

## การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit = PCU)

นพ. สำเร็จ แหียงกระโทก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

### ก. ความหมาย “บริการปฐมภูมิ” (Primary Care)

การบริการปฐมภูมิ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการ ซึ่งพบว่า ยังไม่สามารถให้ความหมายของบริการปฐมภูมิได้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดได้ ทั้งนี้เพราะลักษณะของบริการปฐมภูมิมิมีลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง (Subjective) การสะท้อนความหมายของบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้ในการแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่ความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ (Objective or Operationalised Concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการปฐมภูมิต่างกันมาในลักษณะต่าง ๆ และมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ ได้แก่

1. สถานบริการด้านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด้านหน้า (Front Line Care)
2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care หรือ Primary Medical Care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)
4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานี

อนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/แนวคิดและมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่มาก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบ บุคคล วัสดุ สิ่งของ และระบบการทำงาน เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยมีสัดส่วน และองค์ประกอบเพื่อจัดบริการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความหมายของบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

## ข. นิยามศัพท์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ Primary Care Unit

1. **Contracting Unit for Primary Care (CUP)** หมายถึง สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญา เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หรือเรียกว่า Main Contractor ก็ได้ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะต้องมีผู้ซื้อบริการ(Purchaser) มาทำสัญญาซื้อบริการกับผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องจัดบริการเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) แต่เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง เช่น สถานีอนามัยยังไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญา ได้ผู้ซื้อบริการจึงต้องไปทำสัญญากับจุดที่ทำสัญญาแทนได้ เช่น โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชน จึงเป็น CUP แทน สถานีอนามัย ดังนั้นจึงเรียกโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก หรือ Main Contractor ส่วนสถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนดจึงเรียกสถานีอนามัยว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรอง หรือ Sub – Contractor หรือ PCU ก็ได้

2. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting unit for Secondary care, CUS)** หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิสถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for Tertiary Care, CUT)** หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการมากกว่าหนึ่งระดับได้ หากสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของบริการในแต่ละระดับนั้น

4. **Primary Health Care (PHC)** การสาธารณสุขมูลฐาน มีความหมายเชื่อมโยงกับคำว่า บริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ขึ้นกับการพิจารณาถึงความหมายของคำว่า PHC ในลักษณะใด แต่ในประเทศไทย มีแนวโน้มในเชิงความหมายของการดำเนินการและกิจกรรมในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งหมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นให้คำปรึกษาแนะนำ

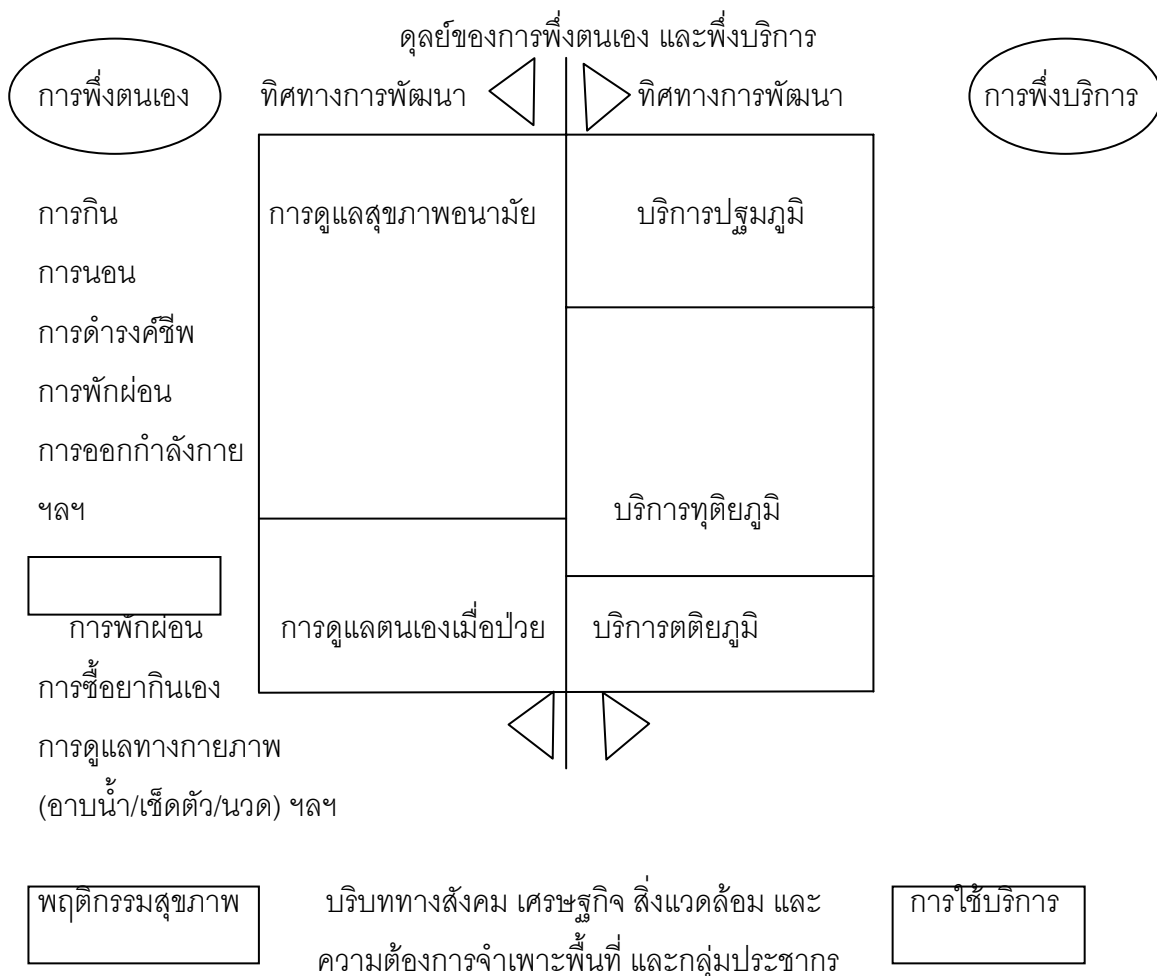
5. **Primary Medical Care (PMC)** เป็นการจัดบริการของหน่วยงานรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นบริการด่านแรก ซึ่งการดำเนินการอาจใช้ปรัชญาของสาธารณสุขมูลฐาน หรือเทคนิคบริการที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการก็ได้

ดังนั้น Primary Care จึงเป็นตัวเชื่อมกลางระหว่าง Primary Medical Care และ Primary Health Care

$$PC = PMC + PHC$$

6. General Practice หรือ Family Practice เป็นศาสตร์ของการบริการหรือเป็นองค์ความรู้ทางวิชาการที่นำมาใช้ในสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อเชื่อมต่อการบริการที่นำไปสู่ครอบครัวและชุมชน

ค. ความสัมพันธ์ของการสร้างสุขภาพของประชาชนกับการพึ่งระบบบริการของรัฐ



โดยปกติประชาชนจะดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ก่อนป่วย ป่วยเล็กน้อย โดยเมื่อก่อนป่วยจะมีพฤติกรรมการกิน อยู่ ออกกำลังกาย ทำให้สุขภาพพลานามัยดี อยู่แล้วเมื่อป่วยเล็กน้อยก็จะปล่อย

ให้หายเอง ซึ่อยากินเอง หรือจะไปพึ่งระบบบริการของรัฐ เช่น สถานีอนามัย แพทย์แผนไทย อสม. เจ็บหนักมากขึ้นก็จะไปคลินิกแพทย์เอกชนหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งต้องใช้จ่ายทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง และสูญเสียเศรษฐกิจของชาติไปมาก ดังนั้นการปรับคุณภาพของประชาชน ตามหลักปรัชญา และให้ประชาชนพยายามสร้างสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยมากที่สุด และให้พึ่งบริการรัฐน้อยที่สุด ถ้าจำเป็นต้องไปพึ่งก็ขอให้ไปพึ่งการบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ใจมากที่สุด ดังนั้น การสร้างคุณภาพด้านสุขภาพของประชาชน คือส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสร้างสุขภาพให้พึ่งตนเองมากที่สุด และสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มีจำนวนและคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานให้มากที่สุด โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขและประชาชนให้มีขนาดเล็กกลง และส่งเสริมกรอบการที่ประชาชนสร้างสุขภาพ และพึ่งตนเองให้ขยายใหญ่ขึ้น

#### ก. มาตรฐาน PCU

เนื่องจาก PCU เป็นรูปธรรมของ Primary Care เพราะการพูดถึงบริการปฐมภูมินั้น จะมีสภาพบริการที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์แพทย์ชุมชน (ศพช.) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ แต่การแสดงลักษณะเป็น PCU ที่สมบูรณ์แบบนั้นยังไม่ครบถ้วน ดังนั้นเพื่อถ่ายทอดความเข้าใจ จึงแสดงมาตรฐาน PCU ออกเป็น 3 ลักษณะ หรือ 3 ลำดับ หรือ 3 ขั้นตอน เพื่อจะแสดงให้เห็นลำดับขั้นของการพัฒนา PCU จากขั้นที่ 1 ไปถึงขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นจุดอุดมคติสูงสุด เป็นการแสดงจากขั้นง่ายไปยากดังต่อไปนี้

1. มาตรฐานทางโครงสร้างหรือกายภาพ เป็นขั้นตอนของการเตรียม PCU ซึ่งต้องเป็นโครงสร้างหรือสิ่งที่มองเห็นชัดเจน ซึ่งจะต้องมีการเตรียมการให้พร้อม ก่อนที่จะดำเนินการขั้น 1 ขั้น 2 ต่อไปนี้ ดังนี้

##### 1.1 ด้านที่ตั้งและประชากร

- มีประชากรรับผิดชอบไม่เกิน 1 หมื่น คนต่อ 1 PCU
- สถานที่ตั้งของ PCU จะต้องอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบประชากร ถ้าอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบประชากร จะต้องไม่ไกลเกินกว่าการเดินทาง 30 นาที โดยรถยนต์

##### 1.2 ด้านบุคลากร

1) 1 PCU มีประชากรรับผิดชอบ 1 หมื่นคน จะต้องมีบุคลากรให้บริการ 8 คน นั่นคือ สัดส่วนเจ้าหน้าที่ : ประชากรที่รับผิดชอบ =: 1,250 บุคลากรทั้ง 8 คน ต้องประกอบไปด้วย

1.1 แพทย์ 1 คน นั่นคือ แพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน (ในอนาคตแพทย์ควรประจำทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ) แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่แพทย์ประจำทุก PCU ให้ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีความ

ความสามารถเหมาะสม ทดแทนไปก่อน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่เป็น PCU หรือ Main contractor เพื่อให้คำปรึกษาหรือมีแพทย์เคลื่อนที่มาดูแลเป็นระยะ ๆ

1.2 ทันตแพทย์ 1 คน รับผิดชอบประชากร ได้ 20,000 คน นั่นคือ ทันตแพทย์ 1 คน ดูแล 2 CPU ในขณะที่ยังไม่ที่ทันตแพทย์ ให้ทันตภิบาลดูแล โดยอยู่ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ ถ้า PCU ไม่มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาล ให้ใช้ทันตแพทย์จาก PCU หรือ Main contractor เป็นผู้ดูแลจัดหน่วยเคลื่อนที่มาเป็นระยะ

1.3 พยาบาลวิชาชีพ ใน 1 PCU มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน (พยาบาลวิชาชีพ : ประชากร = 1 : 50,000) ซึ่งในอนาคตต่อไป ควรพัฒนาให้เป็นสัดส่วน พยาบาลวิชาชีพ : ประชากร = 1 : 900

1.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติสามารถให้บริการปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่อง อีก 4 คน

1.5 บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้อง Lab เจ้าหน้าที่การเงิน/การบัญชี ฯลฯ จะต้องเข้ามาช่วยเสริมและสนับสนุนเป็นครั้งคราว เช่น เภสัชกรมาช่วยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง การเงินช่วยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง ซึ่งเจ้าหน้าที่เหล่านี้อยู่ใน PUC ซึ่งช่วยหลาย PCU

- 1) เจ้าหน้าที่ 8 คนที่ปฏิบัติงานประจำเป็นทีมเต็มไม่น้อยกว่า 75 % ของเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด
- 2) ระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด
- 3) บุคคลเหล่านี้ควรจัดกระบวนการอบรมทั้งในเชิงความรู้ ทักษะ การปฏิบัติงาน (skill) และทัศนคติ (Attitude) ในเรื่องเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เพื่อจะสามารถปฏิบัติงานได้ตามหลักปรัชญาสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ถ้ายังมีคนไม่ครบก็ให้จัดอบรมให้บุคลากรที่มีอยู่ก่อน หรือจัดสาขาวิชาชีพอื่นทดแทนไปพลางก่อน การจัดอบรมควรจัดให้เป็นแบบ On the job Training ให้อยู่ในสถานที่ปฏิบัติงานในชุมชน

1.6 ด้านวัสดุ/อุปกรณ์และเครื่องมือ

เมื่อมีสถานที่และเตรียมบุคลากรแล้ว ควรจัดวัสดุ/อุปกรณ์ เพื่อจัดบริการประชาชนและดำเนินงานเวชศาสตร์ครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งเป็นด้านกายภาพที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนดังต่อไปนี้

- 1) ภารกิจสำนักงาน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ฯลฯ ควรจัดหาให้ครบ และจัดให้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีพื้นที่บริการเพียงพอ
- 2) มีอุปกรณ์/วัสดุ/เครื่องมือ เพื่อการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม – พื้นฟูสุขภาพได้อย่างครบถ้วน พอเพียงและมีระบบ Sterile System ที่ถูกต้อง เช่น Stethoscope วัสดุตรวจการตั้งครุภัณฑ์ อุปกรณ์วัดสายตา ยา – เวชภัณฑ์มีใช้ยา อุปกรณ์การตรวจชั้นสุตรพื้นฐาน ฯลฯ
- 3) ภารกิจ/ยานพาหนะ และอุปกรณ์สื่อสารเพื่อติดต่อกับ CUP และใช้ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการออกปฏิบัติงานในชุมชน เช่น รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ โทรสาร ฯลฯ หนึ่งรถยนต์เพื่อใช้ในการส่งต่อ ถ้ายังไม่สามารถจัดไว้ที่ PCU อาจมีรวมกันไว้ที่ PCU เมื่อ PCU ใดจะใช้ก็ประสานงานเข้ามา

1.7 การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินงาน เนื่องจาก PCU ต้องใช้ระบบข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อดูแลประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น การส่งเสริมระบบข้อมูลเพื่อการบริการและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน จึงต้องแสดงให้เห็นทางกายภาพด้วย เช่น การเตรียมแบบสำรวจ การเตรียมแบบประเมินสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน การเตรียม Family Folder ระบบข้อมูลบัญชี 1 – 8 เพื่อติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง การเตรียมคอมพิวเตอร์ การจัดอบรม และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบในการให้ความร่วมมือเพื่อประสานงาน การเก็บข้อมูล ฯลฯ

2. มาตรฐานกระบวนการ หรือการจัดการ หรือการปฏิบัติกิจกรรม หรือ Process ดำเนินงาน เมื่อมีมาตรฐานโครงสร้าง แล้วน่าจะมีกระบวนการทำงาน หรือปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดบริการของ PCU มีดังนี้

2.1 การจัดให้มีการบริการผสมผสานครบทั้ง 4 เรื่อง คือดังนี้

- 1) ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ใ้ต่อย่อ “ก” โดยให้บริการรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง โดยผสมผสานกับการให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่จำเป็น
- 2) การให้บริการสร้างสุขภาพ ใ้ต่อย่อ “ส” PCU จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ให้เจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งจังหวัดนครราชสีมา ได้มีตัวชี้วัดการสร้างสุขภาพไว้แล้ว ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน
- 3) การบริการเชิงรุก ใ้ต่อย่อ “ซร” PCU จะต้องทำงานผสมผสานการทำงานสร้างสุขภาพ และซ่อมสุขภาพในชุมชน เช่น ติดตามเยี่ยมบ้าน ครอบครัว ในรายที่จำเป็นการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างสุขภาพในชุมชน

- 4) การบริการด้านทันตกรรม ใช้ตัวย่อ “ท” หน่วยบริการ PCU ต้องมีการบริการด้านการรักษาพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรมด้วย
- กรณี PCU ไม่มีบริการภายใน PCU ของตนเอง จะต้อง Contract กับ PCU อื่น เพื่อให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเองไปใช้บริการที่ PCU อื่น ๆ
- 2.2 การจัดบริการประชาชนที่มารับบริการที่ PCU ควรจัดบริการให้เกิดความสะดวก รวดเร็วอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดยประชาชนควรได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมง เมื่อมาถึงสถานบริการ และมีระบบเชื่อมต่อในการรับการรับส่งต่อผู้รับบริการให้สะดวกรวดเร็ว ทำให้ประชาชนอยากมาใช้บริการที่ PCU
- 2.3 มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างสมบูรณ์แบบ และนำข้อมูลมาใช้ในการทำงาน โดยการดูแลบุคคลและครอบครัว เช่น เจ้าหน้าที่ที่ควรจัดทำ Family Folder เพื่อเป็นข้อมูลในการให้บริการแบบองค์รวม และควรจัดระบบ OPD Card และการลงบันทึกเพื่อการดูแลผู้รับบริการต่อเนื่อง ระบบการลงบัญชี 1 – 8 เพื่อติดตามผู้รับบริการ รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่จัดเก็บเพื่อการพัฒนา – แก้ไขปัญหาทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ฯลฯ และข้อมูลดังกล่าวควรนำมาวิเคราะห์หาปัญหาในพื้นที่ของตนเองอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคืบหน้า
- 2.4 มีการจัดระบบส่งต่อ ทั้งการส่งและรับกลับเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นสถานอนามัยเพิ่มขึ้น และมีการติดตามแลกเปลี่ยน Case ที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง
- 2.5 มีการจัดระบบการนิเทศ – ควบคุม -กำกับ และฝึกอบรมเพื่อพัฒนางานวิชาการพื้นฐานเพื่อการจัดการบริการโดยมีตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เช่น มาตรฐานการ ANC, Guideline การตรวจรักษาขั้นต้น มาตรฐานการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และควรมี Incentive เพื่อเป็นเครื่องมือกระตุ้นและกำกับการทำงาน
- 2.6 มีการแก้ไขปัญหา/อุปสรรค โดยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันระหว่าง CUP และ PCU รวมทั้งระหว่าง PCU กับ PCU อย่างต่อเนื่อง
3. มาตรฐานของผลลัพธ์ หรือผลการดำเนินงาน เมื่อ PCU ได้มีการดำเนินงานตามข้อ 1 (โครงสร้าง) ข้อ 2 (กิจกรรม) จะเกิดผลลัพธ์ที่เป็น Out – put Out – Come Impact ดังต่อไปนี้
- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ได้รับบริการครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน (Coverage) หรือตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น
  - 2) ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อ ต้องมีการรายงานอย่างครบถ้วน ทันเวลา และโรคติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนจะถูกค้นพบได้เร็วขึ้น
  - 3) ประชาชนและบุคลากรใน PCU จะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Bonding)
  - 4) ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วยแล้วน่าจะมาใช้บริการที่ PCU มากขึ้นเรื่อย ๆ

- 5) เมื่อเปิดโอกาสให้เลือกลงทะเบียน ประชาชนน่าจะเลือกลงทะเบียนที่ PCU ของตนเอง
- 6) เมื่อสอบถามความพึงพอใจ น่าจะพึงพอใจใน PCU ของตนเองและประชาชนยอมรับบุคลากรให้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพประจำครอบครัว
- 7) ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพตนเองและมีความร่วมมือและประสานงานกับบุคลากรใน PCU อย่างดี
- 8) ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้
- 9) ถ้าการดำเนินงาน PCU ของทุกจุดดำเนินการได้ดี ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ PCU ของ รพศ. และ รพช. ในปัจจุบันลดจำนวนน้อยลงหรืออาจจะไม่มีเลย คงมีเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU หรือผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ต้องการพบแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ซึ่งระบบนี้เป็นระบบสากลในอุดมคติ

#### จ. การจัดลำดับ PCU

เมื่อกำหนดมาตรฐาน PCU เป็น 3 ขั้นตอน หรือ 3 ลำดับ ดังนั้น สถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ สามารถพัฒนาเพื่อปรับรูปแบบเป็น PCU โดยจัดอยู่ในลำดับขั้นของการพัฒนาเป็น 3 ลำดับ ตามมาตรฐานดังกล่าวแล้ว ตัวอย่างเช่น ที่จังหวัดนครราชสีมา สถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล หน่วย PCU ของโรงพยาบาล ฯลฯ ในปี 2544 สามารถแบ่งประเภท ลำดับของ PCU เป็น 3 ลำดับ คือ

PCU ขั้น 1 ได้แก่ PCU ที่เพิ่มเริ่มพัฒนาข้อ 1 เรื่องโครงสร้าง และมีการพัฒนาข้อ 2 เรื่อง กระบวนการทำงานบางเรื่อง มีประมาณ 258 แห่ง

PCU ขั้น 2 ได้แก่ PCU ที่พัฒนาโครงสร้างในข้อ 1 และได้ดำเนินกิจกรรมตามการพัฒนาข้อ 2 แต่ผลลัพธ์ที่ออกมาในข้อ 3 มีบ้างเล็กน้อย PCU ขั้น 2 นี้ มีสถานีอนามัยประมาณ 98 แห่ง (30% ของสถานีอนามัยทั้งหมด) ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 2 แห่ง

PCU ขั้น 3 ได้แก่ PCU ที่พัฒนาโครงสร้างในข้อ 1 มีการดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐานในข้อ 2 และผลลัพธ์ออกมาตามข้อ 3 แล้ว มี PCU ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง สถานีอนามัย 32 แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชน 14 แห่ง

การกำหนดลำดับขั้นนี้ เพื่อเป็นการจัดลำดับสถานบริการของ PCU เพื่อการพัฒนา PCU เป็นขั้น ๆ ในแต่ละปีไป ดังเช่น การวางแผนพัฒนา PCU ของจังหวัดนครราชสีมา ได้วางแผน 3 ปี เพื่อพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิให้เป็น PCU ขั้น 3 ทั้งหมด โดยใช้เงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้



เป้าหมาย PCU ที่สมบูรณ์แบบ ณ 30 กันยายน 2544 – 2546

ปี พ.ศ.	จำนวน PCU ชั้น 1 (แห่ง)	จำนวน PCU ชั้น 2 (แห่ง)	จำนวน PCU 3 (แห่ง)
2544 (30 กันยายน)	232	(30% ของ สอ. ทั้งหมด)	75
2545 (30 กันยายน)	-	232	75 + 96 = 171
2546 (30 กันยายน)	-	-	171 + 232 = 403

ด. ขั้นตอนการดำเนินงานของ PCU

เมื่อผู้รับบริการต้องการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ หรือ OPD (ด้อยพัฒนา) ที่มีอยู่เดิมให้วางขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

1. ขึ้นมาตรฐานโครงสร้าง

1.1 วางแผนกำหนดว่า 1 PCU จะดำเนินการที่ PCU โดยใช้อัตราส่วนประชากร 1 PCU ไม่เกิน 10,000 คน ถ้าเป็นระดับสถานีอนามัย ซึ่ง 1 ตำบล มี 1 สถานีอนามัย ควรกำหนด 1 สถานีอนามัยเป็น 1 PCU ยกเว้น ถ้าประชากรน้อยเกินไป ก็อาจรวม 2,3,4 สอ. เป็น 1 PCU ได้ ซึ่งแล้วแต่นโยบาย / สภาพพื้นที่/ สภาพปัญหาของแต่ละ PCU ซึ่งสามารถเลือกได้ทั้ง 2 รูปแบบ

1.2 วาดแผนที่ของเขต PCU ให้ชัดเจน และกำหนดสถานที่ตั้งของ PCU ซึ่งอาจอยู่ในหรือนอกเขต PCU ก็ได้ แต่ต้องเดินทางไม่เกิน 30 นาที โดยรถยนต์ ถ้าเป็น รพศ./รพช. PCU อาจตั้งอยู่ในจุดใดจุดหนึ่งของโรงพยาบาลหรืออาจไปจัดตั้งในชุมชนก็ได้

1.3 กำหนดที่มบุคลากรที่จะรับผิดชอบต่อประชากรใน PCU นั้น ๆ ซึ่งบุคลากรที่รับผิดชอบควรมีประมาณ 8 คน ดังกล่าวแล้ว และควรกำหนดให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ 1 คน : 1-3 หมู่บ้าน หรือ 1 คน : ประชากร 1,000 – 1,500 คน เพื่อจะเป็นทีมเดียวที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคลากรยังไม่ครบให้ใช้เงิน UC จัดจ้างหรือส่งประชาชนใน PCU ในเรียนเพื่อกลับมาทำงาน

2. ขึ้นมาตรฐานกระบวนการ

- 2.1 สำรวจประชากรในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดโดยใช้แบบสำรวจข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แล้วนำข้อมูลมารวบรวม ลงบันทึกเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ตามบัญชี 1 – 8 และข้อมูลครอบครัวควรเก็บในแฟ้มข้อมูลประจำครอบครัว (Family File, Family Folder)
- 2.2 เมื่อได้ปัญหาและสิ่งที่ต้องพัฒนาแล้ว ก็ให้จัดทำแผนดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง แผนนี้ควรประกอบด้วย งาน ก ส ชร และ ท ดังกล่าวมาแล้ว รวมทั้งแผนพัฒนาอื่น ๆ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาใน PCU ของตนเอง
- 2.3 มีการปฏิบัติงานตามแผน และให้มีการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง – พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### 3. ขั้นมาตรฐานผลลัพธ์

ถ้าทำได้ทั้ง 2 มาตรฐานก็จะเกิดผลลัพธ์ที่ดี เป็น PCU ที่สมบูรณ์แบบ จะต้องให้มีการตรวจสอบประเมินผล ปรับปรุง และพัฒนาให้ดำรงอยู่ และก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป

#### ช. คุณลักษณะการจัดบริการปฐมภูมิ ขั้น 3

จากความหมาย กรอบแนวคิด และขั้นตอนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ดังกล่าวแล้ว สรุปได้ว่า เมื่อมีการพัฒนา PCU ไปถึงขั้นมาตรฐานผลลัพธ์ขั้น 3 แล้ว PCU จะต้องมีความคุณลักษณะโดยสรุปเป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และง่าย ๆ 9 ประการ คือ มี ดี เข้าถึง ง่าย คุ่ม ให้ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นองค์รวมและต่อเนื่องพร้อมทั้งเรื่องอื่น ๆ ซึ่งตัวชี้วัด 9 ประการนี้ ขยายความโดยละเอียดได้ดังนี้

#### 1. มี (Availability) มีความหมาย 3 ประเด็น คือ

- 1.1 มีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน ประชาชนสามารถเดินทางไปถึงได้ ไม่ยากลำบากสถานบริการนี้โดยปกติควรมีแพทย์ แต่ยังไม่จำเป็นต้องมีแพทย์ประจำ ฉะนั้นการแก้ปัญหา คือการให้สถานเฝ้าเป็นหน่วย OPD ของโรงพยาบาลชุมชน และมีการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชนและสถานบริการเอกชนหรือหรือสถานบริการควรมีพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัวหรือพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างน้อย
- 1.2 มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์เพียงพอ และพร้อมใช้ ที่จะให้การรักษายาบาลแก่ผู้มารับบริการ
- 1.3 มีบุคลากร ที่จะให้บริการตามมาตรฐาน คือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวที่สามารถให้การรักษาเบื้องต้น มีเจ้าของครอบครัว เจ้าของคนไข้ มีทีมงาน เป็นทีมเดียวกันทั้งเชิงรุก เชิงรับ มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูครบโดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันการเจ็บป่วยในเชิงรุกให้มาก และมีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถนำความรู้มาพัฒนางานให้มีคุณภาพ

2. ดี (Good Care Standard care) ระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่จะต้องดี 3 ประเด็น คือ
  - 2.1 มาตรฐานระบบบริการ/การดูแล (Standard of care) เป็นมาตรฐานเชิงวิชาการที่จะให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งศาสตร์และศิลป์ ให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง และระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งจะให้สังคมสามารถตรวจสอบได้ถึงคุณภาพของการให้บริการ รวมทั้งมีระบบรับรองคุณภาพบริการ
  - 2.2 มาตรฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ (Standard of Equipment) ได้แก่ มีอุปกรณ์ที่ถูกต้อง เทียบตรง และ โดยเฉพาะมีรถคอยส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
  - 2.3 ทักษะที่ดี (Attitude) บุคลากรที่ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ และเข้าใจถึงแนวคิดการให้บริการเวชปฏิบัติครบถ้วนอย่างถูกต้อง มุ่งเน้นการให้บริการที่ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ
3. เข้าถึง (Accessibility of Care) คือการที่ประชาชนไม่เลือก เพศ ชาติ ชั้นวรรณะ ต้องได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ
  - 3.1 สภาพทางภูมิศาสตร์ (Geographical Accessibility ) ได้แก่ ระยะทางสถานบริการจะต้องอยู่ในตำบลและถ้าหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลใหม่ หมู่บ้านมีระยะห่างต้องมีสถานบริการ 2 จุด ที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เมื่อต้องการ อย่างน้อยเดินทางไม่เกิน 30 นาที
  - 3.2 หลักประกันด้านสุขภาพ (Financial Accessibility) ราคา/ค่าใช้จ่าย ไม่ใช่เก็บค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง ผู้มารับบริการจะต้องไม่ถูกกีดกันในการรักษาพยาบาลโดยมีเงินเป็นตัวจำกัด คนจนจะต้องมีบัตร สปร. ประชาชนทุกคนจะต้องมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบทุกคน คนที่มีเงินอาจจะช่วยจ่ายเพิ่มเติม (co payment ) 30 บาท แล้วรักษาได้ทุกโรค โดยงบประมาณมาจากการประกันสุขภาพ
  - 3.3 มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน(Service Accessibility) ผู้ให้บริการจะต้องมีพฤติกรรมการบริการที่ดี (Excellence Service Behavior) และมีคุณภาพ ผู้ให้บริการจะต้องไม่กล่าววาจาไม่สุภาพ คำด่า แสดงกริยาใจร้าย ปิดสถานบริการก่อนกำหนด แสดงอาการไม่ต้อนรับ และไม่เอื้ออำนวยต่อผู้มารับบริการ

4. ฟังใจ (Acceptability) ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ 3 ประเด็น คือ

- 4.1 ผู้มารับบริการจะต้องมีความพึงพอใจ (Customer Satisfaction) ไม่มารับบริการด้วยความทุกข์ เกรงใจ ผู้มารับบริการควรมีความรู้สึกว่าสถานบริการด้านแรกเป็นที่พึ่งทั้งทางกายและทางใจ เมื่อมาหาจะต้องได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน
- 4.2 ผู้มารับบริการได้รับบริการที่เข้าอกเข้าใจ – ประทับใจ (Excellence Service Behavior) โดยได้รับบริการที่มีความเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องมีทัศนคติที่ดี เข้าใจถึงความเจ็บป่วย มีความรู้ทางด้านจิตวิทยา ปรัชญา จิตวิทยาสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการที่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตวิทยาสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการที่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต รวมทั้งการให้คำปรึกษา (Counseling) ฯลฯ
- 4.3 ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขได้

5. จ่ายคุ้มค่า (Efficiency) การลงทุนในสถานบริการมี 3 ประเด็นคือ

- 5.1 บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำ และผลลัพธ์สูง หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดนั้นให้สูงที่สุด คือ ได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า
- 5.2 คุ้มค่าราคาจ่าย (Cost Effectiveness/Cost – Benefit) คือการลงทุนทรัพยากรที่หมายรวมถึง แรงงาน คน เวลา ทรัพย์สิน เครื่องมือ ที่ได้ประโยชน์สูงสุด
- 5.3 ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocation Efficiency) ระบบการจัดสรรทรัพยากรที่มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างผลผลิต (Supply) และความต้องการ (Demand)

6. ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement) หรือชุมชนมีพลังอำนาจ ความเข้มแข็งมากขึ้น (Community Empowerment) หมายถึง 3 ประเด็น คือ

- 6.1 ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว ตลอดจนคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทั้งนี้โดยมีบุคลากรสาธารณสุขคอยเอื้ออำนวยอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ต่าง ๆ (Facilitator)
- 6.2 ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บัตรประกันสุขภาพ การจ่ายค่าบริการบางส่วนเมื่อไปรับบริการ การตั้งกองทุนสวัสดิการมาให้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก การเรียกรายจากชาวบ้านเมื่อ

จำเป็นต้องใช้เงิน เพื่อประโยชน์ของชุมชนโดยรวม การร่วมแรงในกรณีที่ต้องการแรงงานของชาวบ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านหรือซ่อม- สร้างสถานบริการสุขภาพของชุมชน โดยรัฐทำหน้าที่จัดหาวัสดุ - อุปกรณ์ ส่วนชาวบ้านร่วมแรง

- 6.3 ประชาชนมีส่วนร่วมในข้อเสนอในด้านการบริหารและร่วมบริหาร และจัดการด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งสามารถทำได้ในรูปแบบการเป็น อสม. หรือจัดตั้งกลุ่มที่เป็นตัวแทนด้านสุขภาพ เช่น ประชาคมสุขภาพ รวมทั้งประเมินผล - สะท้อนความเห็นผ่านทางเวทีประชาคม กรรมการที่ปรึกษาเพื่อจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

7. เป็นองค์รวม(Holistic Care) มี 3 ประเด็น คือ

- 7.1 ในแง่ของการดูแลองค์รวม จะต้องให้การดูแลที่ครบถ้วน ทั้งกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นแบบ Empatic Relation Ship การประสานงาน พุดคุยแบบเท่าเทียมกันและเห็นใจซึ่งกันและกัน จะทำให้ทราบถึงองค์ประกอบ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ประวัติครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต และอื่น ๆ
- 7.2 มีระบบข้อมูลเชื่อมโยงให้เกิดบริการแบบองค์รวม รู้ถึงบุคคล ครอบครัว ชุมชน และจิตวิญญาณ โดยการจัดทำ Family Folder ฯลฯ
- 7.3 มีการเชื่อมโยงบูรณ (Integration) ของระบบบริการ คือส่งเสริม - ป้องกัน - รักษา - ฟื้นฟู และให้บริการต่อเนื่องทั้งขณะป่วยและไม่ป่วย และเมื่อป่วย มีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยง 1<sup>0</sup> 2<sup>0</sup> 3<sup>0</sup> Care ที่ถูกต้อง สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

8. ต่อเนื่อง (Continuity of care) มีความต่อเนื่องใน 3 ประเด็น คือ

- 8.1 มีการดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยที่บ้านจนกระทั่งการเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ (Episode Care) ทั้งที่บ้าน สถานบริการ สถานประกอบการ ฯลฯ
- 8.2 การดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับ จะต้องมีการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยง 1<sup>0</sup> 2<sup>0</sup> 3<sup>0</sup> Care โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น Care - Coordinator

8.3 การจัดบริการรักษาพยาบาล ที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันอย่าง หลากหลาย เช่น การรักษาแผนปัจจุบัน ควบคู่กับพื้นบ้าน การรักษาสมุนไพร การรักษาโดยการดูแลตนเอง การใช้ยาที่ ศสมช. ฯลฯ

9. พร้อมทั้งเรื่องอื่นๆ การพัฒนาความสมบูรณ์ อาจมีข้อแตกต่างกัน ตามสภาพพื้นที่และ เงื่อนไขเวลาต่าง ๆ ดังนั้น สถานบริการปฐมภูมิ จึงพร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆ ตาม สภาวะการณ์และสถานที่พร้อมกันด้วยตลอดเวลา ตลอดทั้งการสอบถามชาวบ้าน ผู้ใช้บริการว่ามีความต้องการสถานบริการปฐมภูมิมิลักษณะอย่างไร เช่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ควรจะมีความรู้ทุกเรื่อง อยู่ในทีมเดียวกัน Polyvalent Team ขอบเขต รับผิดชอบ จำนวนประชากรไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป (ตามมาตรฐาน) สถานบริการ ในระดับต่าง ๆ ไม่ควรจะซ้ำซ้อนและแข่งขันกัน (Competition) ฯลฯ

#### ช.บทสรุป

บริการปฐมภูมิได้มีการดำเนินการมานานแล้ว เพียงแต่มีการแยกการจัดบริการที่ต่างกรรม ต่างวาระกัน โดยสังคมทั่วไปจึงขาดความรู้- ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ เมื่อรัฐบาลมีนโยบายให้ ดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดบริการปฐมภูมิ และจัดตั้ง หน่วยงานบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit) เพื่อรองรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขทุกจุดจึงควรเรียนรู้ ทำความเข้าใจ เพื่อไปดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ให้ได้ ซึ่งไม่ เป็นสิ่งที่ยากเกินไปที่จะนำไปปฏิบัติได้ เพราะเราไม่ได้เริ่มต้นจากศูนย์ เพียงแต่ให้มีการปรับความคิด (Re-think) และปรับวิธีการทำงาน (Re-Design) และพัฒนาวิชาการ และเครื่องในการทำงาน เช่น ระบบข้อมูล เครื่องมือ เครื่องใช้ในการทำงานต่าง ๆ (Re-tool) และฝึกอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใน การทำงาน (Re - train) สิ่งเหล่านี้ถือเป็นการปฏิรูปความคิดและปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งเป็นกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับประชาชนด้วย ผลที่เกิดขึ้นมิใช่สนองตอบเรื่อง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) อย่างเสมอภาค เท่าเทียม (Equity) และเป็นการให้ประชาชนเข้ามามีส่วน ร่วมและตรวจสอบได้ (Social Accountability) ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขทุกคนจึงควรศึกษา เรียนรู้ และเข้าร่วมปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถ

เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งใหม่ การปฏิบัติอาจจะมีข้อบกพร่อง ปัญหา/อุปสรรคอยู่บ้าง จะต้องช่วยกันแก้ไขปรับปรุง พัฒนา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันต่อไป เพื่อร่วมกัน ผลักดันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยให้เป็นระบบที่ดี มีคุณภาพ สนองตอบต่อปัญหา - ความ ต้องการของประชาชน ตามอุดมการณ์ของเราต่อไป

## เอกสารประกอบ

1.เอกสารสรุปคณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,พฤษภาคม 2544 , กระทรวงสาธารณสุข

2.พญ. สุพัตรา ศีร์วณิชชากร. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด่านแรก บทที่ 2. เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน แนวคิดและประสบการณ์ : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข : พิมพ์ครั้งที่ 1, ธันวาคม 2542

3.นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. รายงานผลการดำเนินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2540 - 2543 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1, พ.ศ. 2543

4.นพ.สำเริง แหยมกระโทก. เอกสารประกอบการประชุมการพัฒนาสถานบริการด่านแรกในอุดมคติ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เมษายน 2543

5.นพ.สำเริง แหยมกระโทก. แนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา ยงส์ส์ดี้ออฟเซต, 2543

6.นพ. สำเริง แหยมกระโทก. การวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สมบูรณ์การพิมพ์ 2544

-----