

POLICY BRIEF



ก้าวต่อไปของ ‘บริการสุขภาพปฐมภูมิ’

คลัง อบจ. รับถ่ายโอนภารกิจ ‘สอน.-รพ.สต.’
ภายใต้กลไก พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ

Highlight สถานการณ์



• การถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามแนวทางการกระจายอำนาจ ทำให้ อบจ. สามารถจัด “ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ได้ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งถือเป็นภารกิจใหม่ ที่ยังไม่เคยปรากฏในอำนาจและหน้าที่ของ อบจ.



• ช่วงรอยต่อของการถ่ายโอนฯ พบว่ามีประเด็นที่ต้องพบทวนเพื่อหาแนวทางการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านบุคลากรปฐมภูมิที่ไม่เพียงพอ การบริหารจัดการทรัพยากรเป็นหน่วยเดียวภายใต้ หน่วยบริการประจำหรือศูนย์บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) ทำให้ สอน. และ รพ.สต. ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการให้บริการสุขภาพ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ ขาดการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เป็นต้น



• นอกเหนือจาก พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ แล้ว ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องและผูกพันต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ ผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอีก เช่น รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560, พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545, พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ฯลฯ ซึ่งอาจมีความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดในแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

ที่มาสำคัญสู่โจทย์วิจัย



การถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. นับเป็นการดำเนินการในส่วน ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการจัดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ดังนั้นเพื่อสนับสนุนให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่ อบจ. เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และประชาชนยังคงได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน ตลอดจนมีการจัดการระบบบริการสุขภาพได้ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จึงเป็นที่มาสู่โจทย์วิจัยเพื่อศึกษารูปแบบและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพของ สอน. และ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. โดยใช้กลไก พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 รวมถึงเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อรูปแบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ให้มีระบบบริการที่สามารถบูรณาการแผนบริการสุขภาพเครือข่าย ตลอดจนการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลในการดูแลประชากรตามกลุ่มวัยให้เกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2572 ตามข้อกำหนดใน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

เกี่ยวกับการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการจัดกระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยใช้การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และมีการเลือกพื้นที่ศึกษาจากทั้ง 4 ภาคๆ ละ 1 แห่งของ อบจ.ที่มีทั้งขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ และมีการถ่ายโอนร้อยละ 50 ขึ้นไป และเลือก รพ.สต. ที่เป็นตัวแทนของ 4 ภาค ภาคละ 2 แห่งในการศึกษาวิจัย



ผู้เชี่ยวชาญ



การสนทนากลุ่ม



ทบทวนเอกสาร





จากข้อผูกพันทางกฎหมายโดย พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ส่งผลให้หลังถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ยังคงต้องยึดถือเป็นแนวปฏิบัติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจากผลวิจัยพบประเด็นที่ต้องมีการทบทวนแก้ไข ดังนี้

- ✓ 1. ด้านบุคลากรปฐมภูมิที่ไม่เพียงพอทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ ซึ่งส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพที่ไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกกิจกรรม และส่งผลต่อเนื่องถึงคุณภาพการบริการ
- ✓ 2. แนวคิดของระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ภายใต้หลักการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมและการสาธารณสุขมูลฐานที่มีอยู่ ไม่มีความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติ
- ✓ 3. กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งการจัดการสุขภาพและการส่งต่อ ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเดิมมีการบริหารเป็นหน่วยเดียวกันภายใต้ CUP เดียวกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับ สอน. และ รพ.สต. บางแห่ง ในประเด็น catchment area ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านกำลังคน การจัดสรรงบประมาณ ระบบการบริการสุขภาพ และการกำกับติดตามประเมินผลบริการ
- ✓ 4. การบริหารจัดการงบประมาณ มีการจัดสรรตามคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ในส่วนเงินเหมาจ่ายรายหัว OP และงบบริการส่งเสริมป้องกันที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จ่ายตรง ไปยัง CUP ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ทำให้ สอน. และ รพ.สต. ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการให้บริการสุขภาพ
- ✓ 5. การประสานเครือข่ายบริการเรื่องการส่งต่อ เดิมกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบการส่งต่อที่เชื่อมต่อกันในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ซึ่งมีการประสานงานติดตามและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วย ภายใต้โครงสร้างและสายบังคับบัญชา เป้าหมาย ระบบ แนวทาง และขั้นตอนการปฏิบัติ ซึ่งภายหลังการถ่ายโอนฯ อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพของผู้รับบริการ และระบบการส่งต่อทุกมิติ
- ✓ 6. ขาดการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากขาดการรับรู้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการภารกิจปฐมภูมิต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการสุขภาพของ สอน. และ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน รวมถึงประชาชนมีข้อกังวลต่อคุณภาพและมาตรฐานของการบริการสุขภาพ
- ✓ 7. ด้านข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพที่มีความครอบคลุมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของประชาชนจากการให้บริการของ สอน. และ รพ.สต. อาจมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และตามนโยบายของ อบจ. ประกอบกับการจัดการฐานข้อมูลสุขภาพที่แยกส่วน อาจส่งผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพในภาพรวมของประเทศ และขาดการเชื่อมต่อของข้อมูลในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ
- ✓ 8. ด้านมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ และมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) อบจ. ควรมีการสรุปที่ชัดเจนว่าจะใช้ระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการอย่างไร
- ✓ 9. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนฯ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ระบบและระเบียบสายบังคับบัญชาที่มีความเป็นอิสระ และมีช่องว่างการอภิบาลในระดับอำเภอ โดยเฉพาะความอิสระเชิงนโยบายการบริหาร และนโยบายสุขภาพ ย่อมกระทบต่อทิศทางและการกำกับดูแลระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนและความหลากหลายของระบบให้บรรลุเป้าหมาย
- ✓ 10. การเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการ วัฒนธรรมองค์กร อัตราค่าลัง ระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร ส่งผลต่อการประกอบวิชาชีพทางเวชกรรม และวัฒนธรรมเชิงวิชาชีพที่มีการปฏิบัติงานภายใต้สหสาขาวิชาชีพ และการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว แม้ว่าจะมี พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และกฎหมายควบคุมการปฏิบัติงานอยู่แล้ว แต่ในทางปฏิบัติยังเป็นประเด็นที่ส่งผลต่อการให้บริการปฐมภูมิ

ด้านปัจจัยความสำเร็จของ 'ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ' หลังการถ่ายโอนฯ

รูปแบบบริการของ สอน. และ รพ.สต. หลังถ่ายโอนให้กับ อบจ. เน้นการให้บริการ 5 มิติ คือ



► รวมทั้งมุ่งเน้นการบริหารแบบมีส่วนร่วมใน 4 ระดับ ได้แก่

1. ระดับเมตา (Meta-level)

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายหลักด้านสุขภาพของประเทศ กำกับดูแลภายใต้บทบาททางการเมืองสั่งเคราะห้ข้อมูล/ข้อเสนอจากทุกระดับมากำหนดเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกำหนดให้มีระบบและกลไกในการอภิบาลระบบสุขภาพ

2. ระดับมาโคร (Macro-level)

หน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สอ.) องค์การอื่นๆ และคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทสำคัญในการนำข้อมูลจากทุกระดับมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของประเทศ และพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ตอบสนองสุขภาพะที่ดีในภาพรวมของประชาชน ตลอดจนสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุม

3. ระดับเมโส (Meso-level)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) อบจ. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และภาคประชาสังคม ร่วมออกแบบและขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ให้ตอบสนองนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของการบริการอย่างต่อเนื่อง

4. ระดับไมโคร (Micro-level)

สอน. และ รพ.สต. ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุม 5 มิติ คือ

- 1) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 2) การส่งเสริมสุขภาพ
- 3) การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค
- 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
- 5) การคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงยุทธศาสตร์ที่ได้รับมาขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง



กำหนดและผลักดันนโยบายเพื่อให้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายและกลุ่มองค์กรต่างๆ เข้าด้วยกัน ควบคู่กับการร่วมกันวิเคราะห์บริบทเพื่อนำมากำหนดแนวทางในการรับมือ แก่ไข และสนับสนุนระบบย่อยต่างๆ ที่เชื่อมโยงกัน



หลีกเลี่ยงกระบวนการบังคับบัญชาที่เป็นเส้นตรง หรือถูกควบคุมโดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แต่ควรใช้การมีปฏิสัมพันธ์ขององค์กรจำนวนมากในสังคม มาร่วมกันกำหนดเป้าหมายและทางเลือก ตลอดจนเชื่อมประสานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย



ประมวลบทบาทหน้าที่สำคัญขององค์กรต่างๆ ที่มีบทบาทในการจัดการสุขภาพของประเทศ มาบูรณาการกับหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อออกแบบการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ



อบจ. ควรบูรณาการนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ โดยจัดทำยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ ให้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีทิศทาง



ควรมีคณะกรรมการกำกับดูแลระบบสุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด นพ.สสจ. ตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ระดับเขตและจังหวัด รวมทั้งภาคประชาสังคม เพื่อทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีความเหมาะสมกับบริบทด้านต่างๆ



ระยะที่ 1 ระยะเปลี่ยนผ่านภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

- 1) กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นเจ้าภาพหลักกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านระบบการแพทย์ปฐมภูมิให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาเป็นแนวคิดหลักเสริมจากระบบบริการปฐมภูมิเดิม
- 2) สวรส. คสช. สปสช. และ สสส. ผนึกกำลังในการสร้างและสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสร้างระบบ กลไก เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
- 3) สสจ. โดยงานยุทธศาสตร์ งานปฐมภูมิ และงานคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ อบจ. และ กสพ. นำองค์ความรู้ที่ได้จากหน่วยงานระดับกรมมาสร้างระบบและกลไกการเรียนรู้สู่การปฏิบัติของ สอน. และ รพ.สต. ตลอดจนออกแบบระบบกำกับติดตามการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง
- 4) โรงพยาบาลแม่ข่ายประสานความร่วมมือให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือรวมถึงคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิปฏิบัติงานใน สอน. หรือ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน
- 5) สอน. และ รพ.สต. ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. รับถ่ายทอดระบบและกลไกการเรียนรู้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก สสจ. และ อบจ. มาดำเนินการสังเคราะห์สู่แนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบท รวมถึงออกแบบกลไกการกำกับติดตามการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 6) สสจ. ดำเนินการประสานความร่วมมือเชิงนโยบายและสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพกับ อบจ. ให้ครอบคลุมผลการดำเนินการเชิงนโยบายของประเทศและปัญหาของพื้นที่
- 7) หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรวิเคราะห์และออกแบบ Web Application Programing ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการอภิบาลระบบสุขภาพ
- 8) อบจ. และ สสจ. ทำข้อตกลงในสัดส่วนที่เหมาะสมของเงิน OP ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและแม่ข่ายคู่สัญญาหลัก
- 9) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการบูรณาการทรัพยากรในการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ และติดตามดูแลการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย รวมทั้งประสานให้เกิดเครือข่ายบริการรับส่งต่อกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นในพื้นที่นั้นหรือพื้นที่อื่นให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562



ระยะที่ 2 สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- 1) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการปฐมภูมิทั่วประเทศให้มีเกณฑ์มาตรฐานเพื่อรับรองคุณภาพบริการที่ไม่แตกต่างกัน และให้กำหนดเป็นส่วนหนึ่งของการอภิบาลระบบสุขภาพ
- 2) คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิกำหนดระบบและกลไกการพัฒนามาตรฐานปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตราที่ 24 (1) (2) (3) และ (7)



ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนอย่างยั่งยืน

- 1) คณะรัฐมนตรี ควรแต่งตั้งคณะกรรมการอภิบาลระบบสุขภาพที่มีความเข้าใจระบบสุขภาพของประเทศเป็นผู้มีอำนาจในการพิจารณา กำกับติดตามตรวจสอบ และสั่งการหน่วยงานด้านสุขภาพในการทบทวนการดำเนินการและการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของประเทศ เพื่อพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2) สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. สร้างแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพในพื้นที่ร่วมจัดบริการสุขภาพและติดตามประเมินผลให้ได้มาตรฐานตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และสอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดในระดับจังหวัดและอำเภอ



กระทรวงสาธารณสุข

เป็นเจ้าภาพหลักกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่างๆ



สวรส.

พัฒนาความรู้/ข้อมูล/ข้อเสนอ เพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ จัดการความรู้ด้านระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เชื่อมโยงกับการสาธารณสุขมูลฐาน



สช.

สำรวจ/ศึกษา/วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ของคลินิกหมอครอบครัว โดย คสช. ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการในการติดตามและประเมินผล เพื่อดูภาพรวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ



สสส.

สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้กลไกของการสาธารณสุขมูลฐานและทีมหมอครอบครัว ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจระบบสุขภาพปฐมภูมิแก่ อบจ.



สปสช.

กำหนดตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้กลไกการสาธารณสุขมูลฐานและคลินิกหมอครอบครัว ทบทวนและออกแบบระบบ กลไกการใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท (UC) ร่วมกับผู้มีรายได้ส่วนเสีย กำหนดกลไกการอภิบาลระบบด้านการเงินการคลังทางสุขภาพ



สสอ.

นำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ส่งเสริมให้บุคลากรมีสมรรถนะ สร้างแรงบันดาลใจ สร้างความเชื่อมั่นและศรัทธา พร้อมส่งมอบบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน และเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพ



อบจ. / กสพ.

ร่วมกันจัดการความรู้เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ภาคประชาชนเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบบริการ การออกแบบระบบการกำกับดูแล ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อส่งต่อข้อมูลไปสู่ระดับเขตบริการสุขภาพ และกระทรวงต่อไป



สอ. / สว.สอ.

ดำเนินการให้บริการอย่างน้อย 9 ด้าน คือ

- 1) บริการระดับบุคคลและครอบครัว
- 2) บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
- 3) บริการสุขภาพในชุมชน
- 4) บริการทันตกรรม
- 5) ส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาชน
- 6) การควบคุมโรคติดต่อ
- 7) บริการแพทย์แผนไทย
- 8) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
- 9) การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อผู้ป่วย

ติดตามงานวิจัยฉบับสมบูรณ์



→ Policy Brief ฉบับนี้ เป็นข้อมูลจากงานวิจัย สวรส. “รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

→ โดยทีมวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

→ สนับสนุนการวิจัยโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) : ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0 2027 9701 ต่อ 9035

ช่องทางการติดต่อ



www.hsri.or.th



hsrithailand



@hsri