



คลินิก  
หมอครอบครัว  
Primary Care Cluster



## คลินิกหมอครอบครัว

ทิศทางการขับเคลื่อนและความคาดหวังบทบาทเภสัชกร

นพ. สันติ ลากเบญจกุล รองผอ.สปค.

พญ.ดวงดาว ศรียากุล รองผอ.สปค.

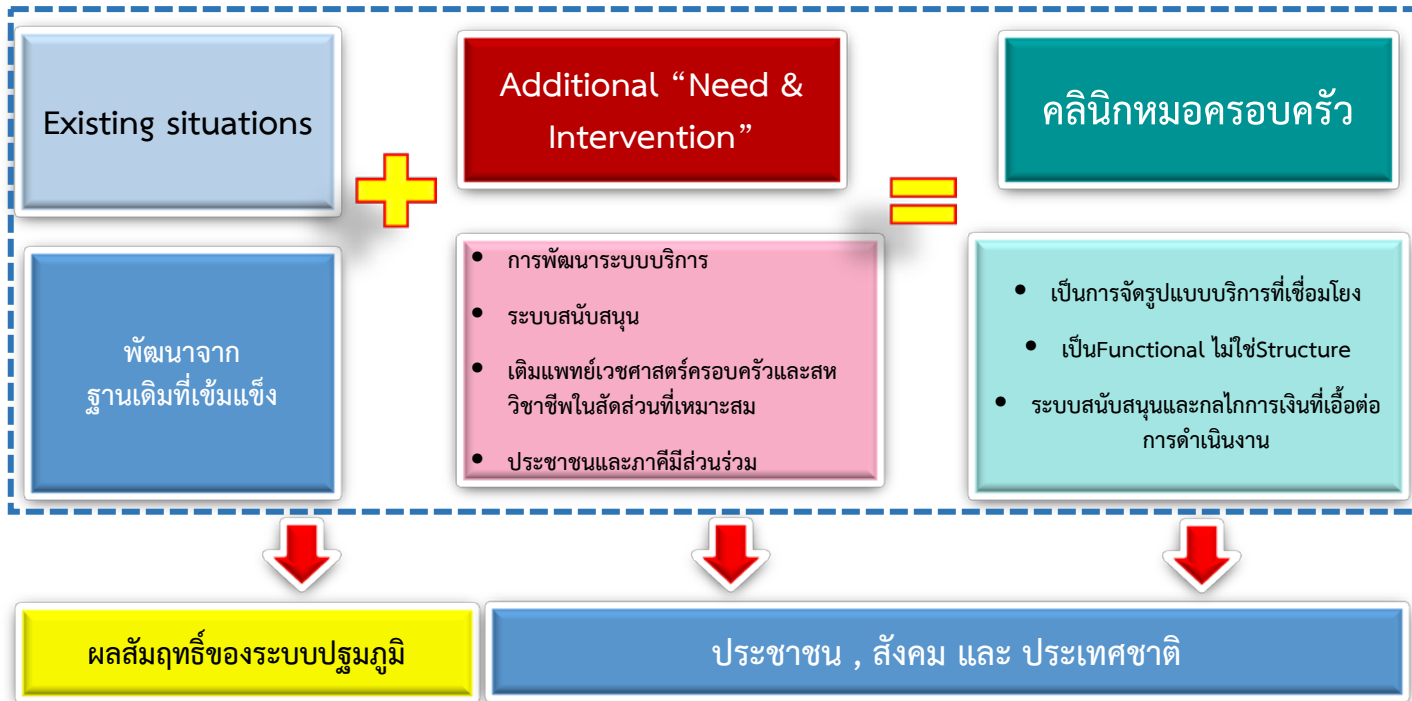
## 2 เสาหลักการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

เพื่อให้เกิดระบบบริการที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

- ✓ รัฐธรรมนูญ 258(ข) “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม”
- ✓ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข : การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

(ร่าง)พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ถือเป็นร่มใหญ่ ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ก่อให้เกิดแผนการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ที่ได้นำเอาจุดแข็งที่มีเป็นตัวตั้งแล้วเติมสิ่งที่จำเป็นลงไป

# แนวคิดหลักการปฏิรูประบบปฐมภูมิ โดยคลินิกหมอครอบครัว



# เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ของการ ปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

**ประชาชน** : มีสุขภาพดีได้แม้อยู่ไกลโรงพยาบาล บนหลักการสร้างนำซ่อม

**สังคม** : ประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชากรกลุ่มเปราะบาง สามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมกันและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

**ประเทศ** : มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนไทย ด้วยการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน

VALUE BASE HEALTH CARE

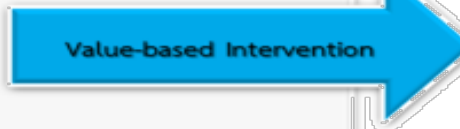


คลินิกหมอครอบครัว : คือหน่วยปฏิบัติการภารกิจสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยวิชาการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

### หลักการที่สำคัญ

1. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสุขภาพประจำครอบครัว ดูแลต่อเนื่อง
2. ดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักการบริการปฐมภูมิ
3. ให้การดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

### Platform of Primary Care Cluster



EXCELLENT  
OUTCOME

Better Population Health  
Excellent Service  
Decrease Expenditure

IT & Technology

Payment

Governance

Health workforce

Support system

Service delivery

M & E

Legal



## นิยาม"คลินิกหมอครอบครัว"

- ประจำครอบครัว
- ดูแลแบบ Primary Care
- ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

### องค์ประกอบของทีม

1. ทีมประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาล 2 คน และ นักวิชาการ / จพ.สธ. 2 คน เป็นอย่างน้อย ประจำครอบครัว/ดูแลประจำ ต่อเนื่อง
2. มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยประมาณ 10,000 คน
3. ตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว
4. มีข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ ข้อมูลสถานะสุขภาพและความเสี่ยงของ ประชากรและข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง
5. มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก
6. มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่และหน่วยบริการที่สูงกว่า
7. ปฏิบัติงานในสถานที่ที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย
8. มีระบบ First Contact และ Continuous Care

### เกณฑ์จัดตั้ง PCC

( รับผิดชอบ 10,000คนหรือบริบทพื้นที่)

### Staff

ขั้นต่ำ

- แพทย์ FM 1 คน
  - พยาบาล 2 คน
  - นวก./จพ.สธ. 2 คน
- (\*สหวิชาชีพ เป็นไปตามกรอบ)

### Structure

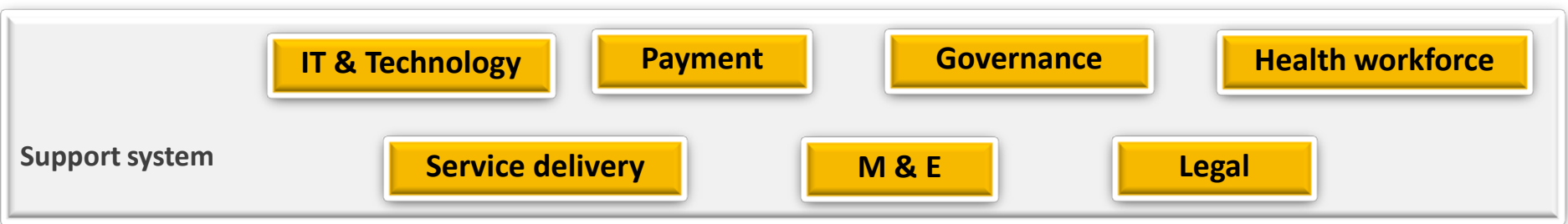
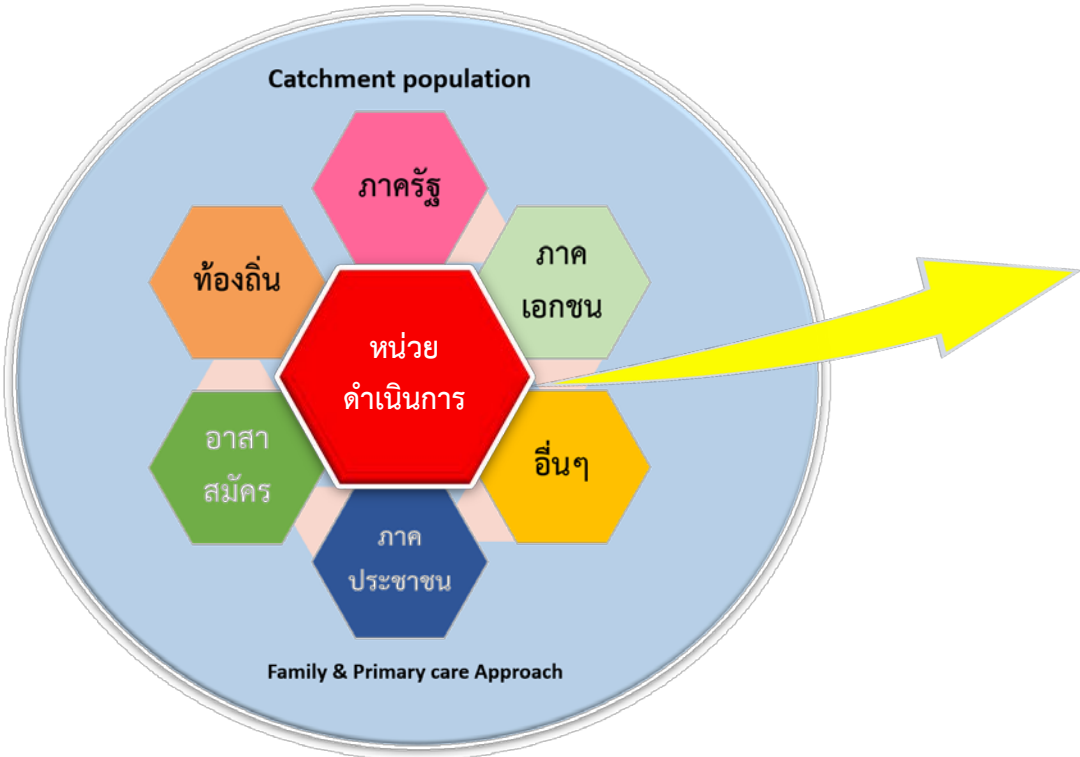
- สถานที่เดิมหรือความเหมาะสม

### System

- ระบบยาและเวชภัณฑ์
- ระบบส่งต่อ/ปรึกษา
- ระบบ supply
- ระบบการเงิน
- ระบบนิเทศ
- ระบบข้อมูลเพื่อจัดบริการ

**Platform of Primary Care Cluster**

นำ Platform ของ PCC เป็นฐาน  
ภายใต้การบริหารจัดการของ พชอ.  
&  
พัฒนารูปแบบบริการและระบบ  
สนับสนุนเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย  
ระยะยาวของการปฏิรูป



## Core Value From PCC + Family Doctor For Outcome

- เกิดระบบ **FIRST CONTACT** โดยแพทย์และทีมสุขภาพประจำตัว
- ประชาชนได้รับ **REGISTERED DOCTOR & TEAM**
- มุ่งเห็น **CONTINUOUS OF CARE AND PEOPLE CENTER CARE**

FAMILY MEDICINE  
CONCEPT



- **DESIGN AND IMPLEMENTATION AREA OF VALUE BASE FOR PP and NCD**
- **MANAGE DETERMINANT OF HEALTH**

DESIGN INTERVENTION



คลินิก  
ทีมครอบครัว  
Primary Care Cluster





# การพัฒนาคุณภาพคลินิกหมอครอบครัว

## ร่างเป้าหมายระยะยาวคลินิกหมอครอบครัว

Parameter	Triple Aim			Impact
	Health status	Quality of care	Cost per capita	
1. ประชาชนมี Health literacy ที่ดี				Prevention, promotion
2. ลดอัตราการตั้งครรถ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น				Prevention, Multidisciplinary
3. ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง				Prevention, promotion, NCDs burden
4. อัตราผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง				Quality of care to control NCDs
5. อัตราการตายดี (Good Death) ของประชาชน				Holistic care, Family collaboration
6. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use)				Professional standard,
7. Hospitalization rate ของโรคกลุ่ม ACSC (DM, HT, CHF, Asthma, COPD)				Quality of care, Cost of hospitalization
8. ชุมชนเป็นเจ้าของและจัดการระบบสุขภาพของชุมชนได้				DHS, Community collaboration, health outcome
9. ลดอัตรา OP visit ratio ของโรงพยาบาลเทียบกับ PCC				Thrust in PCC, Quality of care, Cost in tertiary care
10. เพิ่ม Health adjusted life expectancy				Health outcome
	สีแดงเข้ม = การวัดผลหลัก สีแดงอ่อน = การวัดผลรอง			

Reference จากแผนปฏิรูป การประชุมเชิงปฏิบัติการและตามผลการวิจัยของ HITAP

## บริการหลักที่สร้างความแตกต่างในคลินิกหมอครอบครัว ร่างสิทธิประโยชน์สำหรับPCC

1. ประชาชนได้รับบริการด้านแรกที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพประจำครอบครัว ดูแล และให้คำปรึกษา(consultation)ตามหลักการของระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
2. ประชาชนได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพรวมถึงการจัดทำเพิ่มข้อมูลสุขภาพประจำตัว สำหรับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญจะได้รับการวางแผนการดูแลประจำตัว(individual care plan) โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพประจำครอบครัว ตั้งแต่แผนการคัดกรอง การวินิจฉัย การตรวจประเมิน การวางแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง
3. ประชาชนจะได้รับข้อมูลสุขภาพและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนการได้รับ ข้อมูลสุขภาพของตนเอง(personal health record)โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ประจำครอบครัวคอยให้คำปรึกษาและประสานงาน
4. กรณีที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพประจำครอบครัวจะทำหน้าที่ประสานงานทั้งการส่งต่อและการรับกลับ รวมถึงการจัดการข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องตลอด ระยะเวลาของการดูแลรักษา
5. ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง(self-management)เพื่อ นำไปสู่ความรอบรู้ทางสุขภาพ(Health literacy)โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพประจำ ครอบครัว

# กรอบการพัฒนากระบวนการคุณภาพต้นแบบเพื่อการขยายผล

## Step 1 : Input

### ผ่านตามเกณฑ์การจัดตั้ง PCC

1. ทีมประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาล 2 คน และนักวิชาการ / จพ.สธ. 2 คน เป็นอย่างน้อย ประจำครอบครัว/ดูแลประจำต่อเนื่อง
  2. มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยประมาณ 10,000 คน
  3. ตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว
  4. มีข้อมูลประชากรที่รับผิดชอบ ข้อมูลสถานะสุขภาพและความเสี่ยงของประชากรและข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง
  5. มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก
  6. มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่และหน่วยบริการที่สูงกว่า
  7. ปฏิบัติงานในสถานที่ที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย
  8. มีระบบ First Contact and Continuous Care
- ถูกรับรองโดยศูนย์เรียนรู้เพื่อการพัฒนาปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ระดับเขต

## Step 2 : Output

### ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

- ระบบข้อมูลคุณภาพ Health Status for Catchment population, Family folder
- มีการขึ้นทะเบียนชื่อแพทย์และทีมสหวิชาชีพประจำตัว,สร้างการรับรู้และช่องทางการติดต่อ
- ระบบคุณภาพเชื่อมประสานระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล
- คุณภาพ First contact/continuous
- พี่เลี้ยงดำเนินการโดยศูนย์เรียนรู้ฯ ภายในเขต
- ประเมินโดย ศูนย์เรียนรู้ฯ ระหว่างเขต

## Step 3 : Outcome

มี Excellent Intervention & Outcome ตาม KPI PCC

### Excellent Intervention

- จัดการกลุ่มเสี่ยง & กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ
- Intervention to health literacy

### Excellent Outcome

- OP Visit PCC : รพ.แม่ข่าย
- Incidence of DM/DM new case
- Good Control DM/HT (> average)
- Decrease Admission of ACSC
- Increase Life expectancy rate

พัฒนานำร่อง PCC ต้นแบบ ผ่านวิจัยดำเนินงาน (Implementation Research) เพื่อขยายผล

# แนวทางการขับเคลื่อนPCCคุณภาพ

กิจกรรม	ปี 2561							ปี 2562				
								ไตรมาสที่				
	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	1	2	3	4	
S-1 พัฒนาเกณฑ์การจัดตั้ง PCC และส่งข้อสั่งการฯ(ดำเนินการแล้ว)	←→											
S-2 สร้างเครื่องมือพัฒนา PCC คุณภาพ		←→										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Review Literature และสร้างร่างที่ 1</li> <li>ทดสอบร่างเครื่องมือพัฒนาคุณภาพผ่าน50PCC</li> <li>สังเคราะห์เครื่องมือมาตรฐาน</li> <li>ขยายผลสู่ทุกPCC</li> </ul>		←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→
S-3 พัฒนา 50 พื้นที่ PCC ต้นแบบ(Excellent Intervention& Excellent Outcome)												
<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำพิมพ์เขียว(Health Service Guideline)</li> <li>Implementation in 50 พื้นที่</li> <li>สังเคราะห์ Final Health Service Guidelineเพื่อขยายผล</li> <li>ขยายผลไปสู่PCCอื่นๆ</li> </ul>		←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→
พัฒนาศักยภาพศูนย์เรียนรู้ฯ												

# ประเด็นการจัดทำพื้นที่ต้นแบบรองรับ PCC STEP3 และชุดสิทธิประโยชน์

ลำดับ	แผน	ประเด็นหลัก(แผนปฏิรูปฯ)
1	แผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง : DM/HT ตามแนวคิด Value base HC	การพัฒนาคุณภาพบริการและการวัดประเมินผลแนวใหม่ พัฒนาร่วมกับประเด็นเรื่อง การพัฒนาด้านการเงินการคลัง
2	แผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน Health Literacy For NCD	
3	แผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ	
4	แผนพัฒนาระบบการลงทะเบียนชื่อแพทย์คู่กับประชาชนเพื่อการเป็นหมอประจำตัวและ GMR	การพัฒนาคุณภาพบริการและการวัดประเมินผลแนวใหม่ พัฒนาร่วมกับประเด็นเรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี

# Implementation Plan

- Review Literature
- Analysis process from “Best Practice” in 5 areas
- Developed Benefit Package (CPG & Health Service Pathway & MIS)
- Implementation research 30-50 areas
- Final Draft for Benefit Package
- Finding Unit Cost
- Value based payment (Bundle, Itemized, Performance)
- Scale up

# ปฏิรูประบบบริการและระบบสนับสนุน : 5 ประเด็นที่สำคัญ

## 1 Monitoring & Evaluation toward “Triple Aim”

- Health & Well-being
- Quality of Care
- Cost per Capita

## 2 ระบบข้อมูล

- Global Medical Records (GMR) & Individual Family and Community Continuous Records (IFFCR)

## 3 กลไกการเงิน

- ชุดสิทธิประโยชน์: Common Benefit Package (ครอบคลุม PCC), Specific Benefit Package for the District, Complementary Benefit Package
- Financial Incentives
  - Basic/General/Specific Allowances (รวม for GMR)
  - P4P: Quality and Outcome Framework (QOF)

## 4

### (1) Human Resource Management (HRM)

- การเชื่อมโยงเป็น PCC (ทีม/ภาคีเครือข่าย): ภายในภาครัฐ, รัฐ-เอกชน, ภายในภาคเอกชน, และในสถาบันการศึกษา
- **Implementation Research (HRM + Systems design: GMR, common benefit package, M&E, ...)**

### (2) Human Resource Development (HRD)

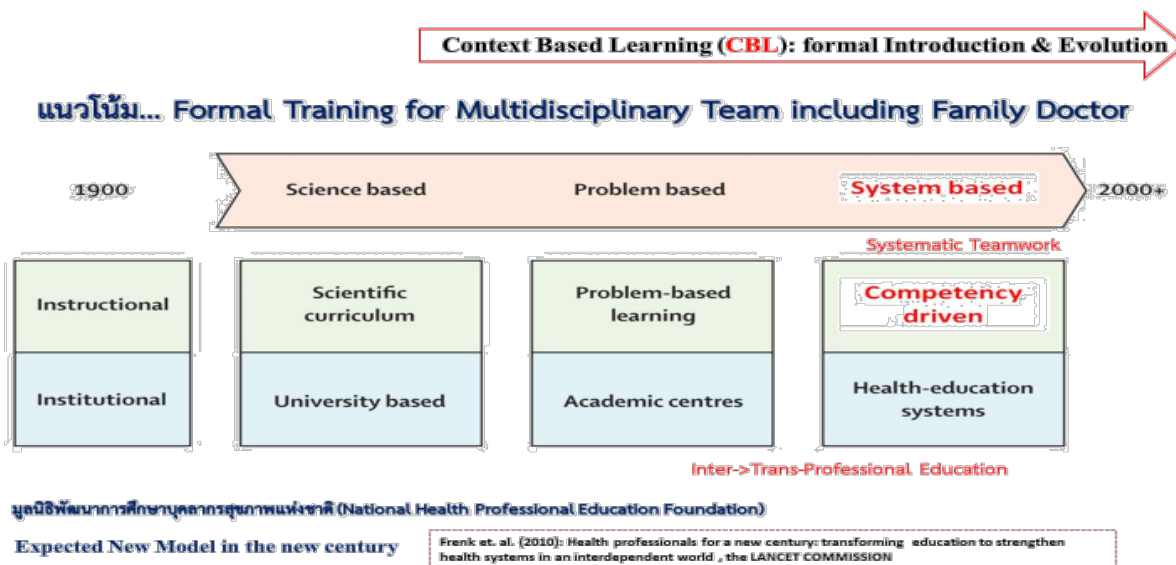
- Existing Resources:
  - Short Course Training
  - Context Based Learning
- Formal Training for multidisciplinary team including Family Doctor

## 5 Governance

- คณะกรรมการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข
  - ภายใต้ ร่าง พ.ร.บ. ระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

# การพัฒนากำลังคน : สหวิชาชีพในระบบปฐมภูมิ

- การใช้พื้นที่ทำงานและหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นฐานการผลิต (**Health-Education Integration**)
- การผลิตและพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญสำหรับสหวิชาชีพที่นำไปสู่เป้าหมายระยะยาว(**TRIPLE AIM**)
- การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพให้เพียงพอรองรับ**PCC**
- กลไกการสร้างแรงจูงใจ
- กลไกการสรรหา **Recruitment**





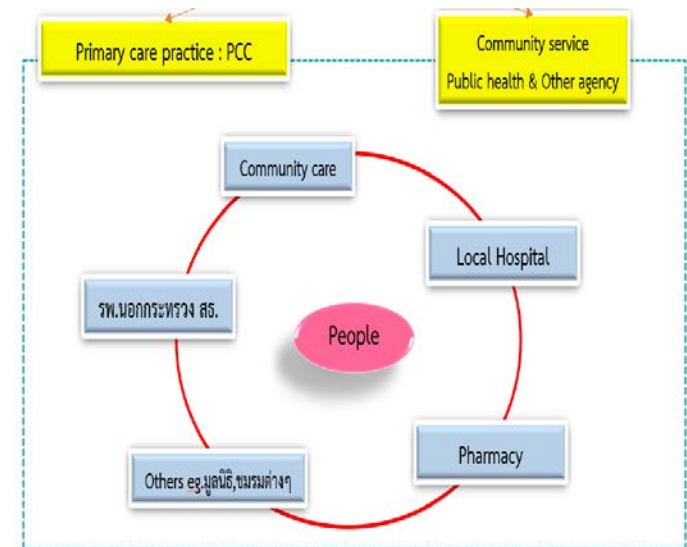
# New Service care model & Quality Improvement

## Service care model :

รูปแบบบริการที่มีความเชื่อมโยงกับชุมชน, มีความต่อเนื่องในบริการ , ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดและนำทรัพยากรในพื้นที่มาใช้ประโยชน์  
“Integrated care & Collaboration with community service”

## Monitoring & Evaluation toward “Triple Aim”

- Health & Well-being
- Quality of Care
- Cost per Capita





คลินิก  
หมอครอบครัว  
Primary Care Cluster



Q & A