวลา

✳️ การนำระบบข้อมูลสารสนเทศไปใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ เป็น 2 ส่วนคือ

- ข้อมูลเพื่อการบริหาร เป็นการประมวลผลและสรุปข้อมูลที่สำคัญ เพื่อใช้ในการวางแผนงานการจัดสรรทรัพยากร ด้านต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- ข้อมูลเพื่อ การบริการ จัดระบบบริการด้านต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงบริการและความครอบคลุมโดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิ การรักษาดูแลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

ในขณะเดียวกันจะต้องคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลด้วย โดยต้องกำหนดลำดับขั้นของผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลผู้ป่วย เพื่อสร้างระบบการรักษาความลับของผู้ป่วยที่รัดกุม

ระบบขนส่งภายในเครือข่าย (Logistic)

เป็นระบบพื้นฐาน ที่ใช้สำหรับการขนส่งทุกอย่างภายใน CUP ได้แก่ การส่งเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา, วัสดุทางการแพทย์, การส่งเลือด/ส่งส่งตรวจชิ้นสูตรโรค, การรับขยะติดเชื้อกลับเข้าสู่โรงพยาบาล เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในการบริหารจัดการเพื่อให้ครอบคลุมภารกิจงานทั้งหมดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเหมาะสมทั้งจำนวนและวิชาชีพซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดทำให้เพียงพอด้วย

การควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล

เป้าหมายในการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ในด้านบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย โดยผู้รับบริการ (ป่วยและไม่ป่วย) เป็นศูนย์กลาง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมและชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับในด้านบริหารต้องการ ลดต้นทุนการบริการปฐมภูมิ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน / แบ่งปันกันอย่างคุ้มค่า และในด้านวิชาการ ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการวิจัยที่มีบริบทจากบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง

เพื่อให้การดำเนินการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิบรรลุ เป้าหมายที่วางไว้ จำเป็นต้องมีการควบคุม กำกับ ติดตามให้การสนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

ให้กำหนดแนวทาง และการจัดการข้อมูล เพื่อการติดตาม ประเมินผล พร้อมผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน ควรมีการติดตามประเมินผลใน 3 รูปแบบ

1. ระบบปกติ จากระบบติดตามประเมินผลระดับอำเภอ
2. หน่วยงานภายนอก เช่น สสจ. สปสช เขต คปสอ. (DHB)
3. การวิจัยประเมินผลในระยะแรก โดยหน่วยงานภายนอก

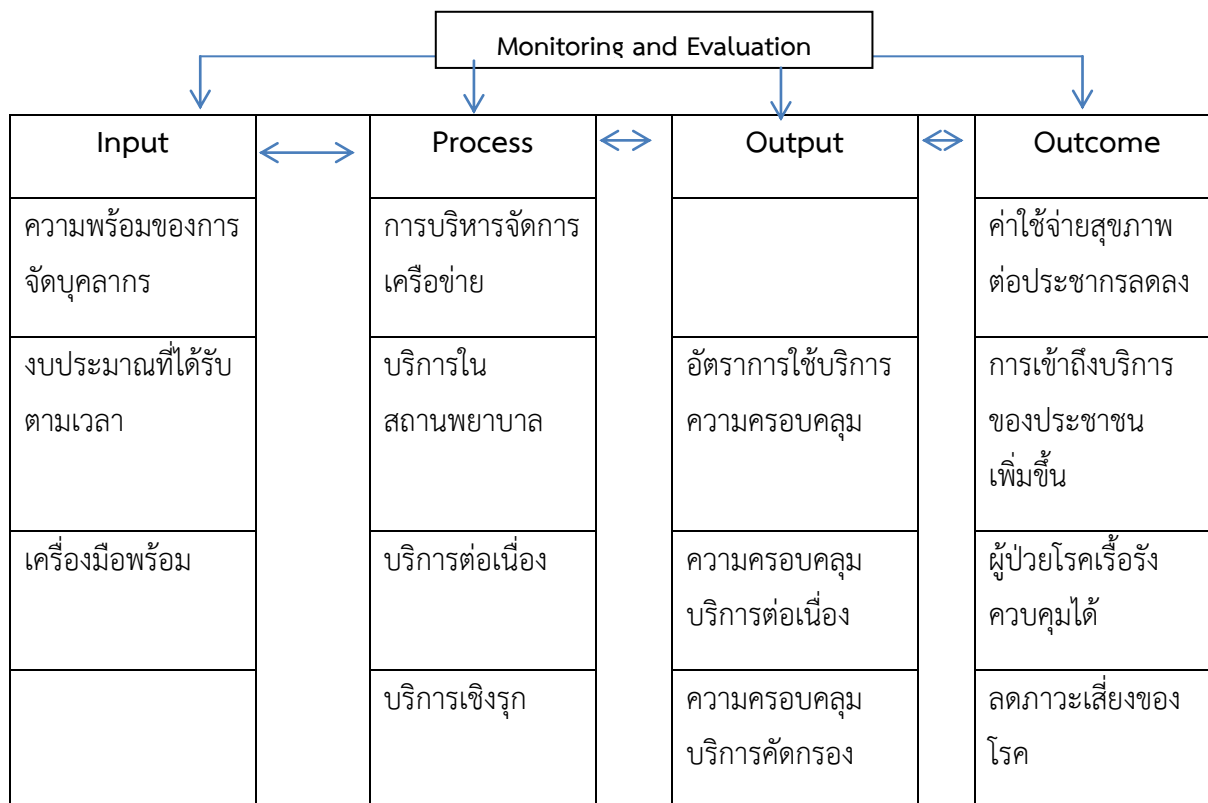
1. การจัดการระบบติดตาม ประเมินผล ภายใน

การกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละระยะมีดังนี้

1. ความพร้อมในการจัดบริการ : การเตรียมการด้านบุคลากร สถานที่ การจัดการ
* ด้านบุคลากร พิจารณาในด้านจำนวนต่อประชากร และดูคุณภาพ คุณวุฒิ ประสบการณ์ของบุคลากร
* การจัดทีมงาน บทบาท และขอบเขตความรับผิดชอบของทีมงาน
2. การบริหารจัดการเครือข่าย : ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ การจัดทำบัญชีแยกตามหน่วย PCC การจัดการพัสดุ การจัดการข้อมูล
3. การติดตาม ในด้านระบบการบริการ ด้านต่างๆ และการบริหารจัดการสนับสนุน
* พิจารณาคุณภาพของบริการในสถานพยาบาล การจัดระบบเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
* คุณภาพของคลินิกบริการโรคเรื้อรัง งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
4. การติดตาม ผลผลิตในการดำเนินงาน โดยดึงข้อมูลจากระบบข้อมูลปกติที่มี ในด้านอัตราการให้บริการรักษาพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) สัดส่วนประชากรใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ ความครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค KPI ของการให้บริการตามกลุ่มวัย เช่น สตรีและเด็กปฐมวัย 0 - 5 ปี ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ, อัตราเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 เป็นต้น
5. การประเมินผลลัพธ์ของบริการ การเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสรุปเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร

ผู้มีหน้าที่ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล ได้แก่ การตรวจราชการในระ บบปกติและ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board), และหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบบริการปฐม ภูมิในส่วนกลาง

กรอบแนวทางการติดตาม ประเมินผล



2. การวิจัยและพัฒนา เพื่อให้การขับเคลื่อนและปฏิรูปการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้า และเป็นแบบอย่างของประเทศในประชาคมอาเซียน และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะต้องมีการศึกษาวิจัยทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ดังนี้

2.1 การถอดบทเรียนและหาตัวอย่างที่ดี (Best Practice)

2.2 การประเมินนโยบาย (Policy Development) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างการดำเนินการตาม Primary Care Cluster Network ซึ่งมีการสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ และเครือข่ายตามที่กำหนดไว้ (Action Model) กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Change Model) ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด (determinants) และผลที่เกิดขึ้น (outcome)

2.3 การวิจัยประเมินผล เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (Provider) ผู้รับบริการ (Customer) และผู้ควบคุมกำกับ (Regulator) และผลกระทบ (Effect) ที่เกิดขึ้น

ในระยะแรกของการดำเนินการขับเคลื่อนและปฏิรูป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้ จัดตั้งหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบในการเป็นหน่วยประสาน สนับสนุน รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน และ ติดตามประเมินผล รวมทั้งวิจัยประเมินนโยบาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy recommendation) เสนอผู้บริหารในการตัดสินใจวางแผนในการขยายผลดำเนินการทั่วประเทศ จนถึงส่งมอบ ให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ implementation ต่อไป

ภาคผนวก

คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ

แต่งตั้งตามคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุข ที่ 227/๒๕๕๙ ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุข อนุสนธิตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 379/2558 ลงวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ 4 คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุข โดยมี นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรีเป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอแนะนโยบาย มาตรการ และแนวทางในการดำเนินการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและปฏิรูป การบริหารราชการแผ่นดิน และคณะกรรมการดังกล่าวได้มีมติในคราวประชุม ครั้งที่ 1/2559 เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2559 เห็นชอบกรอบการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย การให้บริการอย่างทั่วถึงและครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพทุกช่วงอายุ การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ (Medical hub) และการปฏิรูปด้านสาธารณสุข 4 ด้าน ประกอบด้วย การปฏิรูประบบบริการ (Service reform) การปฏิรูปงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention and promotion reform) การปฏิรูปการเงินการคลัง (Financing reform) และการปฏิรูประบบบริหารจัดการ (Governance reform) นั้น

เพื่อให้การดำเนินการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งคณะทำงานจำนวน 9 คณะ และ คณะที่ 1 (ใน 9 คณะ) คือ คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1.1 องค์ประกอบ

- | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------------|
| 1) นายบุญชัย ชีระกาญจน์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะกรรมการ |
| 2) นางสาวสุพัตรา ศรีวณิชชากร | ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์
แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค | รองประธานคณะกรรมการ |
| 3) นายพงษ์พันธ์ ธีรานันตชัย | สำนักบริหารการสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| 4) นายชาญชัย จันทรรักษ์กุล | โรงพยาบาลขอนแก่น | คณะกรรมการ |
| 5) นางภาวิณี เอี่ยมจันทร์ | โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก | คณะกรรมการ |
| 6) นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา | คณะกรรมการ |
| 7) นายเจษฎา จิตตภิรมย์ | โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ | คณะกรรมการ |
| 8) นายสุโขต เวชภัณฑ์เกสัช | โรงพยาบาลบุรีรัมย์ | คณะกรรมการ |
| 9) นายสุวิชา ศฤงคารพูนเพิ่ม | โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี | คณะกรรมการ |
| 10) นางภาวนา อังคสิทธิ์ | กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | คณะกรรมการ |
| 11) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี | คณะกรรมการ |
| 12) นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ
อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา | คณะกรรมการ |
| 13) นางดวงดาว ศรียากุล | โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ | คณะกรรมการ |
| 14) นายไพฑูรย์ อ่อนเกตุ | โรงพยาบาลกำแพงเพชร | คณะกรรมการและเลขานุการ |
| 15) นางสาวฐปนภร เจริญวงศ์ | สำนักตรวจและประเมินผล | คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| 16) นางปาริชาติ เรืองชัยคิวเวท | โรงพยาบาลกำแพงเพชร | คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

1.2 อำนางหน้าที่

- 1) จัดทำและนำเสนอแผนงาน /โครงการ แผนปฏิบัติการ และงบประมาณ เพื่อการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการในระยะ ๑๘ เดือน (กุมภาพันธ์ 2559 – กรกฎาคม ๒๕๖๐) และระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ ๒๕๖1 - ๒๕๖๕)
- 2) ประสานและสนับสนุนการดำเนินการขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ
- 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกต่างๆ
- 4) เผยแพร่และประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจที่ดีกับเจ้าหน้าที่และประชาชน
- 5) หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

-----***-----

สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ http://bps.moph.go.th/new_bps/

หรือติดต่อ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โทรศัพท์ 02590 1378

โทรสาร 02590 1398

Email: bspolicy@gmail.com