

บทความปริทัศน์

พัฒนาการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์^{(1)*}, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁽¹⁾, อาทิตยา วัฒนสินธุ์⁽¹⁾, บัณฑิตพร พรมแจ้ง⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 16 กรกฎาคม 2562

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 13 มิถุนายน 2562

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

(2) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์โลก

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพอำเภอ ดำเนินการบนพื้นฐานของแนวคิดของระบบสาธารณสุขมูลฐานแบบครบถ้วนรอบด้าน โดยดูแลประชากรจำนวน 50,000 ถึง 500,000 คน อย่างไรก็ตาม องค์การใน ระบบบริการสุขภาพอำเภอจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละประเทศและอำเภอ ทั้งนี้ระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานในระดับบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และการให้บริการทางสังคมซึ่งดำเนินการโดยท้องถิ่น โดยประเทศไทยมีพัฒนาการของการ ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอมายาวนาน เมื่อนำทหองค์ประกอบของบริการ สุขภาพ มาทำการวิเคราะห์ พบว่า หลักการพื้นฐานในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน องค์ประกอบหกด้านของบริการสุขภาพ สถานการณ์ โครงสร้างประชากร และแบบแผนการเกิดโรคทางระบาดวิทยา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ รูปแบบระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย รวบรวมพัฒนาการของระบบสุขภาพอำเภอวิเคราะห์ตามทหองค์ประกอบของบริการสุขภาพ และ สรุปลักษณะการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ อันจะทำให้ผู้อ่านเข้าใจพัฒนาการระบบสุขภาพของไทย และนำแนวคิดอื่นที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพอำเภอ, การสาธารณสุขมูลฐาน, องค์ประกอบของบริการสุขภาพ

ความหมายของระบบสุขภาพสุขภาพอำเภอ

● ความหมายของระบบสุขภาพอำเภอ

ระบบสุขภาพอำเภอในประเทศไทยส่วนใหญ่มีโครงสร้างองค์กรแบบท้องถิ่น ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการระบบสาธารณสุขมูลฐานแบบผสมผสาน (Comprehensive primary health care) โดยอำเภอ (District) หมายถึง พื้นที่ที่มีอาณาเขตการบริหารที่ประกอบไปด้วยประชากรจำนวน 50,000 ถึง 500,000 คน ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับมอบหมายให้ดูแลและรับผิดชอบจากการปกครองส่วนกลาง และเป็นพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลทั่วไป มีระบบการส่งต่ออยู่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การปกครองและระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ อำเภอเป็นที่ยอมรับให้เป็นหน่วยที่จัดบริการแบบผสมผสานของการสาธารณสุขมูลฐานและเป็นจุดเริ่มต้นในการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยเหตุผลที่ว่าอำเภอมิชอบเขตที่เหมาะสมและสามารถบริหารจัดการได้ทั้งในระดับพื้นที่และภูมิภาค ที่จะส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการและได้รับการบริการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด และอำเภอเป็นรูปแบบที่ดีในการพัฒนาความสัมพันธ์ร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม (Tarimo, 1991) ในปี 1986 The WHO Global Program Committee ได้ให้นิยามของคำว่า “ระบบสุขภาพอำเภอ” ไว้ว่า:

“ระบบสุขภาพอำเภอประกอบไปด้วยกลุ่มของประชากรที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการแบ่งการปกครองและภูมิศาสตร์อย่างชัดเจน ซึ่งอาจจะเป็นพื้นที่ในเมืองหรือชนบทก็ได้ ระบบสุขภาพอำเภอยังรวมไปจนถึงสถาบันและองค์กรที่ให้บริการสุขภาพซึ่งอาจเป็นองค์กรของทั้งภาครัฐ การให้บริการความปลอดภัยทางสังคมที่ไม่ใช่ภาครัฐ เอกชน หรือการให้บริการแบบดั้งเดิม ดังนั้น ระบบสุขภาพอำเภออำเภอจึงประกอบไปด้วยส่วนประกอบที่มีความหลากหลายและเกี่ยวเนื่องกันซึ่งผลต่อสุขภาพในระดับครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชน นอกจากนี้ ระบบสุขภาพอำเภอยังรวมถึง การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพทั้งหมดตั้งแต่บริการระดับต้น การส่งต่อไปจนถึงห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การรับการวินิจฉัยองค์ประกอบทั้งหมดของระบบสุขภาพอำเภอนั้นจะต้องถูกประสานกันโดยเจ้าหน้าที่ที่ถูกมอบหมายให้ดูแลให้ทุกองค์ประกอบและองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการที่ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ”

ในส่วนประเทศไทย ให้ความหมายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS)

หมายถึง การทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข ส่วนราชการ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ ผสมผสานทำงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพเข้าด้วยกัน ระบบสุขภาพอำเภอจึงเป็นการมองสุขภาพในมุมที่กว้าง และเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคีในเครือข่าย และนอกเครือข่ายสาธารณสุข (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากความหมายข้างต้น พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญของการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ในเรื่องแนวคิดและนโยบาย โครงสร้างขององค์กรต่างๆ ในพื้นที่ การกระจายและแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนากำลังคนระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบสนับสนุน และการจัดการเพื่อให้เกิดความเป็นหุ้นส่วนและเครือข่าย 2) การมีเป้าหมายร่วมกันเรื่องบริการที่จำเป็นที่ต้องจัดให้กลุ่มประชากร (Essential Care) ใน 10 เรื่องหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อนามัยแม่และเด็ก บริการฉุกเฉิน การเจ็บป่วยเล็กน้อย บริการทันตกรรม การดูแลโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพจิต การดูแลผู้พิการ การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มวัยก่อนเรียน กลุ่มวัยผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ) (Meesen & Malanda, 2014) และ 3) การดูแลตนเอง (Self-care) ประชาชนต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองและรู้ถึงการไปใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นทางสุขภาพ และสามารถรับบริการได้ทันท่วงที (เดชา แซ่หลี่, 2557)

● แนวคิดในการทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ

การนำนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอสู่การปฏิบัติภายใต้หลักของ UCARE ประกอบด้วย 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity of team) 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation and network) 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation and quality) 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing) และ 5) การให้บริการสุขภาพ ตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (เดชา

แซ่หลี่, 2557) ทั้งนี้ Dookie & Singh (2012) กล่าวว่า การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ปรัชญาพื้นฐานหลักในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอ โดยหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมุ่งให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ การกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม เพื่อมุ่งให้สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีสุขภาวะด้วยการประสานงานของบริการในระบบสุขภาพอำเภอ

รูปแบบระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย

● โครงสร้างการทำงาน

ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการที่ระดับอำเภอนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะการได้รับอำนาจบริหารจากผู้บริหารระดับสูงหรือจากการกระจายอำนาจ (Decentralization) และยังขึ้นอยู่กับทรัพยากรมนุษย์ด้วย เนื่องมาจากความรับผิดชอบและอำนาจการส่งเสริม ดำเนินการ และสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานที่ระดับอำเภอ ดังนั้นจะต้องให้ความสนใจกับหลายแง่มุมที่เป็นเสมือนแกนหลักในการระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) โครงสร้างองค์กร การวางแผนและการบริหารจัดการ 2) การจัดสรรการเงินและทรัพยากร 3) การร่วมมือดำเนินกิจกรรมระหว่างหน่วยงาน 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน และ 5) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

จากข้อมูลข้างต้น เห็นได้ว่าโครงสร้างองค์กรเป็นข้อหนึ่งของการดำเนินงานที่ระดับอำเภอ ความเข้าใจโครงสร้างการทำงานจะทำให้การประสานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ดีขึ้น เพื่อให้ทำงานไม่ซ้ำซ้อนกัน และมีการประสานส่งต่อที่เหมาะสม โดยในบริบทของประเทศไทย โครงสร้างการทำงานในระดับอำเภอ แสดงในภาพที่ 1

พัฒนาการของระบบสุขภาพอำเภอวิเคราะห์ตามองค์ประกอบของบริการสุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาบริการปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่องมา เริ่มตั้งแต่การดำเนินการโครงการในระดับตำบลไปจนถึงการประกาศนโยบายในระดับ

ประเทศ โดยในแต่ละช่วงของพัฒนาการมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานโครงการหรือการประกาศใช้นโยบายนั้นๆ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของสังคม นอกจากนี้ประเทศไทยมีความพยายามในการมุ่งจัดบริการให้สอดคล้องกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน และหากวิเคราะห์การพัฒนางาน หลังการประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมิติองค์ประกอบ 6 ด้านของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

1) ภาวะการนำและการอภิบาล 2) การเงิน 3) บุคลากรด้านสุขภาพ 4) ผลลัพธ์ทางการแพทย์วัคซีน และเทคโนโลยี 5) ข้อมูลและสารสนเทศ และ 6) การให้บริการสุขภาพ และมีเวลาในการพัฒนา พบว่ามีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยบทความนี้นำเสนอพัฒนาการของระบบสุขภาพอำเภอ หลังการปฏิรูประบบสุขภาพถ้วนหน้าใน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 ดังแสดงในตารางที่ 1

สรุปหลักการในการทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ

จากความหมายของระบบสุขภาพอำเภอและแนวคิดในการทำงาน พบว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวคิดพื้นฐานของการทำงาน โดยบริการปฐมภูมิเป็นหลักในการขับเคลื่อนการทำงาน เมื่อวิเคราะห์พัฒนาการของบริการปฐมภูมิในมิติองค์ประกอบของบริการสุขภาพ และมีเวลา พบว่า การพัฒนาบริการปฐมภูมิสอดคล้องกับองค์ประกอบของบริการสุขภาพ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบพัฒนาไปตามสถานการณ์โครงสร้างประชากร และแบบแผนการเกิดโรคทางระบาดวิทยา ด้วยแนวคิดการพัฒนา มุ่งหวังให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ การกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ดังนั้น การเข้าใจพัฒนาการระบบสุขภาพของประเทศไทยจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ นำไปสู่การแปลงแนวคิด นโยบายต่างๆ สู่อำนาจปฏิบัติได้ตามเจตนารมณ์

เอกสารอ้างอิง

- เดชา แซ่หลี่, กฤตพงษ์ โรจนวิภาต, สุกัญญา หังสพฤกษ์, ชิตสุภาวงศ์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, & ทศนีย์ ญาณะ. (2557). **เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ**. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาองค์ความรู้แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงาน การพัฒนาไกล่เกลี่ยสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ มูลนิธิแพथ์ชนบท ภายใต้การสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อาทิตยา วัจนสินธุ์, จักรพันธ์ เพชรภูมิ, & บัณฑิตพร พรมแจ้ง. (2558). **รายงานโครงการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ในพื้นที่เขต 2**. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). **การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ**. สมุทรสาคร: APPA Printing Group.
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. (2561). **ราชกิจจานุเบกษา, 135**(ตอนพิเศษ 54ง), 1-7.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550). **รายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559**. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). **คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.) ติดดาว ปี 2562**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Dookie, S., & Singh, S. (2012). Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Family Practice, 13*, 67. Doi: 10.1186/1471-2296-13-67.
- Meesen, B., & Malanda, B. (2014). No universal health coverage without strong local health systems. *Bulletin of the World Health Organization, 92*(2), 78-78A.
- Tarimo, E. (1991). **Towards a healthy district: Organizing and managing district health systems based on primary health care**. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/40785>

ตารางที่ 1 พัฒนาการของบริการปฐมภูมิในมิติองค์ประกอบของบริการสุขภาพและมิติเวลา

มิติเวลา	มิติองค์ประกอบ	กิจกรรม	แนวคิดการพัฒนา
พ.ศ. 2544	- บริการสุขภาพ - การเงินการคลัง - ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	- การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้สวัสดิการและหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ
พ.ศ. 2546	- การประเมินบริการสุขภาพ	โครงการพัฒนาไกล่เกลี่ยและประเมินคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ	- พัฒนาไกล่เกลี่ยและประเมินคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ
พ.ศ. 2547	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การบริหาร)	PCU ในฝัน	- มุ่งเน้นที่ “กระบวนการ” การพัฒนา เน้นที่ความชัดเจนของแนวคิดการพัฒนาตามปัญหาของพื้นที่ การพัฒนาโดยใช้หลักฐานประกอบ - กลไกการติดตามเป็นลักษณะที่เลี้ยงเพื่อพัฒนาระบบบริการ ไม่ใช่เพื่อการรับรอง เน้นสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการประเมินตนเอง และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากภายนอกเป็นเครื่องมือการเรียนรู้ และพัฒนา
พ.ศ. 2548-2558	- กำลังคน	โครงการหนึ่งแพทย์หนึ่งอำเภอ (One Doctor One District; ODOD)	- การผลิตแพทย์ (กำลังคน) เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท
พ.ศ. 2549	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น)	กองทุนสุขภาพตำบล	- การสร้างหลักประกันสุขภาพ ให้กับประชาชนในพื้นที่ โดย ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ตารางที่ 1 พัฒนาการของบริการปฐมภูมิในมิติองค์ประกอบของบริการสุขภาพและมิติเวลา (ต่อ)

มิติเวลา	มิติองค์ประกอบ	กิจกรรม	แนวทางการพัฒนา
พ.ศ. 2549	- บริการสุขภาพ	โครงการบริการประทับใจ ไร้ความ แออัด พัฒนาเครือข่าย	- มุ่งพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ ลดความแออัดของ โรงพยาบาลศูนย์ ลดระยะเวลาารอคอย
พ.ศ. 2549	- บริการสุขภาพ (การประเมินบริการ สุขภาพ)	การประเมินคุณภาพของบริการปฐม ภูมิ โดยใช้เครื่องมือ Primary Care Unit Questionnaire (PCUQ)	- การประเมินคุณภาพของบริการปฐมภูมิ
พ.ศ. 2550	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การมีส่วนร่วมของชุมชน)	สมัชชาสุขภาพ	- พรบ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (คสช.) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ของประชาคมร่วมกับภาครัฐและภาคเอกชน จนทำให้เกิด แนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมี ส่วนร่วม
พ.ศ. 2550	- บริการสุขภาพ (โครงสร้าง)	ศูนย์แพทย์ชุมชน (ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ มีแพทย์ประจำ) (Community Medical Unit; CMU)	- ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำเป็นรูปแบบหนึ่ง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
พ.ศ. 2550- 2554	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การบริหาร)	แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี	- ทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิของประเทศ
พ.ศ. 2550	- กำลังคน	การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning; CBL)	- พัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิฝึก ปฏิบัติตามบริบทของแต่ละพื้นที่
พ.ศ. 2552	- กำลังคน	โครงการพัฒนาภาวะผู้นำในบริการ ปฐมภูมิ	- พัฒนากำลังคนผ่านระบบการศึกษาแบบเป็นทางการ ผ่านการเรียนในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโท) ในมหาวิทยาลัยที่ร่วมลงนามข้อตกลงในโครงการฯ เพื่อ ปรับกระบวนการทัศน์ ผู้นำในระบบปฐมภูมิให้เป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลง
พ.ศ. 2552	- การเงินการคลัง	ค่าบริการเพิ่มเติม (On top payment)	- จุดเริ่มต้นของการใช้กลไกการเงินกระตุ้นหน่วยบริการ ประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการปฐมภูมิที่มี คุณภาพแก่ประชาชน
พ.ศ. 2552	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การมีส่วนร่วมของชุมชน)	แผนที่เส้นทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Route Map; SRM)	- การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ
พ.ศ. 2553	- บริการสุขภาพ (โครงสร้าง)	รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย ยกฐานะสถานีอนามัย 2,000 แห่ง ให้ เป็น รพสต.	- ปรับโครงสร้างของหน่วยบริการ ปรับแนวทางการจัด บริการ โดยเน้นหนักให้ทำงานเชิงรุกที่เป็นการดูแล สุขภาพชุมชน (Community care) มากขึ้น
พ.ศ. 2553	- บริการสุขภาพ - การเงินการคลัง - ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การประเมินบริการสุขภาพ)	การประเมินหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า 10 ปี	- ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเผชิญกับอุปสรรค ความท้าทาย โดยต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นตัวนำ ในการพัฒนาต่อไป
พ.ศ. 2554	- บริการสุขภาพ	ค่ากลาง	- กิจกรรมที่ดำเนินการมากกว่าที่ทุกแห่งดำเนิน การเป็น นวัตกรรมทางสังคม - เน้นประเด็นสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ - แนวทางในการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
พ.ศ. 2555	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การบริหาร)	แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนา รพ สต พ.ศ. 2555-2564	- เชื่อมการทำงานระดับปฐมภูมิ ทูตสุขภาพ และตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ที่มองเชื่อมโยงในภาพ ของเครือข่ายบริการในรูปแบบเขตสุขภาพ
พ.ศ. 2555	- บริการสุขภาพ	แผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Services plan)	

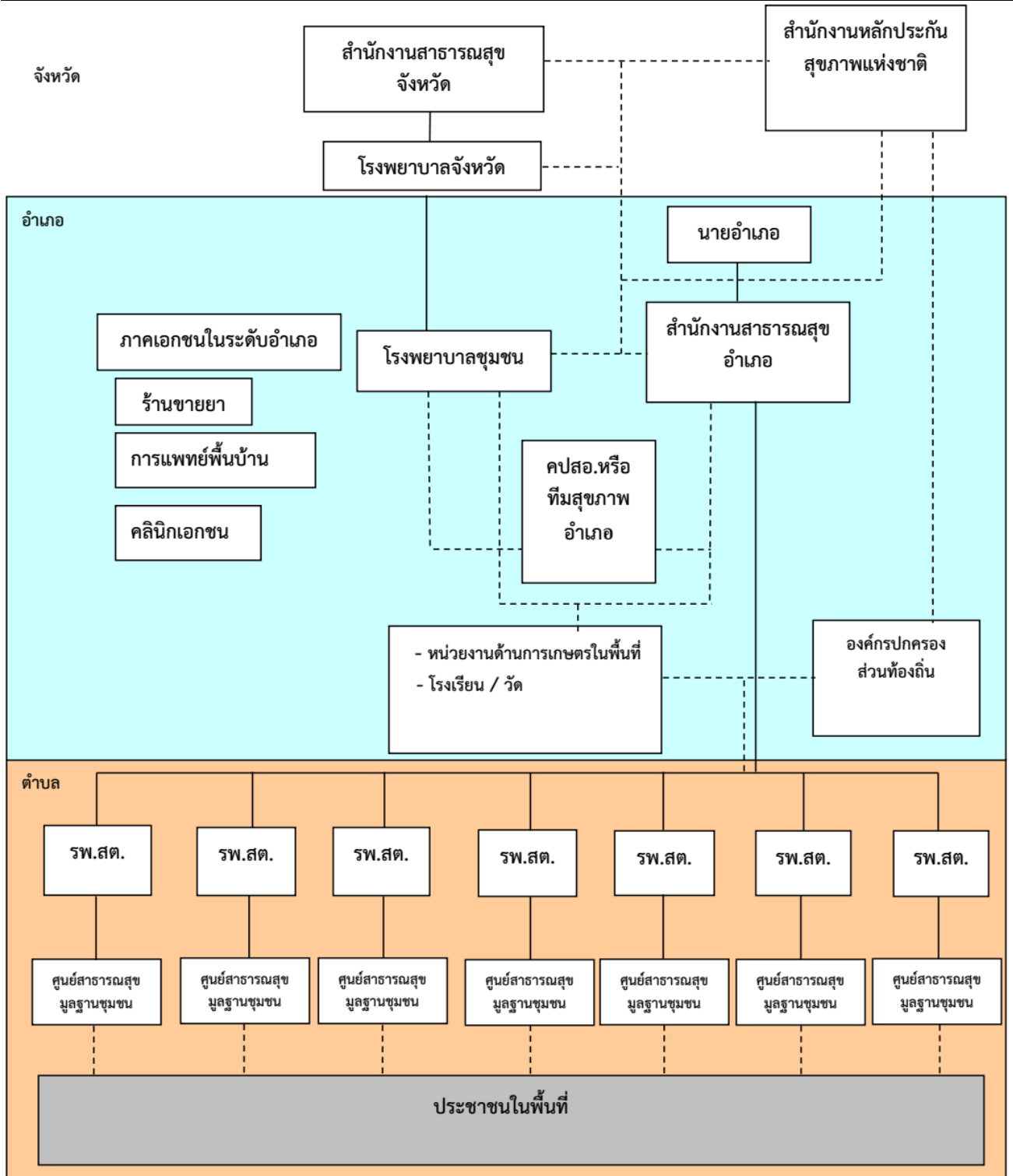
ตารางที่ 1 พัฒนาการของบริการปฐมภูมิในมิติองค์ประกอบของบริการสุขภาพและมิติเวลา (ต่อ)

มิติเวลา	มิติองค์ประกอบ	กิจกรรม	แนวทางการพัฒนา
พ.ศ. 2555-2557	- กำลังคน	โครงการเพิ่มประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice Learning; FPL)	- พัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถของแพทย์ในโครงการเพิ่มประสบการณ์เวชศาสตร์ครอบครัว
พ.ศ. 2555	- การประเมินบริการสุขภาพ	Primary Care Award (PCA)	- กลไกที่ชี้แนะช่องทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ
พ.ศ. 2555	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การมีส่วนร่วม)	นโยบายระบบบริการสุขภาพอำเภอ (District Health system; DHS)	- การทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นในอำเภอ
พ.ศ. 2557	- การเงินการคลัง	มีแนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดและแนวทางการจัดสรรอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง Quality and Outcome Framework: QOF	- ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
พ.ศ. 2557	- กำลังคน	นโยบายหมอครอบครัว (Family Care Team; FCT)	- การต่อยอดการทำงานในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอที่จะร่วมขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ด้วยการทำงานเป็นทีม
พ.ศ. 2557	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การประเมินบริการสุขภาพ)	DHS-PCA	- การจัดให้มีบริการที่จำเป็นในอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับ องค์ประกอบที่ 6 ใน PCA คือ การจัดการบริการ
พ.ศ. 2557	- กำลังคน	โครงการการเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Learning; DHML)	- พัฒนาการทำงานของทีมสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเรียกว่า ทีมเรียน อำเภอละ 10-12 คน ประกอบด้วยทีมสุขภาพ ภาคท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ มาเรียนรู้ร่วมกัน จัดทำ 2 เดือน - ใช้แนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม มีทีมพี่เลี้ยง สถาบันการศึกษา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการสุขภาพตามปกติ โดยจัดการเรียนแบบผู้ใหญ่ ให้มีผลกระทบต่องานประจำให้น้อยที่สุด
พ.ศ. 2559	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health board)	- การกำหนดพื้นที่ความรับผิดชอบและประชากรที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าวชัดเจนด้วยการรวมกลุ่มจังหวัด ให้บริการสุขภาพส่วนบุคคล บริการด้านสังคม และบริการสาธารณสุข โดยเขตสุขภาพมีทั้งหมด 12 เขต
พ.ศ. 2559	- กำลังคน	คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster; PCC) เป็นก้าวที่ต่อเนื่องจากนโยบาย “ทีมหมอครอบครัว” (FCT)	- การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกัน เป็นการประจำ ต่อเนื่อง ด้วยทีมสหวิชาชีพ
เริ่มดำเนินการ (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา)	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ) (District Health Board; DHB)	- หลักการคือการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน

ตารางที่ 1 พัฒนาการของบริการปฐมภูมิในมิติองค์ประกอบของบริการสุขภาพและมิติเวลา (ต่อ)

มิติเวลา	มิติองค์ประกอบ	กิจกรรม	แนวความคิดการพัฒนา
เล่ม 135 ตอนพิเศษ 45 ง ประกาศ ณ วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2561)			<ul style="list-style-type: none"> - มีการลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ - เน้นบทบาทของนายอำเภอในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน - การดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการฯ ประกอบไปด้วย ความร่วมมือกันทั้ง 3 ฝ่าย คือ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายวิชาการ (สาธารณสุข) ภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่
พ.ศ. 2559	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การทำงานร่วมกับ อปท.) - บริการสุขภาพ	กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)	<ul style="list-style-type: none"> - บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) - รองรับสังคมผู้สูงอายุ ด้วยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยความร่วมมือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อปท. ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและท้องถิ่น มุ่งให้เกิดการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้กลไกทีมหมอมครอบครัวและอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลในชุมชน - ปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ จำนวน 80,826 175,353 และ 211,138 คน ตามลำดับ - ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559-2561 มี อปท. ที่เข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5,639 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75 ของ อปท. ทั่วประเทศ และ กทม.
พ.ศ. 2560	- ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (การประเมินคุณภาพองค์กร)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว)กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าให้ รพ.สต. เกือบ 10,000 แห่งทั่วประเทศ ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ 5 ดาว 5 ดี คือ บริหารดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี ประกาศใช้วันที่ 20 ธันวาคม 2559	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ มีความสอดคล้องกับ 7 องค์ประกอบของ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์

ที่มา: ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2557), นิทรา กิจธีระวุฒิจวงษ์ และคณะ (2558), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559), ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 (2561), สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562)



ภาพที่ 1 โครงสร้างระบบสุขภาพอำเภอ ประเทศไทย
ที่มา: ประยุกต์จาก สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2550)