

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย
ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
และใน(ร่าง)พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

โดย

ปรีดา	แต่อาลักษณ์
ปาณบดี	เอกะจัมปกะ
สุทธิสารณ	วัฒนมะโน
รุจิรา	ทวีรัตน์
จุฬามาศ	โมฬี
สุรศักดิ์	อติคมานนท์

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

17 ต.ค. 2543

คณะผู้ทำการศึกษา

รายชื่อผู้ทำการศึกษา

1. ปรีดา แต้อรักษ์
2. ปาณบดี เอกะจัมปะกะ
3. สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน
4. รุจิรา ทวีรัตน์
5. จุฑามาศ โมพี
6. สุรศักดิ์ อธิคมานนท์

บทสรุปและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยและต่างประเทศ การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสารบัญญัติใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. คำจำกัดความ ระบบบริการสุขภาพระดับต้น หมายถึง **ด้านแรกของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน และใกล้ชีวิตประชาชน**

2. ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

2.1 เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ เบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน

2.2 มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลาย ให้เลือกได้ ทั้งแผนปัจจุบันและระบบบริการทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งต้องมีระบบการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการฉุกเฉินและระบบบริการสังคมอื่น ๆ

2.3 ต้องมีการกำหนดชุด “การบริการขั้นพื้นฐาน” (Basic Essential Package) ที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนของระบบ และเพื่อการบริหารจัดการด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ

3. หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น

3.1 การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพ

ต้องปรับการมองเรื่องสุขภาพว่าหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ คือเป็นสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น เช่น การศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ฯลฯ

3.2 ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน โดยการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสร้างระบบเชื่อมต่อกับระบบบริการระดับต้น

4. เจาะใจที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพ 100%

เพื่อให้เกิดเอกภาพในเรื่องการเงินที่จะสร้างเงื่อนไขให้เอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.2 กำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ

4.2.1 หลักประกันสุขภาพทุกระบบต้องครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ต้องกำหนดให้ผู้มีสิทธิ ใช้บริการผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อน โดยมีข้อยกเว้นสำหรับกรณีฉุกเฉิน หรือกรณีเดินทางไปต่างพื้นที่ ทั้งนี้จะต้องมีการเลือกลงทะเบียน (Selective Registration) กับสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ

4.2.2 กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพระดับต้น ให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หรือเหมาจ่ายรายหัวในบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แต่จ่ายตามรายบริการ (Fee for Service) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.2.3 กลไกและระบบการจ่ายเงิน จะต้องช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมบริการสุขภาพระดับต้น และเกิดการกระจายทรัพยากร และกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เช่น อัตราการจ่ายที่ใกล้เคียงหรือดีกว่าบริการเฉพาะทาง หรืออัตราการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

4.2.4 ให้มีระบบที่ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) สำหรับบริการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น ทั้งนี้ให้ยกเว้นแก่ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

4.3 การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับต้น

4.3.1 องค์ความรู้ ต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ควรเป็นภาระของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ

4.3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจะต้องทำงานเป็น**ทีมสุขภาพ**ที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary Personnel) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการหลัก บุคลากรสาขาอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ร่วมเป็นทีมสุขภาพตามลักษณะของพื้นที่

2) ระบบการพัฒนากำลังคน

(2.1) หลักสูตรการเรียนการสอนทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา ต้องเน้นการผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการสุขภาพระดับต้น โดยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

(2.2) มีระบบการศึกษาต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจน มีการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการยา/เวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นมีบัญชียาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีระบบการร่วมกันจัดหายามีประสิทธิภาพ โดยอาจได้รับยาจากสถานบริการสุขภาพระดับต้น หรือแยกไปรับยารากร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้

4.3.4 สถานบริการ ต้องเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน และต้องกำหนดให้มีมาตรฐานสถานบริการที่เท่าเทียมกัน และมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานด้วย

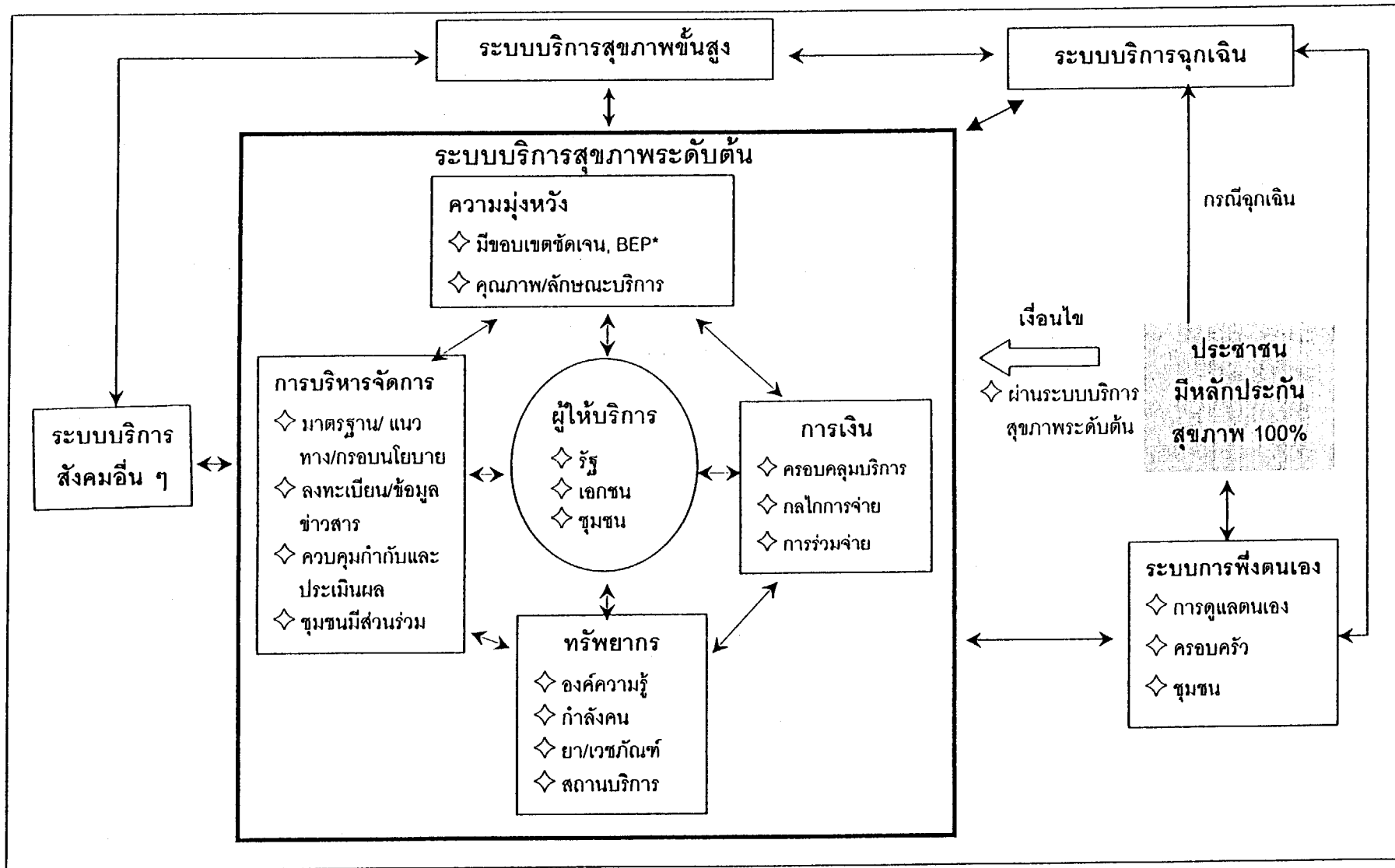
4.4 องค์การจัดการ

4.4.1 เมืองค์กร/กลไกระดับชาติ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของสภาสุขภาพแห่งชาติ เช่น **คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น** ทำหน้าที่ในการกำหนดกรอบนโยบายและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับต้น เช่น การกำหนดเงื่อนไขหลักประกันสุขภาพทุกรูปแบบ การจัดให้มีระบบการเลือกขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น การจัดระบบเพิ่มประสิทธิภาพของประชาชน การจัดการระบบส่งต่อ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพระดับต้น

4.4.2 การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่น บริการสุขภาพระดับต้น จะต้องให้ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล (ในกรณีสถานบริการภาครัฐ) หรือกำกับ (ในกรณีสถานบริการภาคเอกชน)

จากประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา**ระบบบริการสุขภาพระดับต้น**ที่พึงประสงค์ของไทยสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิความเชื่อมโยงการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น



* BEP = Basic Essential Package : ชุดบริการขั้นพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระระดับต้นที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของสังคมไทย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. ทำการสำรวจและรับฟังความคิดเห็นประชาชน/ภาคีต่าง ๆ ต่อข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น เพื่อให้มีการปรับปรุงข้อเสนอที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
2. ศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น เช่น พ.ร.บ. ประกันสังคม
3. ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดบริการขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
4. พัฒนารูปแบบและระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพพระระดับต้น
5. ศึกษาวิจัยและทดลองใช้กลไกทางการเงินเป็นเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพพระระดับต้น อาทิเช่น การจัดสรรงบประมาณรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริการสุขภาพพระระดับต้น
6. ทำการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น โดยศึกษาเต็มพื้นที่ อาทิเช่น ระดับจังหวัด หรือระดับเขต
7. ศึกษาวิจัยหลักสูตรการเรียนการสอนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา เพื่อให้ข้อเสนอในการปฏิรูปเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น รวมทั้งระบบการศึกษาต่อและการรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ
8. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบมาตรฐานสถานพยาบาลระดับต้น รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐาน

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงของโลกปัจจุบัน เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทั้งในเรื่องสังคม การค้า เทคโนโลยี และวัฒนธรรม โดยเฉพาะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในประเทศส่งผลกระทบในวงกว้าง ไม่เว้นแม้แต่ระบบบริการสุขภาพซึ่งจริง ๆ แล้วยังมีปัญหาดำรงอยู่ตั้งแต่ก่อนเศรษฐกิจไทยเกิดวิกฤต ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทั้งการเข้าถึงบริการของประชาชน ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบบริการที่มีอยู่ ประสิทธิภาพของระบบบริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงมาก และสถานสุขภาพของประชาชนที่บาดเจ็บและตายด้วยโรคและปัญหาใหม่ ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง ยาเสพติด และโรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวนำไปสู่กระแสของการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย มีระบบการป้องกันและควบคุมโรคที่มีศักยภาพสูง และมีระบบบริการสุขภาพที่ดี

ระบบบริการสุขภาพระดับต้น เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพก็จะต้องมีการปฏิรูปเช่นกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ครอบคลุม และทั่วถึง ตลอดจนสอดคล้องกับสภาพสังคมไทย

เอกสารฉบับนี้ ได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย การสำรวจความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งศึกษาประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของประเทศต่าง ๆ และไทย เพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสังคมไทยต่อไป

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

กันยายน 2543

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย	
คำนำ	
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา	2
1.4 วิธีการศึกษา	2
1.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา	4
1.6 นิยาม	5
บทที่ 2 ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์	6
บทที่ 3 ผลการศึกษา	14
3.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น	14
3.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร	14
3.1.2 ปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคตและความต้องการดูแลสุขภาพ ภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป	16
3.1.3 แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นการ รักษาพยาบาล	19
3.1.4 ปัญหาด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของการบริการสุขภาพ ระดับต้น	21
3.1.5 ปัญหาด้านระบบการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข	24
3.1.6 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และแพทย์เฉพาะทางในระบบบริการ ของภาครัฐ	25
3.1.7 กระแสการปฏิรูป	26
3.2 ผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นัก วิชาการและประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว	29

	หน้า
3.3 มุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว	39
3.4 ทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศต่าง ๆ	62
3.4.1 ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศต่าง ๆ	63
3.4.2 การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศไทย	81
บทที่ 4 ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพระดับต้นของไทย	94
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	
1. แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว	111
2. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่สัมภาษณ์	112
3. คำถามการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเรื่อง ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ในสังคมไทย เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ	113
4. รายชื่อผู้ทบทวนเอกสารประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นจากต่างประเทศ	114

บทที่ I

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพัฒนาประเทศที่ก้าวหน้าไปหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยพบว่า คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น เด็กเกิดใหม่มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น โรคติดต่อหลายชนิดถูกกำจัดและควบคุมได้ อันเป็นผลเนื่องมาจากการแพทย์แผนตะวันตกได้เข้ามาแทนที่ระบบการแพทย์แผนไทย ที่ประชาชนใช้ดูแลรักษาและแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของคนในสังคมไทยมาช้านาน ปัจจุบันเมื่อประชาชนเจ็บป่วยก็มักจะช่วยเหลือตนเองก่อนเมื่ออาการเลวขีดความสามารถจึงมาพึ่งพาสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีรากฐานตามแบบตะวันตกและโดยทั่วไปการให้บริการของสถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต้นหรือปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมีโรงพยาบาลและสถานอนามัย คลินิก และร้านขายยาเป็นผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ แต่ก็มีปัญหาในทางปฏิบัติ กล่าวคือมีการข้ามมาใช้บริการที่โรงพยาบาล ทั้งที่ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่สามารถให้การดูแลที่ดีได้ที่สถานอนามัย ทำให้โรงพยาบาลต้องจัดบริการปฐมภูมิที่ซ้ำซ้อนกับสถานอนามัย ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลในระดับต้นได้ไม่ดีเท่าที่ควร และมีผู้ป่วยจำนวนมากเช่นกันที่ใช้บริการคลินิกผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพในปัจจุบัน เน้นการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางการแพทย์คือ รักษา “โรค” ไม่ใช่รักษา “คน” ขาดความเป็นองค์รวมคือ ขาดการมองมิติทางด้านมนุษย์และสังคมควบคู่ด้วย จึงทำให้คุณภาพบริการไม่ดีพอ นอกจากนี้ยังละเลยการดูแลสุขภาพประชาชนตั้งแต่ก่อนป่วย ขาดการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพดี จึงทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงขึ้นถึงปีละเกือบ 3 แสนล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่มเกือบร้อยละ 10 ต่อปี ในขณะที่ผลตอบแทนทางด้านสุขภาพต่ำ และยังต้องเจ็บและตายด้วยโรคและปัญหาใหม่ ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง ยาเสพติด เอดส์ รวมทั้งโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพจนพึ่งตนเองได้เหมาะสม จึงควรที่จะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care) เนื่องจากสถานบริการระดับต้นอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และเป็นທີ່ที่ประชาชนมีโอกาส

ไปใช้บริการมากที่สุด ซึ่งหากพัฒนาให้มีคุณภาพจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งของรัฐและประชาชนได้ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมอีกทางหนึ่ง

จากแนวคิดดังกล่าว สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่หนึ่งในการกำหนดและพัฒนานโยบายระบบบริการสุขภาพ จึงได้ศึกษาวิจัยเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนอย่างครอบคลุม ทัวถึง และเชื่อมโยง กับบริการสุขภาพระดับสูงและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นส่วนหนึ่งของการสังเคราะห์องค์ ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศไทย

1.2.2 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับต้นของประเทศไทย ที่จะทำให้เกิดระบบการดูแลครอบคลุม/ปัจเจก อย่างทั่วถึงและเชื่อมโยง กับบริการระดับสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.3 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ในสังคมไทย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษารูปแบบ และแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยใช้วิธีการทบทวนเอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ การสำรวจความคิดเห็น และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพระดับต้น

1.4 วิธีการศึกษา

1.4.1 รูปแบบการศึกษา

1) การศึกษาจากเอกสาร (Documentary Review) เป็นการศึกษาโดยการ ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานของหน่วยงาน ทั้งในและต่างประเทศ

2) การสำรวจความคิดเห็น (Opinion Poll) เป็นการศึกษาด้วยวิธีการ สัมภาษณ์ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการและประชาชน ทั้งในส่วน กลางและส่วนภูมิภาค

3) การสัมภาษณ์ เป็นการศึกษด้วยวิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ นักการเมือง และผู้นำชุมชน รวม 10 ท่าน

4) การประชุมระดมสมอง (Brain Storming) เป็นการศึกษาโดยวิธีการระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษา จากผู้บริหาร นักวิชาการ อาจารย์ และประชาชน

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

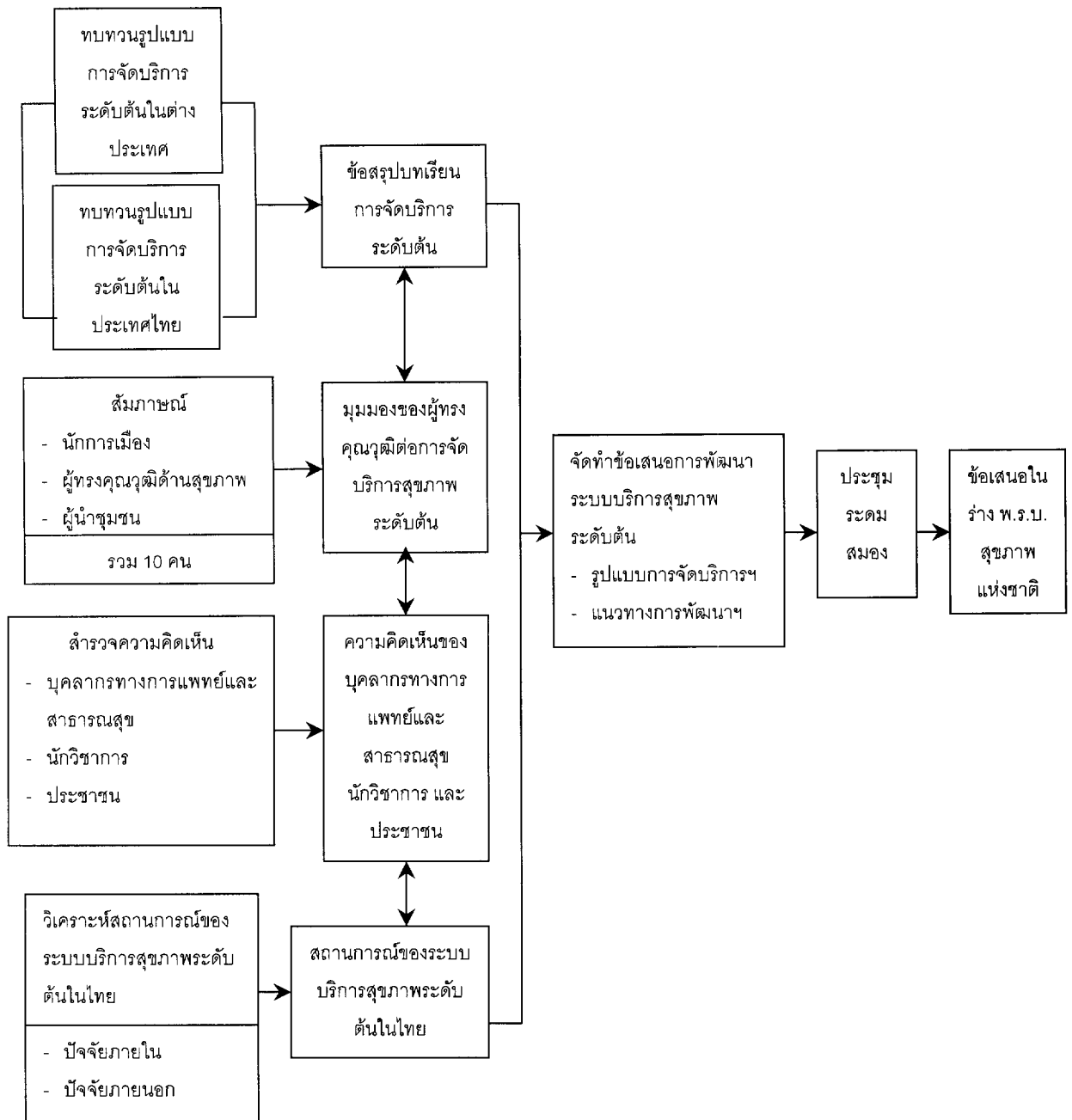
1) แบบสำรวจความคิดเห็น (Opinion Poll) โดยมีลักษณะคำถามแบบเปิดกว้างให้ผู้ตอบแสดงทัศนคติต่อการมีระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

2) แบบสัมภาษณ์ โดยมีลักษณะคำถามการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview)

1.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการประมวลและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การสังเคราะห์ การตีความหมาย และสรุปความตามประเด็นที่ศึกษา

1.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา



1.6 นิยาม

1. **สถานบริการสุขภาพระดับต้น** หมายถึง สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ระดับไม่ยากนัก เป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านและประชาชนใช้บริการได้สะดวก

2. **สถานบริการสุขภาพระดับสูง** หมายถึง สถานบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น ที่อาจเป็นลักษณะเครือข่ายพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพตั้งแต่ระดับทุติยภูมิจนถึงตติยภูมิ

3. **บริการสุขภาพระดับต้น** หมายถึง การบริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่เป็นสหวิทยาการ มุ่งเน้นครอบคลุมการบริการทั้งสุขภาพกาย จิต จิตวิญญาณ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ในมิติด้านสังคม จิตวิทยา และมิติทางการแพทย์

4. **บริการสุขภาพระดับสูง** หมายถึง บริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อน ซึ่งอาจต้องการผู้เชี่ยวชาญและหรือการใช้เทคนิควิชาการขั้นสูงในการดูแลรักษา

5. **การจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว** หมายถึง บริการสุขภาพระดับต้นที่จัดโดยสถานบริการหรือบุคคลผู้ให้บริการตามข้อ 3 โดยมุ่งเน้นการครอบคลุมครอบครัว ให้สามารถไปใช้บริการโดยอาจมีระบบรองรับ เช่น การขึ้นทะเบียนหรือการได้รับสิทธิคุ้มครองตามที่รัฐกำหนด

บทที่ 2

ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

ระบบบริการสุขภาพของไทย (Health Care System) เป็นระบบใหญ่ที่ประกอบด้วย ระบบบริการกระแสหลัก (Main Scheme System) ระบบการดูแลสุขภาพพระบออื่น ๆ เช่น การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ (Alternative Medicines) และระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว (Self Care and Family Care) ระบบย่อยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและเสริมซึ่งกันและกัน

สำหรับระบบบริการสุขภาพไทย มีวิวัฒนาการเรื่อยมา จากอดีตที่ผู้คนพึ่งพากันเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการดูแลสุขภาพอนามัย กลายมาเป็นระบบที่พึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นสิ่งสำคัญ มีการจัดบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ซึ่งการจัดบริการสุขภาพระดับต้นถือได้ว่าเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนและประชาชนมากที่สุด เนื่องจากประชาชนจะต้องมาใช้บริการในระดับนี้ก่อนไปใช้บริการในระดับอื่นที่สูงขึ้น อันจะช่วยลดภาระให้ประชาชนที่ไม่มีความจำเป็นต้องไปรับบริการในระดับอื่นที่สูงขึ้น ได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพที่สถานบริการระดับต้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมดีขึ้น

ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพระดับต้นจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลประชาชนก่อนเข้าสู่ระบบบริการที่สูงกว่า ซึ่งระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ ควรมีลักษณะดังนี้

1. ยึดปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวม และการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ เป็นฐานในการจัดบริการ กล่าวคือ

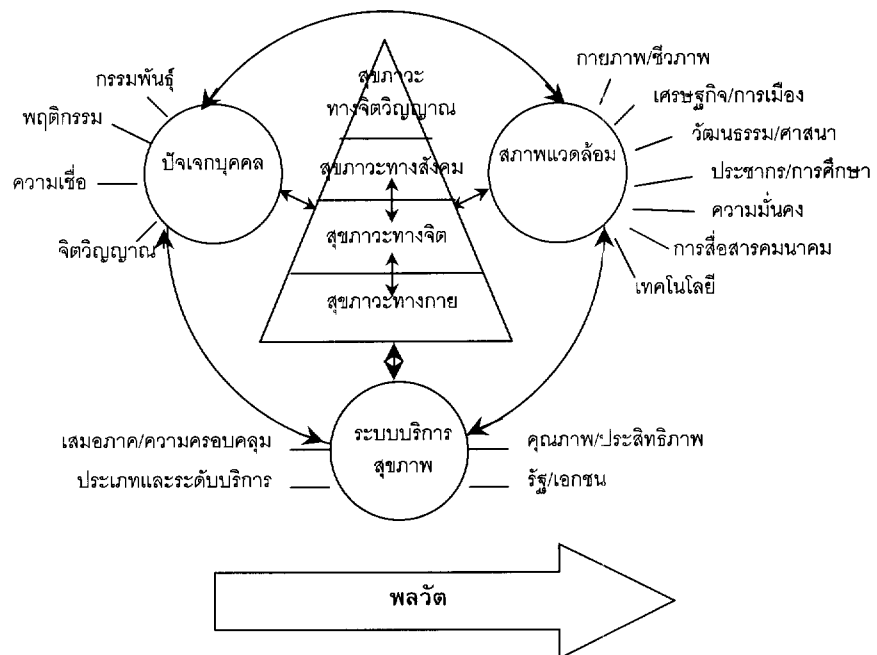
1.1 ปรับกระบวนทัศน์ใหม่ (Paradigm) คือ การมอง “สุขภาพ” ที่กว้างขวางขึ้น

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพระดับต้น จะเป็นบริการระดับแรกที่ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ ดังนั้น การที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่ป่วยง่าย คนไทยทุกคนจึงต้องตระหนักและเข้าใจถึงความหมายของการดูแล “สุขภาพ” ที่กว้างขึ้น กล่าวคือ สุขภาพไม่ได้มีความหมายแคบเพียงแค่เรื่องทางเทคนิคการแพทย์ ที่มีเฉพาะโรงพยาบาล หมอ หรือคนป่วย อีกต่อไป แต่สุขภาพมีความหมายกว้างขวางคือ เป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมดของประชาชน ซึ่งหมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพจะมีความ

สัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ฯลฯ รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพเอง โดยทุกส่วนจะต้องเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกันและมีความสมดุล จึงจะเกิดสุขภาพที่ดี (ภาพที่ 2.1)

ดังนั้น การดูแลสุขภาพในระดับต้นนั้น จะต้องเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคนเข้าร่วมในการดูแลสุขภาพด้วย มิใช่เพียงหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น

ภาพที่ 2.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

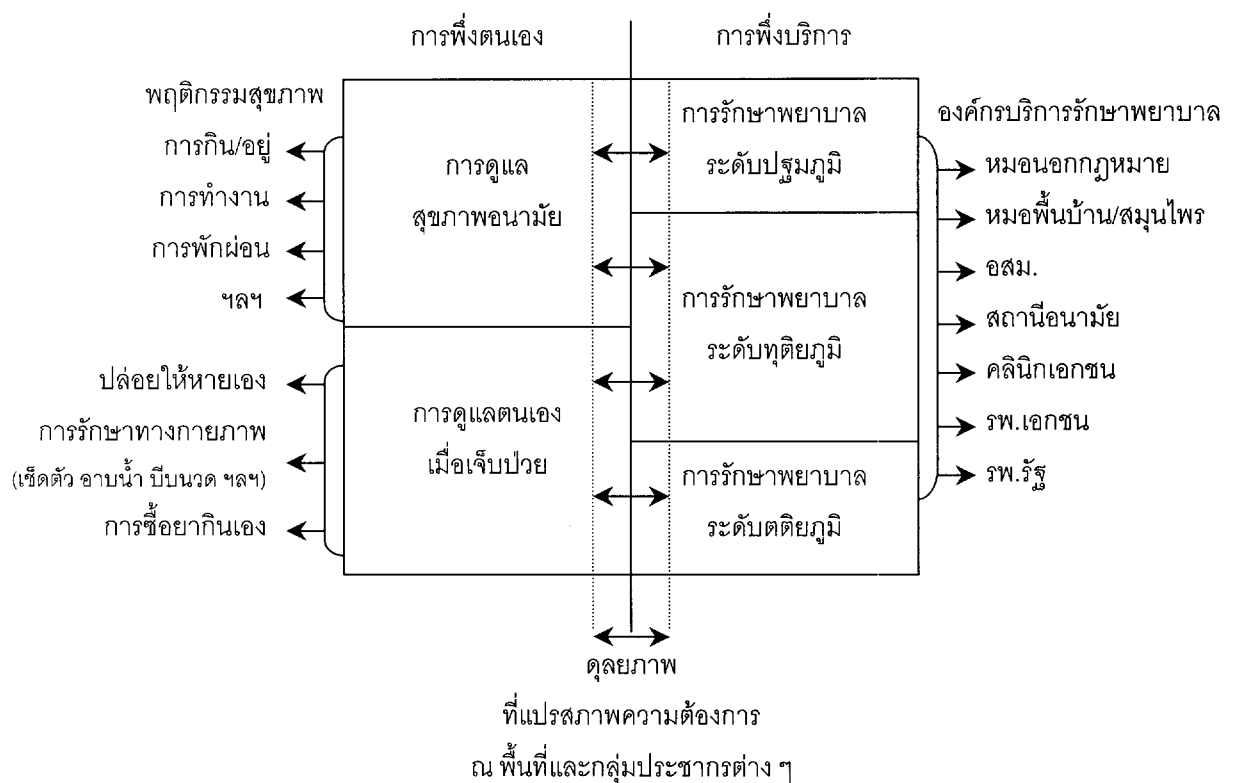


ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540 – 2541, 2542
 ประเวศ วะสี, สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์, 2543

1.2 มุ่งสร้างเสริมการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชน

การจัดบริการสุขภาพระดับต้นที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ต้องมุ่งสร้างเสริมให้ประชาชนมีแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ ตลอดจนตระหนักถึงความเหมาะสมเพียงพอในการหา การรับ และการใช้บริการสุขภาพ ดังนั้นจึงควรสร้างให้เกิดดุลยภาพที่เหมาะสมระหว่างการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการสุขภาพของประชาชน โดยลดขอบเขตของการที่รัฐให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนมีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมขอบเขตของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ หรือเหมาะกับประชาชนแต่ละคน (ภาพที่ 2.2)

ภาพที่ 2.2 การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน



ที่มา : ดัดแปลงจาก วิชัย โปษยะจินดา, แนวทางพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเอง, 2541

2. มีหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นที่ชัดเจนและครอบคลุม หน่วยบริการนี้มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลในระดับที่สูงกว่าเมื่อจำเป็นและรับดูแลต่อเนื่องเมื่อถูกส่งกลับมาจากสถานบริการระดับที่สูงกว่า รวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชน และที่สำคัญคือ ต้องมีการแบ่งแยกหน้าที่ของบริการสุขภาพระดับต้น (ปฐมภูมิ) และบริการทุติยภูมิที่ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ

ที่นำเสนอต่อไปนี้ เป็นเพียงกิจกรรมตัวอย่างพื้นฐานของหน่วยบริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ ตัวอย่างเช่น

1. ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน การให้คำปรึกษาแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม การฉีดวัคซีน การคัดกรองเบื้องต้น

2. การรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น และการรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย เช่น ท้องเสีย เป็นหวัด ฯลฯ

3. การให้บริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การดูแลพัฒนาการเด็ก และภาวะโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว ฯลฯ

4. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การดูแลต่อเนื่องเมื่อทราบการวินิจฉัยที่ชัดเจน และการดูแลผู้ป่วยในระยะที่ดีขึ้นแล้ว เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. การจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ

6. การดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น คนงานในโรงงาน เกษตรกรที่ใช้ยาฆ่าแมลง เป็นต้น

7. การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหา ผู้ป่วยที่ขาดการติดตาม ผู้ป่วยที่เดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาลลำบาก

8. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาโรคพื้นฐานได้อย่างเหมาะสมกับท้องถิ่น

9. ทำหน้าที่ส่งต่อประชาชนไปรับบริการที่หน่วยอื่นเมื่อจำเป็น และประสานบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน

3. มีการจัดบริการที่หลากหลาย ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่น แพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น ในการเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองพอใจในขอบเขตที่เหมาะสม รวมทั้งมีเครือข่ายและเชื่อมโยงกับสถานบริการอื่นในระบบบริการสุขภาพ

4. มีรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งอยู่กับสภาพแต่ละพื้นที่และความพร้อมของหน่วยงานที่จัดบริการ โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นอาจเป็นทั้งหน่วยงานรัฐบาล เอกชน และหน่วยงานบริการระดับท้องถิ่น ซึ่งจะให้บริการที่มีมาตรฐานเหมือนกัน ครอบคลุมประชาชนทุกคน

5. การจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้น เพื่อให้บริการสุขภาพระดับต้นเข้มแข็งและเข้าถึงประชาชน จะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้

5.1 มีพื้นที่รับผิดชอบโดยชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนและชุมชนได้ดี

5.2 มีประชากรในเขตรับผิดชอบแน่นอนและจำนวนพอเหมาะ เพื่อให้สามารถดูแลครอบคลุมและชุมชนได้ทั่วถึง

5.3 มีขนาดเล็ก หรือขนาดกลางที่กระจายในพื้นที่อย่างทั่วถึง เพื่อสร้างความเป็นกันเองและความใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่าย

5.4 มีทีมงานที่มีคุณภาพ มีความรู้ ทักษะ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น มีความสามารถในการสื่อสารกับประชาชนในสถานการณ์ต่าง ๆ มีทัศนคติและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม โดยสามารถมองปัญหาสุขภาพในมิติด้าน สังคม จิตวิทยา นอกเหนือจากมิติทางการแพทย์ และมีทักษะในการให้คำปรึกษาที่เป็นพื้นฐาน รวมทั้งต้องมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ

5.5 มีระบบปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นซึ่งกันและกันระหว่างสถานบริการกับชุมชน โดยผ่านกระบวนการของการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน และการตัดสินใจร่วมกัน และเป็นการเพิ่มโอกาสให้หน่วยบริการสุขภาพระดับต้นสามารถวินิจฉัยชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

5.6 มีระบบการเงินที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน และมีระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน โดยให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนอย่างน้อยที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำ และอาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการมารับบริการ เพื่อให้เกิด

ความรู้สึกในการที่จะต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของผู้ใช้บริการแต่ละคน อันเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองและลดการใช้บริการที่เกินความจำเป็น

5.7 มีระบบติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามดูแลผู้รับบริการ หากขาดนัดหรือมีปัญหาการมารับบริการ

5.8 มีระบบข้อมูล ที่สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและชุมชน

5.9 มีระบบบริหารจัดการที่คล่องตัว

6. ผู้ให้บริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้น เป็นการให้บริการที่ไม่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะด้านมากนัก เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถผสมผสานกิจกรรมการให้บริการต่าง ๆ เข้าด้วยกันได้ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น ต้องประกอบด้วย **“ทีมสุขภาพ”** โดยบุคลากรแต่ละคน/วิชาชีพ จะมีบทบาทในการให้บริการหลักที่เน้นหนักแตกต่างกัน แต่ก็สามารถให้บริการทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการในลักษณะทั้งสนับสนุนซึ่งกันและกันและทดแทนกันในบางกรณี

6.1 องค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการผสมผสาน ที่สถานบริการสุขภาพระดับต้น ควรประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพ ดังนี้

- แพทย์ทั่วไป(แพทย์ประจำครอบครัว)
- พยาบาลวิชาชีพ
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ เช่น พยาบาลเทคนิค, ทันตภิบาล

ทั้งนี้ องค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการอาจแตกต่างกันไป ขึ้นกับสภาพแต่ละพื้นที่ จำนวนประชากร และจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ

6.2 คุณลักษณะของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น มีดังนี้

1) มีความสามารถในการประเมินสุขภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในระดับพื้นฐานและให้บริการทางการแพทย์พื้นฐาน ทั้งที่เป็นปัญหาสุขภาพพบ่อย การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินระยะแรก และการส่งต่อที่เหมาะสม

2) มีความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยสามารถประยุกต์และผสมผสานความรู้ สหวิทยาการสาขาต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3) มีความสามารถในการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4) มีความสามารถในการทำงานร่วมกับชุมชน ในการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว จนถึงชุมชน รวมทั้งทักษะในการสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) มีทัศนคติที่ดีเห็นว่าสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องเทคนิคทางการแพทย์อย่างเดียว แต่หมายรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนมีความเข้าใจปัญหาของประชาชนและชุมชน และมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์สุขภาพของชุมชน

6) มีความสามารถและทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพที่ดี

6.3 บุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพระดับต้น

บุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพระดับต้น มีอยู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มสหวิทยาการ (Multidisciplinary Personnels) สำหรับแพทย์ที่เป็นบุคลากรหลักในการให้บริการสุขภาพระดับต้น นอกเหนือจากต้องมีความรู้ 6 ประการ แล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เพิ่มเติม คือ

1) มีความสามารถคิดเชิงระบบและตรวจสอบเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยหลักฐานข้อเท็จจริงและวิธีการแห่งเหตุผล เนื่องจากสังคมสภาพแวดล้อมและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงต้องการแพทย์ที่มีความรู้เท่าทันสภาพแวดล้อม จะได้แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง

2) มีความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

3) มีความสามารถที่จะบริหารจัดการองค์กรและทีมงาน ให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4) มีบทบาทในการเป็นผู้นิเทศและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

7. เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพระดับต้น ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพที่ไม่ใช่เพียง แต่การสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการเท่านั้น แต่ประชาชน/ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และตรวจสอบบริการสุขภาพในชุมชนของตน เนื่องจากบริการสุขภาพระดับต้น ถือว่าเป็นบริการที่ต้องสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงต้องให้ประชาชน

เข้ามามีบทบาท เพราะประชาชนจะเป็นผู้รู้ถึงความต้องการของตน อันเป็นพื้นฐานสำคัญให้ผู้ให้บริการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม วัฒนธรรม และชุมชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั่วถึง

บทที่ 3

ผลการศึกษา

บทที่ 3 นี้จะเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งการทบทวนประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นจากต่างประเทศ และประเทศไทย การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ นักการเมือง/ผู้นำชุมชน ต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลในการสังเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น ที่จะทำให้เกิดระบบการดูแลครอบครัว/ปัจเจกอย่างทั่วถึงและเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับสูงและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะได้นำเสนอในบทที่ 4 ต่อไป

สำหรับผลการศึกษาที่สำคัญมี 5 ส่วนดังนี้

3.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพระดับต้น

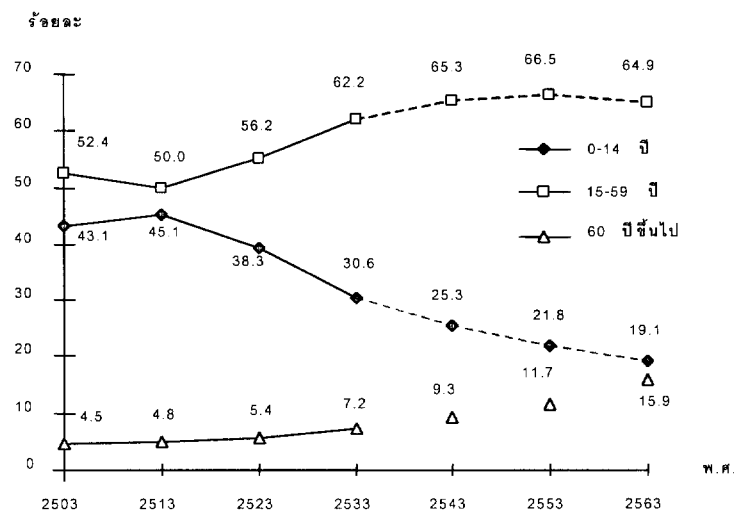
การวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้น มีความจำเป็นและสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อเสนอรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพระดับต้นที่เหมาะสม จึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น ดังนี้

3.1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ปัจจุบันลักษณะและโครงสร้างของประชากรไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงทำให้สัดส่วนประชากรเด็กอายุ 0 – 14 ปี มีแนวโน้มลดลงในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 3.1) ซึ่งหมายถึงอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 3.2) อันจะส่งผลให้ลักษณะการเจ็บป่วยของประชากรจะเป็นโรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อมของร่างกาย และโรคจากพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันโครงสร้างครอบครัวก็เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีขนาดครอบครัวลดลงจาก 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ.2533 ซึ่งคาดว่าจะเหลือเพียง 3.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ.2558 ซึ่งส่งผลถึงการช่วยเหลือและดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อยลง โดยเฉพาะทารก เด็ก และผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครอบครัวจะได้รับการดูแลน้อยลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ การอพยพย้ายถิ่นจากชนบทไปสู่เมืองมากขึ้น (ภาพที่ 3.3) ทำ

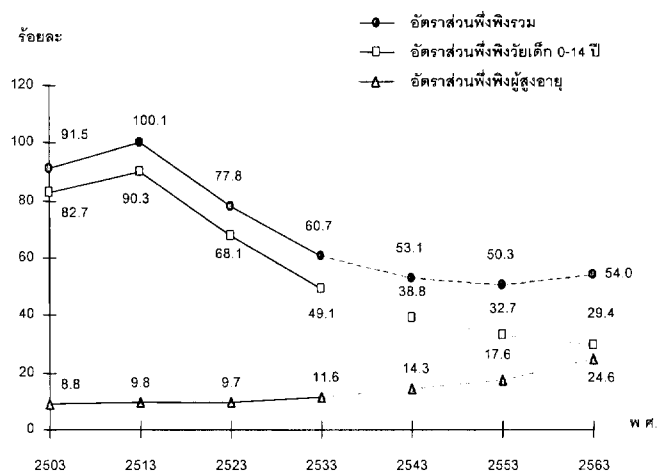
ให้ผู้อพยพย้ายถิ่นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบชนบทไปเป็นแบบเขตเมือง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่ตามมาคือ ปัญหาสุขภาพจิต โรคเครียด โรคเรื้อรังต่าง ๆ โรคเอดส์ การติดยาเสพติด และโรคทางด้านอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 3.1 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2503 - พ.ศ.2563



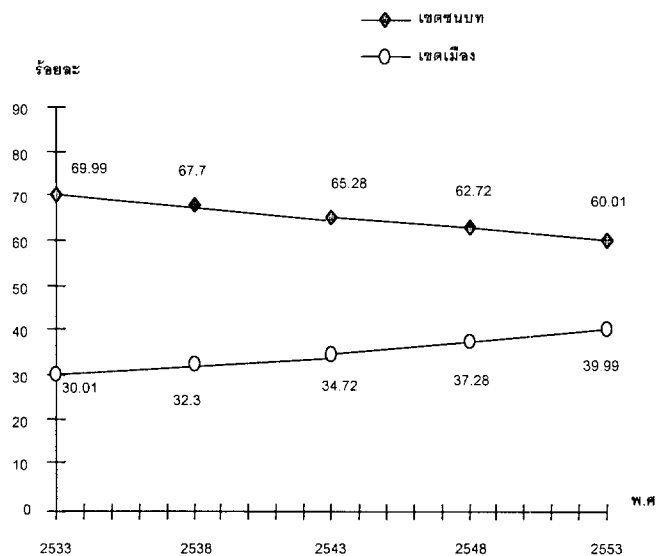
ที่มา : สุวิทย วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540 – 2541, 2542

ภาพที่ 3.2 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2503 – พ.ศ. 2563



ที่มา : สุวิทย วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540 – 2541, 2542

ภาพที่ 3.3 การคาดประมาณประชากรย้ายถิ่นระหว่างเขตเมืองและชนบท



ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540 – 2541, 2542

ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพจึงต้องหันมาให้ความสนใจการให้บริการสุขภาพ ที่เป็นโรคเรื้อรัง การให้คำแนะนำและเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย การช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างสมดุลและช่วยตนเองได้มากขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งต้องการบริการสุขภาพที่มีลักษณะใกล้ชิด สามารถติดตามให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบริการที่ใกล้บ้าน รวมทั้งที่มีความต้องการการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยมากขึ้น

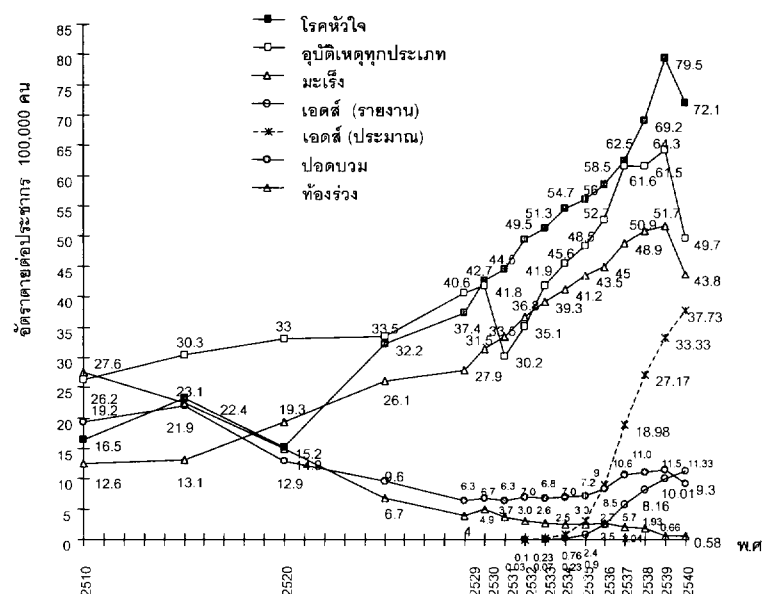
3.1.2 ปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต และความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

จากแนวโน้มทางระบาดวิทยาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพคนไทย เป็นไปในลักษณะที่โรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ภาวะทุพโภชนาการ มีแนวโน้มลดลง ขณะที่ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มมากขึ้น และจะเป็นปัญหาหลักในอนาคตคือ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โรคเรื้อรัง เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง หัวใจ ฯลฯ และโรคเอดส์ (ภาพที่ 3.4)

นอกจากนี้จากการประเมินและจัดลำดับความสำคัญของโรค ปี 2541 โดยใช้ดัชนีและเกณฑ์ที่กำหนดเกี่ยวกับขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความเป็นไปได้ในการป้องกันหรือรักษาโรค และผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งวัดค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยโดยตรง พบว่า โรคที่เป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพคนไทยในลำดับต้น ๆ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อคือ

อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน (ตารางที่ 3.1) และรวมถึงจากการพยากรณ์แนวโน้มปัญหาสำคัญที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองจาก พ.ศ.2535 ถึง พ.ศ.2543 พบอัตราตายจากโรคหัวใจรวมภาวะหัวใจวายมีอัตราเพิ่มเกือบเท่าครึ่งจาก 57.6 ต่อประชากรแสนคน เป็น 82.6 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายจากโรคหลอดเลือดในสมองมีอัตราเพิ่มจาก 11.5 ต่อประชากรแสนคน เป็น 15.0 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มจาก 5.3 ต่อประชากรแสนคน เป็น 8.5 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลการตายข้างต้นเห็นได้ว่าประเทศไทยยังมีการเพิ่มขึ้นของปัญหาอย่างรวดเร็ว(ตารางที่ 3.2)

ภาพที่ 3.4 แสดงอัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 – พ.ศ. 2540



ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541, 2542

หมายเหตุ : ข้อมูลการตายจากเอดส์ มีการศึกษาโดยกองระบาดวิทยา พบว่ารายงานต่ำกว่าความเป็นจริงประมาณ 3.33 เท่า

ตารางที่ 3.1 ผลการจัดลำดับความสำคัญของโรคภัยไข้เจ็บ ปี 2541 โดยใช้ดัชนีและเกณฑ์ที่กำหนด

โรคที่เป็นปัญหา	อัตรา ตาย	อัตรา IPD	YLL	คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด									ลำดับ ที่
				MORT	IPD	PRE	CON	TRE	PRV	YLL	COST	รวม	
เอชไอวี/เอดส์	58.0	116	1,836,995	5	2	3	3	0	1	5	3	22	1
อุบัติเหตุจราจร	37.7	361	1,141,222	5	4	2	0	1	2	5	3	22	1
ความดันโลหิตสูง	33.8	170	440,358	4	3	3	0	1	2	3	2	18	3
เบาหวาน	29.0	175	417,776	4	3	3	0	1	1	3	2	17	4
ติดเชื้ทางเดินหายใจ	10.1	573	211,165	2	5	0	2	2	2	2	2	17	4
ติดเชื้ทางเดินอาหาร	5.3	677	96,647	2	5	1	2	2	3	1	1	17	4
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	33.5	158	390,175	4	3	3	0	0	1	2	3	16	7
หลอดเลือดสมอง	34.8	78	466,118	4	2	0	0	1	2	3	3	15	8
มะเร็งตับ	36.6	21	560,158	5	1	0	0	1	1	3	3	14	9
วัณโรค	13.1	78.7	194,497	2	2	0	1	2	1	2	3	13	10
หัวใจขาดเลือด	21.2	60	320,071	3	2	0	0	1	2	2	3	13	10
โรคประสาท-จิตเวช	11.9	222	119,100	2	3	1	0	1	1	2	3	13	10
ไตอักเสบ	11.2	77.8	195,467	2	2	0	0	2	2	2	2	12	13
มะเร็งปอด	13.3	14	185,553	2	1	0	0	1	1	2	3	10	14
มะเร็งอวัยวะหญิง	13.8	11	131,976	2	1	0	0	1	1	2	3	10	14
หัวใจรูมาติกส์	3.6	17	79,205	1	1	1	0	1	2	1	3	10	14
ฆาตกรรม	11.7	38	306,691	2	1	1	0	1	1	2	2	10	14
อุบัติเหตุอื่น ๆ	5.7	96	116,091	2	2	1	0	1	1	1	2	10	14
โรคต่อมไทรอยด์	6.0	48	129,911	2	1	1	0	1	1	2	2	10	14
โรคตับ	10.4	12	184,698	2	1	1	0	1	1	2	2	10	14
มะเร็งลำไส้ใหญ่	6.1	<50	97,612	2	1	0	0	1	1	1	3	9	21
มะเร็งปากและคอ	5.0	<50	78,676	2	1	0	0	1	1	1	3	9	21
ฆ่าตัวตาย	10.9	15	348,022	2	1	0	1	1	1	2	1	9	21
ตับแข็ง	3.4	<50	66,838	1	1	1	0	0	1	1	3	8	24
จมน้ำ	6.3	<50	228,968	2	1	0	0	1	1	2	1	8	24
หกล้ม	4.9	<50	91,934	1	1	0	0	1	1	1	2	7	26

ที่มา : The National Epidemiology Board of Thailand, Thailand Health Research Institute, National Health Foundation. (1996). Review of the Health Situation in Thailand Priority Ranking of Disease : 1996 Edition.

หมายเหตุ : ปัญหาในกลุ่มเด็กเล็กและเด็กวัยเรียน จะไม่ค่อยปรากฏอยู่ในอันดับสำคัญต้น ๆ เหตุเพราะข้อมูลที่มีอยู่ ยังไม่สามารถสะท้อนปัญหาของเด็กเล็กและเด็กวัยเรียนได้อย่างชัดเจนเพียงพอ

IPD = อัตราการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลต่อแสน YLL = ความสูญเสียอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร

MORT = อัตราตายต่อแสน PRE = โรคอันเป็นเหตุให้เกิดโรคอื่น ๆ

CON = ความรุนแรงของโรคและแนวโน้มในการระบาด TRE = ความเป็นไปได้ในการรักษา

PRV = ความเป็นไปได้ในการป้องกัน COST= ค่ารักษาพยาบาลอันเนื่องจากการเจ็บป่วย

ตารางที่ 3.2 การพยากรณ์อัตราการตายของกลุ่มโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ.2535-2543 โดย พยากรณ์จากฐานข้อมูลการตายในปี พ.ศ.2530-2534

พ.ศ.	โรคระบบไหลเวียนอื่น ๆ (พยากรณ์)	โรคหัวใจ (สถิติสาธารณสุข)	โรคหลอดเลือดสมอง (พยากรณ์)	โรคหลอดเลือดสมอง (สถิติสาธารณสุข)
2535	57.6	56.0	11.5	11.8
2536	60.7	58.5	11.9	11.3
2537	63.8	62.5	12.4	10.6
2538	66.9	69.2	12.9	10.9
2539	70.1	77.4	13.3	10.9
2540	73.2	72.1	13.7	10.0
2541	76.3	-	14.2	-
2542	79.5	-	14.6	-
2543	82.6	-	15.0	-

ที่มา : จันทรพิชญ ชูประภาวรรณ, สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543 : สถานะสุขภาพคนไทย, 2543

นอกจากนี้ ความจำเป็นดูแลสุขภาพของประชาชน ก็เปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ ประชาชนต้องการการดูแลเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก แบบแผนโรคที่เปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ และเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องสำคัญและต้องใช้เวลา

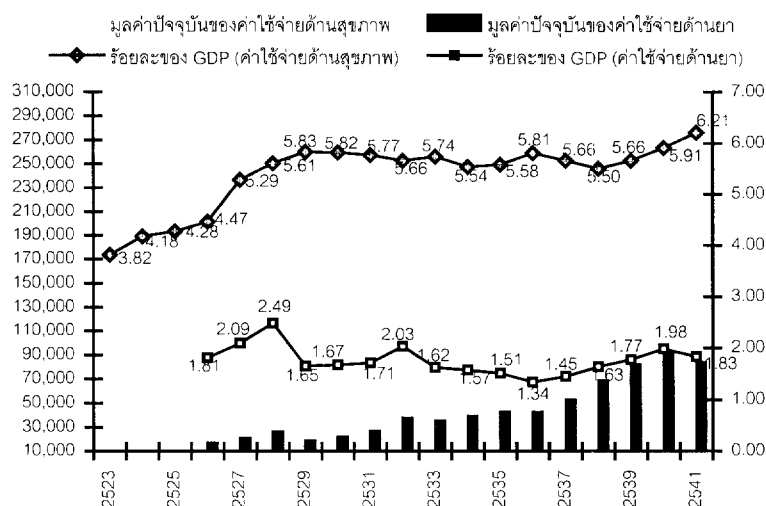
ดังนั้น ในการดูแลสุขภาพประชาชนจึงต้องการการบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว บริการผสมผสานดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น รวมทั้งบริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดี

3.1.3 แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้นและส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาล

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีอัตราการเพิ่มที่เร็วกว่า การเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (ภาพที่ 3.5) ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ใช้ไปเพื่อการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ตารางที่ 3.3) ซึ่งให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า อันเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพที่ต่ำของระบบบริการสุขภาพไทย ข้อมูลจากรายงานประจำปี 2543 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประสิทธิภาพในการยกระดับสุขภาพของระบบสุขภาพไทยอยู่ในอันดับที่ 92 จาก 191 ประเทศ ทั้งนี้มี

การพัฒนากับการจัดบริการสุขภาพเน้นการรักษาพยาบาลที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาประชาชน และประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการระดับใดก็ได้ได้อย่างเสรี โดยขาดกลไกที่จะให้ประชาชนมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อน ผู้ให้บริการระดับต้นจะเป็นผู้กลั่นกรองให้ผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องไปรับบริการที่สถานบริการระดับสูงต่อไป

ภาพที่ 3.5 ค่าใช้จ่ายด้านยา ด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
พ.ศ. 2523 – พ.ศ. 2541



ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540 – 2541, 2542

ตารางที่ 3.3 การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตาม 11 กิจกรรมหลัก, ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 – 6 – 7 (พ.ศ.2525 – 2539)

การจัดสรรงบประมาณ	แผนฯ 5	แผนฯ 6	แผนฯ 7
จำแนกตามกิจกรรม			
บริหาร	6.65	7.31	5.5
บริการรักษาพยาบาล	58.54	57.91	55.52
ส่งเสริมสุขภาพ	17.25	16.13	19.29
ควบคุมป้องกันโรค	10.12	10.97	11.75
ควบคุมสารเสพติด	0.52	0.53	0.6
ฟื้นฟูสมรรถภาพ	0.24	0.26	0.33
ผลิตบุคลากร	3.62	2.93	2.96
พัฒนาสมรรถนะบุคลากร	1.15	1.12	0.54
สาธารณสุขมูลฐาน*	0.79	1.7	2.23
คุ้มครองผู้บริโภค	0.89	0.87	0.95
วิจัยและพัฒนา	0.23	0.27	0.33

ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, อ้างใน การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541, 2542

* คัดเฉพาะกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (การฝึกอบรมอาสาสมัครและผู้นำชุมชน) เท่านั้น

ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม คำนึงค่ากับการลงทุน **จึงควรเป็นการจัดบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มาก** โดยไม่ได้จัดบริการอยู่ภายในสถานบริการเท่านั้น แต่ต้องไปให้บริการประชาชนในชุมชนมากขึ้น เพื่อสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากขึ้น ซึ่งสถานบริการสุขภาพระดับต้นจะเป็นจุดที่สามารถสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดีที่สุดด้วย

3.1.4 ปัญหาด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของการบริการสุขภาพระดับต้น

1) ปัญหาด้านโครงสร้างในระบบบริการระดับปฐมภูมิ

โดยทั่วไปการจัดให้บริการของสถานบริการแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมีโครงสร้างต่างกันไปตามระดับของบริการ การจัดบริการระดับปฐมภูมิหรือระดับต้น

เป็นการจัดบริการด้านแรกหรือหน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน และเป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมโยงบริการอื่น ๆ เมื่อจำเป็น

(1.1) **ในพื้นที่ชนบท** หน่วยบริการพื้นฐานคือสถานีนอนามัย ซึ่งขณะนี้มีสถานีนอนามัยที่เปิดดำเนินการแล้ว 9,619 แห่งใน 7,255 ตำบล ซึ่งบางตำบลมีสถานีนอนามัยมากกว่า 1 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการรวมจำนวน 32,087 คน เฉลี่ยประมาณ 3 คนต่อสถานีนอนามัย การจัดบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นอกจากนี้ในระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน (ขนาด 10 – 120 เตียง) จำนวน 712 แห่ง มีแพทย์จำนวน 2,650 คนและเจ้าพนักงานของรัฐจำนวน 825 คน รวมเป็น 3,475 คน โดยกระจายแพทย์ตั้งแต่ 1 – 5 คน ขึ้นกับจำนวนเตียง ที่ทำหน้าที่ดูแลให้บริการด้านรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ตลอดจนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยเช่นกัน และต้องมีบทบาทในการนิเทศงานและพัฒนาความสามารถในการให้บริการของสถานีนอนามัย ในเขตชนบทยังมีร้านขายยา/คลินิกเอกชน

(1.2) **ในพื้นที่เขตเมือง** หน่วยบริการหลักคือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) แพทย์ที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง มีความเชี่ยวชาญค่อนข้างสูง มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยี เน้นการให้บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่เนื่องจากอยู่ในพื้นที่เขตเมืองมีสถานบริการพื้นฐานอื่น ๆ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลน้อยและไม่เข้มแข็ง สถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมืองประชาชนก็ไม่นิยม ทำให้ รพศ./รพท. ต้องมีบทบาทให้บริการปฐมภูมิด้วย ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลพื้นฐาน งานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของประชาชนในเขตเมืองด้วย คลินิกในเมืองก็เป็นผู้เชี่ยวชาญ และโรงพยาบาลเอกชนก็ให้บริการตั้งแต่ปฐมภูมิถึงทุติยภูมิ บางแห่งก็ถึงตติยภูมิ

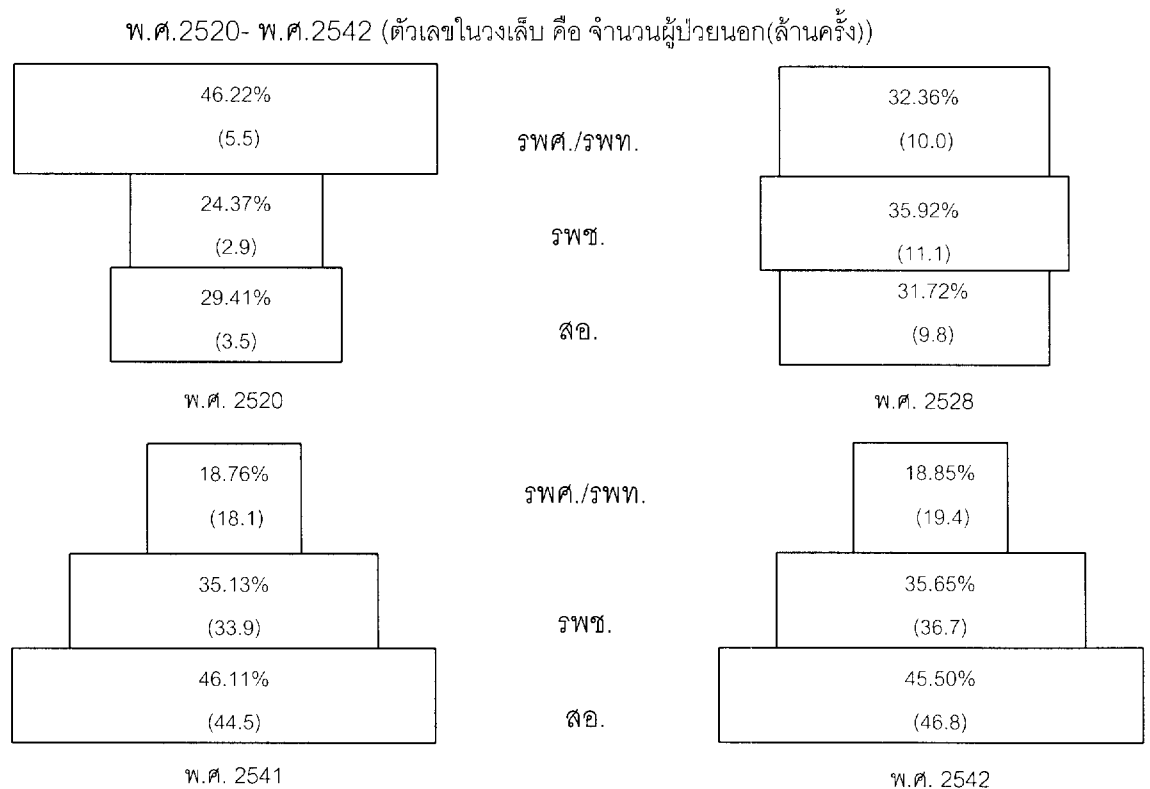
ดังนั้น การจัดโครงสร้างของการบริการระดับปฐมภูมิในเขตเมืองและชนบทดังกล่าว จึงก่อให้เกิดปัญหาที่แตกต่างกันคือ

- ในพื้นที่เขตเมือง ปัญหาหลักคือ ขาดโครงสร้างการให้บริการผสมผสาน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ซึ่งควรเป็นหน่วยงานบริการปฐมภูมิที่ให้บริการแบบผสมผสาน มีเพียง 1 – 2 แห่ง และไม่มีคุณภาพพอ ตลอดจนเทศบาลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญในด้านสาธารณสุขและขาดกำลังคนในการจัดบริการ คลินิกเอกชนที่ทำหน้าที่บริการเฉพาะด้าน ไม่มีระบบที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ประชาชนเกิดความสับสนและเข้าใจผิดในการหาผู้เชี่ยวชาญเลยทั้ง ๆ ที่ควรพบแพทย์ระดับต้นก่อน ในส่วนกระทรวง

สาธารณสุขเห็นว่า งานบริการพื้นฐานนี้มี��หน้าที่โดยตรง จึงไม่มีการจัดระบบรองรับเรื่องนี้อย่างชัดเจน

- ในพื้นที่เขตชนบท ปัญหาสำคัญคือ คุณภาพของหน่วยบริการกล่าวคือ สถานีอนามัยยังมีปัญหาคุณภาพ ประชาชนมีความยอมรับต่อบริการของสถานีอนามัยระดับต่ำ ประชาชนยังมีการเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านั้นสามารถให้การดูแลที่ดีได้ที่สถานีอนามัย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้ป่วยนอกใช้บริการที่สถานีอนามัยพบว่าถึงแม้จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.5 ใน พ.ศ.2520 เป็นร้อยละ 46.8 ใน พ.ศ.2542 ก็ตาม แต่ก็พบว่าประชาชนใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.37 ใน พ.ศ.2520 เป็นร้อยละ 36.7 ใน พ.ศ.2542 และมีบางส่วนที่เข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป(ภาพที่ 3.6) ซึ่งทำให้โรงพยาบาลชุมชนนอกจากจะมีบทบาทการให้บริการผสมผสานแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ต้องทำหน้าที่การบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นที่เป็นระดับทุติยภูมิ แต่ในทางปฏิบัติจริงโรงพยาบาลชุมชนต้องแสดงบทบาทการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชน ซึ่งจะซ้ำซ้อนกับสถานีอนามัย เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการรักษาพยาบาลโรคที่พบบ่อย

ภาพที่ 3.6 แสดงจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, 2543

2) ปัญหาความซ้ำซ้อนในบทบาทหน้าที่ของสถานบริการในแต่ละ

ระดับ

เมื่อพิจารณาการให้บริการสุขภาพของไทยแล้ว จะเห็นได้ว่าการแบ่งแยกระดับของการบริการไม่ชัดเจนเด็ดขาด จึงทำให้การให้สถานบริการในระดับต่าง ๆ ให้บริการปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ปะปนกันไป มีการบริการที่รวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลขาดความครอบคลุมพื้นที่และประชาชน โรงพยาบาลจึงให้บริการได้ไม่ดีทั้งระดับต้นและบริการระดับสูง โดยเฉพาะในเขตเมืองไม่สามารถให้บริการแบบต่อเนื่อง องค์กรวม และผสมผสานแก่ประชาชนได้ นอกจากนี้ก่อให้เกิดการแข่งขันกันระหว่างสถานบริการในแต่ละระดับมากกว่าการสนับสนุนซึ่งกันและกัน รวมทั้งขาดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนคือ ผู้มีฐานะดีกว่าย่อมมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรสาธารณสุขได้มากกว่าผู้ยากจน

3.1.5 ปัญหาด้านระบบการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข

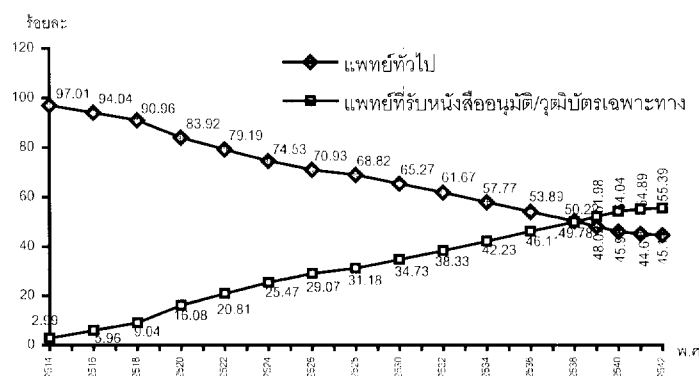
ระบบการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ได้รับอิทธิพลจากประเทศตะวันตก โดยละเลยการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ดังนั้น จึงทำให้การเรียนการสอนของหลักสูตรแพทยศาสตร์ และการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันส่วนใหญ่เน้นการศึกษาพื้นฐานของพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ที่พิจารณาปัญหาเป็นรายโรคมากกว่าการพิจารณาเป็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ ที่ไม่คำนึงถึงปัจจัยทางด้านสังคมและจิตใจร่วมด้วย ตลอดจนผู้สอนมักเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ที่มักเน้นการให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมากกว่าการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นผลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จบมาขาดพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม แต่เป็นการดูแลความผิดปกติทางกายภาพของอวัยวะต่าง ๆ ที่แยกตามสาขาความผิดปกติของอวัยวะ นอกจากนี้หลักสูตรการศึกษาระดับหลังปริญญาและการศึกษาต่อเนื่อง ก็เป็นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางและแยกส่วนมากขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีเจตคติที่ไม่เหมาะสมและมีทักษะ ความรู้ไม่เพียงพอที่จะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นที่มีคุณภาพได้ เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การประยุกต์และผสมผสานความรู้สาขาต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเหมาะสม การติดต่อสื่อสารและทำงานร่วมกับชุมชน

แม้วิชาเวชศาสตร์ชุมชนสาขาแพทยศาสตร์และการผลิตกำลังคนสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ทั้งระดับต่ำกว่าปริญญาและหลังปริญญาจะมีการฝึกในเรื่องชุมชน เรื่องสังคมมากขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในกรอบของสถาบันการศึกษาทั้งสิ้น

3.1.6 ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และความไม่สมดุลของแพทย์เฉพาะทางในระบบบริการของภาครัฐ

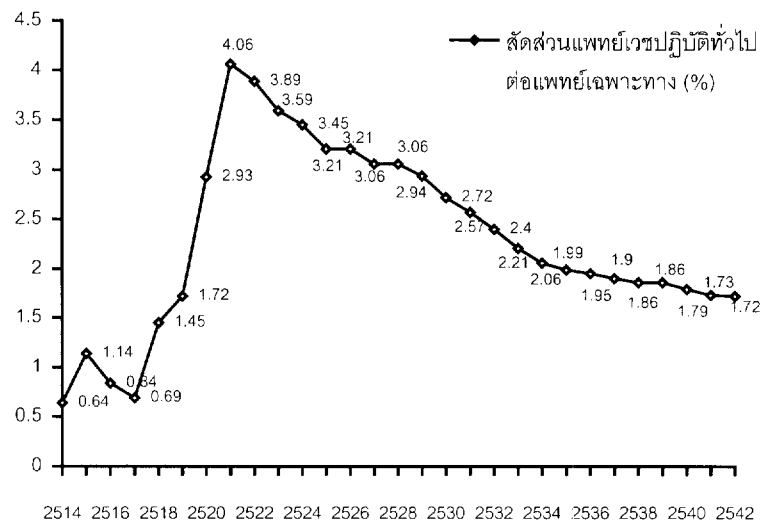
แม้ว่าแนวโน้มการผลิตแพทย์จะเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนแพทย์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งใน พ.ศ.2541 ประเทศไทยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงประมาณ 19,500 คน คิดเป็นอัตราแพทย์ 1 คนต่อประชากร 3,136 คน อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีปัญหาการกระจายแพทย์ระหว่างเขตเมืองและชนบท แพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในกรุงเทพฯ ที่มีประชากรเพียง 10% ของประชากรทั่วประเทศ แพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าแพทย์ทั่วไป โดยใน พ.ศ.2542 มีแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ถึงร้อยละ 55.39 (ภาพที่ 3.7) นี้ยังไม่นับรวมแพทย์ที่ไม่ได้หนังสืออนุมัติ/วุฒิบัตรแต่ก็ประกอบวิชาชีพแบบแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น นอกจากนี้ การกระจายแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ก็เป็นปัญหามาก กล่าวคือ แพทย์บางสาขาคาดแคลนมากและบางสาขามีแนวโน้มจะเกินความต้องการ โดยพบว่า สาขาที่มีความขาดแคลนมากได้แก่ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และประสาทศัลยศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล จะมีความขาดแคลนสูงทั้งแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง และเมื่อพิจารณาแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับหนังสืออนุมัติ/วุฒิบัตรสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปที่ควรมีบทบาทดูแลปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับปฐมภูมิ พบว่า มีสัดส่วนร้อยละต่อแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ ต่ำและลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ.2522 เป็นต้นมา (ภาพที่ 3.8)

ภาพที่ 3.7 สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป พ.ศ.2514 – พ.ศ.2542



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2542

ภาพที่ 3.8 แสดงสัดส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทาง
ระหว่าง พ.ศ.2514 – 2542



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา, 2542

3.1.7 กระแสการปฏิรูป

โลกปัจจุบันอยู่ในภาวะโลกาภิวัตน์ ซึ่งหมายถึง การรับรู้ข้อมูลโดยทั่วถึงอย่างรวดเร็ว รวมทั้งได้รับผลกระทบโดยทั่วถึงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นเกิดการเปลี่ยนแปลง ณ จุดใดในสังคมโลก จึงทำให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากสังคมโลกและเกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยด้วยเช่นกัน ทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ สังคม การค้า เทคโนโลยี และวัฒนธรรม ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวขนานใหญ่ เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ นอกจากนี้จากวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี 2540 ส่งผลกระทบให้เกิดความตื่นตัวทางความคิดของสังคมไทยในเรื่อง ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ การมีการบริหารจัดการที่ดีทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนอย่างไม่เคยมีมาก่อน จึงนำไปสู่การปฏิรูปในด้านต่าง ๆ เช่น การปฏิรูปทางสังคม การปฏิรูปทางการศึกษา และที่สำคัญคือ ปฏิรูปทางการเมือง ซึ่งได้มีการตรากฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ออกมาใช้บังคับ ซึ่งถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่างและเป็นรากฐานนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ภายใต้กรอบรัฐธรรมนูญใหม่ฉบับใหม่นี้

1) **การเมืองครึ่งอิสระ** ที่คอยตรวจสอบการทำงานของผู้อำนาจอธิปไตย เช่น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ(ปปช.) สำนักงานคณะ

กรรมการตรวจเงินแผ่นดินแห่งชาติ(คตช.) สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง(กกต.) ศาลปกครอง ศาลรัฐธรรมนูญ ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้การใช้อำนาจรัฐมีความโปร่งใสมากขึ้น

2) การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผลจาก มาตรา 284 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ.2540) จึงได้มีการตรา พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ซึ่งมีสาระที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อการสาธารณสุขคือ รัฐต้องถ่ายโอนภารกิจการให้บริการด้านสาธารณสุข ตาม มาตรา 16 (19) และมาตรา 17 (19) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใน 4 ปี พร้อมทั้ง กำหนดให้รัฐจัดสรรภาษีอากร เงินอุดหนุน และรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรายได้รัฐ ภายใน พ.ศ.2544 และไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ภายใน พ.ศ.2549 ทั้งนี้ต้องจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจและการจัดสรรรายได้ให้กับท้องถิ่นภายใน 1 ปี(ภายใน มกราคม พ.ศ.2544) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามสาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ จะพบว่า ภารกิจของสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงระดับตำบล คือ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานเฝ้าระวัง อยู่ในข่ายที่จะต้องมีการถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ส่วนจะมีลักษณะการถ่ายโอนแบบใดขึ้นกับคณะกรรมการ ฯ ตาม พ.ร.บ. ฉบับนี้จะกำหนด ภายในเวลา 1 ปี(ภายในมกราคม พ.ศ.2544)

นอกจากนี้หากพิจารณาเรื่องการจัดสรรรายได้ของรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงร้อยละ 35 ใน พ.ศ.2549 อาจหมายถึง งบประมาณของรัฐในส่วนกลางด้านสาธารณสุขต้องลดลงถึงกว่าร้อยละ 50 หรืออาจถึงร้อยละ 70 ก็ได้ เพราะงบประมาณหน่วยกิจกรรมไม่มีการถ่ายโอน(เช่น การคลัง การป้องกันประเทศ)

3) การปฏิรูประบบราชการ จะดำเนินการให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญใหม่ โดยได้จัดทำแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ซึ่งจะครอบคลุมแผนการเปลี่ยนแปลงใน 5 ด้าน คือ การปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจโดยลดบทบาทภาครัฐและส่งเสริมบทบาทภาคเอกชนและประชาชนให้มากขึ้น การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณจากการมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากร เป็นมุ่งเน้นผลผลิตและผลลัพธ์ของงานและการกระจายอำนาจการจัดทวงงบประมาณให้ท้องถิ่น การปรับเปลี่ยนระบบบริหารบุคคล การปรับเปลี่ยนกฎหมาย และการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยม โดยรณรงค์และส่งเสริมจริยธรรมของเจ้าหน้าที่รัฐให้มุ่งที่ประโยชน์ของประชาชน

รัฐมีนโยบายชัดเจน ที่จะจำกัดกำลังคนภาครัฐ โดยลดจำนวนข้าราชการลง และมีการตรา พ.ร.บ.องค์กรมหาชนขึ้นใน พ.ศ.2542 ซึ่งก่อให้เกิดองค์กรของรัฐที่มีอำนาจในการ

บริหารจัดการ มีขนาดเล็กแต่คล่องตัวมากขึ้น และมีแนวโน้มที่โรงพยาบาลและสถานศึกษาของรัฐ จะออกนอกกรอบ

4) การปฏิรูประบบสุขภาพ ผลจากกระแสการปฏิรูปทั้งภายในและภายนอกประเทศ ทำให้เกิดการออกกระเปาะนโยบายสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นโดยจะต้องดำเนินการออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพภายใน 3 ปี รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบสุขภาพ(ภายใน 8 สิงหาคม พ.ศ.2546) ซึ่งจะมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอันเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ

กระแสการปฏิรูปดังกล่าว ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทั้งหมดอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพระดับต้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมไทย

สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพระดับต้น

เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน พบว่าประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพในอนาคต จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มอายุ	ปัญหาสุขภาพในอนาคต	ความต้องการบริการด้านสุขภาพที่สำคัญ
ทารก เด็ก	- ทุพโภชนาการ - ปัญหาพัฒนาการของเด็ก	การให้คำแนะนำเรื่อง การตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูเด็กและพัฒนาการของเด็ก การวินิจฉัยและดูแลโรคอย่างง่าย ๆ โดยครอบครัว บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลใกล้บ้าน
วัยแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานอพยพจากชนบท	- อุบัติเหตุ โรคเอดส์ มะเร็ง การใช้สารเสพติด ความเครียด โรคที่เกิดจากการทำงาน	การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและการทำงาน ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ผู้สูงอายุ	- โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพาต โรค มะเร็ง ปัญหาการขาดความอบอุ่น ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	การส่งเสริมสุขภาพ บริการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ควรจัดบริการสุขภาพในระดับต้น (Primary Care) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมประชาชนทั้งหมด เพราะบริการสุขภาพระดับต้นสามารถให้บริการในลักษณะผสมผสานและองค์รวมได้ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต

เช่น โรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่นับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนในการจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้นไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับการจัดบริการที่โรงพยาบาล การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น จะต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (Gate Keeper) โดยประชาชนต้องมาใช้บริการก่อนไปสู่สถานบริการในระดับอันที่สูงขึ้น จะช่วยกลั่นกรองให้ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้รับบริการที่เหมาะสมที่สถานบริการสุขภาพระดับต้น

3.2 ผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

การมีระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสังคมไทยหรือไม่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน คิดอย่างไรกับเรื่องนี้ ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว แต่เนื่องจากข้อจำกัดทางระยะเวลา ความคิดเห็นที่ได้จากการสำรวจจึงเป็นเพียงความคิดเห็นของคนบางกลุ่มที่เกี่ยวข้องโดยตรงเท่านั้น และกลุ่มที่แสดงความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นผู้นำทั้งในและนอกกระบวนการสาธารณสุข รวมทั้งผู้นำชุมชน ซึ่งยังไม่มีประชาชนทั่วไปจริง ๆ ผลการสำรวจสรุปได้ดังนี้

3.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน รวม 218 คน พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามมีตำแหน่งหน้าที่หรือสถานะเป็นกลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ คือ ร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นกลุ่มองค์กรเอกชน/องค์กรวิชาชีพ กลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขส่วนกลาง และกลุ่มผู้นำชุมชน/ประชาชน (ตารางที่ 3.4)

** ชาวบ้านซึ่งมีจำนวนมากที่สุดแต่มีส่วนตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด น่าจะสอบถามมากขึ้นในเวทีอื่น ๆ ที่มีชาวบ้านมามาก หรือให้ ABAC Poll ทำ Poll

* เป็นผู้ที่ถูกเชิญเข้าร่วมประชุมแผนพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ณ โรงแรมนารายณ์ เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2543

ตารางที่ 3.4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่หรือสถานะ

ตำแหน่ง/สถานะ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้บริหารสาธารณสุขส่วนกลาง	20	9.4
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	22	10.3
นักวิชาการ/อาจารย์*	121	56.8
ผู้นำชุมชน/ประชาชน	13	6.1
องค์กรเอกชน/องค์กรวิชาชีพ	37	17.4
ไม่ระบุ	5	
รวม	218	100.0

หมายเหตุ : *ได้แก่ หัวหน้างานแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/นักวิชาการสาธารณสุขส่วนกลาง/อาจารย์มหาวิทยาลัย

3.2.2. ความคิดเห็นต่อการมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว^{*}

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.8 แสดงความคิดเห็นว่า **คนไทยทุกคนควรมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว** โดยกลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกคน แสดงความคิดเห็นว่าควรมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว รองลงมา คือ กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ สำหรับกลุ่มผู้ตอบที่แสดงเหตุผลว่ายังไม่จำเป็นต้องมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มีร้อยละ 4.2 (ตารางที่ 3.5) โดยให้เหตุผลว่า “ควรพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ (Minimum Standard) ก่อนจึงค่อยคิดที่จะดำเนินการในเรื่องนี้” และอีกเหตุผลหนึ่งคือ “การดำเนินการดังกล่าวเป็นการจำกัดสิทธิของประชาชนและเป็นไปได้ยากที่จะดำเนินการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว”

* ผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ไม่สลับซับซ้อน รวมถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ

ตารางที่ 3.5 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามความคิดเห็นต่อการมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ความคิดเห็น	ผู้บริหาร สาธารณสุข ส่วนกลาง		สสจ./ ผอ.รพศ/ รพท.		นักวิชาการ/ อาจารย์		ผู้นำชุมชน/ ประชาชน		องค์กรเอก ชน/องค์กร วิชาชีพ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยังไม่จำเป็นต้องมี	2	10.0	0	0.0	3	2.5	2	15.4	2	5.4	9	4.2
ควรจะมี	18	90.0	22	100.0	118	97.5	11	84.6	35	94.6	204	95.8

3.2.3 ระยะเวลาที่ควรจะเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

สำหรับกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่แสดงความคิดเห็นว่าคนไทยทุกคนควรจะมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวได้ให้ทัศนะว่า **ควรเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวทันที** ถึงร้อยละ 84.3 ส่วนที่เหลือ คือร้อยละ 15.7 เห็นว่า ควรรออีกสักกระยะหนึ่งก่อน (ตารางที่ 3.6) โดยให้เหตุผลดังนี้

1) กลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ให้รออีกสักกระยะหนึ่งเนื่องจากการกระจายบุคลากรสาธารณสุขยังมีปัญหาจึงทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในบางพื้นที่โดยเฉพาะในชนบท ประกอบกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นมีหลายประเภทและแต่ละประเภทยังมีคุณภาพไม่ทัดเทียมกัน นอกจากนี้เห็นว่าก่อนที่จะดำเนินการอะไรควรทำความเข้าใจของระบบดังกล่าวให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าใจก่อน

2) กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ ให้รอไปอีกสักกระยะหนึ่งก่อนเนื่องจากเห็นว่า ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นควรรับรู้ถึงการปรับบทบาทของตนก่อน และเห็นว่าควรต้องเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนและชุมชนก่อนเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจก่อนตัดสินใจใช้ระบบนี้

3) กลุ่มผู้นำชุมชน/ประชาชน ให้รอไปอีกสักกระยะหนึ่งก่อนเนื่องจากเห็นว่า ปัจจุบันยังขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น

ตารางที่ 3.6 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาที่ควรจะเริ่มดำเนินการ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ควรเริ่มทันที	172	84.3
ควรรออีกสักกระยะหนึ่ง	32	15.7
รวม	204	100.0

3.2.4 หน่วยงานหรือองค์กรที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบครึ่ง แสดงความคิดเห็นว่าหน่วยงานหรือองค์กรที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตชนบทคือ **สถานีอนามัย** รองลงมาคือศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน สำหรับหน่วยงาน/องค์กรที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตเมือง คือ **ศูนย์บริการสาธารณสุข** นอกจากนี้ยังเห็นว่าสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวที่สามารถให้บริการได้ทั้งในเขตเมืองและชนบท คือ **คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชน** และมีร้อยละ 14.2 ของผู้ตอบที่แสดงความคิดเห็นว่า สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวอาจจะเป็นที่ไหนก็ได้ที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก หรือไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพของชุมชนเอง (ตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.7 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับหน่วยงานหรือองค์กรที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
คลินิกแพทย์	47	23.0
ร้านขายยาที่มีเภสัชกร	22	10.8
สถานีอนามัย (เขตชนบท)	97	47.5
โรงพยาบาลชุมชน	42	20.6
ศูนย์บริการสาธารณสุข (เขตเมือง)	55	27.0
ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน	66	32.3
สถานพยาบาลที่ผู้ให้บริการมีใบแพทย์	28	13.7
อื่น ๆ (ที่เห็นก็ได้ที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก หรือไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพของชุมชนเอง)	29	14.2

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ (จากจำนวนผู้ตอบ 204 คน)

3.2.5 ประเภทของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

นอกจากแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพแล้ว ผู้ตอบร้อยละ 63.7 แสดงความคิดเห็นว่า ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวควรจะเป็นพยาบาล รองลงมาคือ พนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข (ตารางที่ 3.8)

ตารางที่ 3.8 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ประเภทบุคลากรผู้ให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล	130	63.7
พนักงานอนามัย	88	43.1
เภสัชกร	42	20.6
อาสาสมัครสาธารณสุข	72	35.3
แพทย์แผนไทย	43	21.1
แพทย์ประจำบ้าน	1	0.5
อื่น ๆ *	40	19.6

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ (จากจำนวนผู้ตอบ 204 คน)

* หมายถึง ทันตแพทย์/ทันตภิบาล ผดุงครรภ์/พยาบาลระดับต้น ผู้นำสุขภาพในครอบครัว กลุ่มอาสาสมัครจากด้านต่าง ๆ ที่มีความรู้ความสนใจด้านสุขภาพ คนในครอบครัวที่ผ่านการฝึกอบรมหรือใครก็ได้ที่ผ่านการอบรมอย่างมีคุณภาพและมีมนุษยสัมพันธ์ดี

3.2.6 ความคิดเห็นต่อการที่รัฐจะจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวโดยให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.9 แสดงความคิดเห็นว่า การให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวนั้นมีความเหมาะสมสำหรับสังคมไทย โดยกลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แสดงความคิดเห็นว่ามีความเหมาะสมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ (ร้อยละ 95.5) รองลงมาคือ กลุ่มผู้นำชุมชน/ประชาชน ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขส่วนกลาง (ตารางที่ 3.9) โดยให้เหตุผลไว้ดังนี้

กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขส่วนกลางได้ให้เหตุผลว่า “ทำให้ทราบประวัติสุขภาพ ครอบครัว รวมทั้งสามารถติดตามได้ง่ายเป็นการควบคุมโรคไปในตัวด้วย” และ “มีความสะดวก และมั่นใจว่าจะได้รับบริการโดยไม่ถูกปฏิเสธ หากคุณภาพบริการไม่ดี ประชาชนสามารถแจ้ง ร้องเรียนได้”

กลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปได้ให้เหตุผลว่า “คุ้มค่า เป็นธรรม ถ้าทำได้อย่างมีมาตรฐาน”

กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ได้ให้เหตุผลโดยสรุปว่า

- (1) ทำให้ประชาชนสามารถรับบริการได้สะดวก รวดเร็วขึ้น แต่สถานบริการต้องมีศักยภาพเพียงพอและคุณภาพของระบบบริการต้องได้มาตรฐานที่เท่าเทียมกัน
- (2) ทำให้ประชาชนมีหลักประกันในการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง
- (3) ทำให้ทราบถึงความครอบคลุมในการให้บริการสุขภาพอันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนด้านสุขภาพอนามัย
- (4) มีขอบเขตรับผิดชอบในการให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม
- (5) เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจรวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม
- (6) ทำให้ประชาชนมีวินัยในการใช้บริการสุขภาพ

กลุ่มผู้นำชุมชน/ประชาชนได้ให้เหตุผลว่า “ทำให้สะดวกขึ้น สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึงเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น” และ “มีประวัติ ทำให้มีความต่อเนื่องในการติดตาม”

สำหรับกลุ่มผู้ตอบที่แสดงเหตุผลว่าไม่เหมาะสม มีร้อยละ 18.1 (ตารางที่ 3.9) โดยให้เหตุผลไว้ดังนี้

กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขส่วนกลางได้ให้เหตุผลว่า “เป็นการบังคับประชาชน ขัดต่อรัฐธรรมนูญ”

กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ได้ให้เหตุผลว่า

“โดยพื้นฐานนิสัยของประชาชนรักความเป็นอิสระ ไม่ชอบระบบผูกขาด ขอบลอง”

“เหมือนถูกจำกัดสิทธิ ไม่สามารถเลือกสถานบริการได้ ควรให้ประชาชนเลือกสถานบริการสุขภาพได้ตามความพอใจ”

“คุณภาพการให้บริการและสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ยังไม่เพียงพอ”

กลุ่มผู้นำชุมชน/ประชาชนได้ให้เหตุผลว่า “วัฒนธรรมของคนไทยไม่ค่อยสนใจเรื่องสุขภาพเท่าที่ควร จะสนใจเฉพาะเวลาเจ็บป่วยแล้วเท่านั้นทำให้ประชาชนขาดความสนใจไปขึ้นทะเบียน ดังนั้นควรจะได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลใดก็ได้ที่ใกล้เมื่อเขาเจ็บป่วยจะดีกว่า”

ตารางที่ 3.9 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความคิดเห็นต่อการให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ความคิดเห็น	ผู้บริหาร สาธารณสุข ส่วนกลาง		สสจ./ ผอ.รพศ/ รพท.		นักวิชาการ/ อาจารย์		ผู้นำชุมชน/ ประชาชน		องค์กรเอก ชน/องค์กร วิชาชีพ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เห็นว่า เหมาะสม	16	88.9	21	95.5	93	78.8	10	90.9	27	77.1	167	81.9
เห็นว่าไม่ เหมาะสม	2	11.1	1	4.5	25	21.2	1	9.1	8	22.9	37	18.1

3.2.7 วิธีการที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ผู้ตอบได้แสดงทัศนะไว้หลากหลาย จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่หรือสถานะไว้ดังนี้

กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขส่วนกลาง ได้ให้เหตุผลว่า....

“จัดระบบประกันสุขภาพรายบุคคล”

“ปฏิรูประบบกฎหมายและระบบการเงินการคลังใหม่ทั้งระบบ”

“ให้ประชาชนมีบัตรสุขภาพประจำตัว เวลาเดินทางไปไหนถ้าเจ็บป่วยสามารถใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพระดับต้นได้โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล”

“ในกรณีเขตเมือง หากคลินิกเอกชนที่มีคุณภาพได้มาตรฐานจะช่วยให้ความครอบคลุมของบริการอย่างทั่วถึง ทำได้ทันที ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดระยะเวลารอคอย ส่วนเขตชนบท พัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนซึ่งมีอยู่ทุกหมู่บ้านให้มีความเข้มแข็ง สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง”

กลุ่มนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้ให้เหตุผลว่า

“ควรมีการปฏิรูปสุขภาพอย่างจริงจัง”

“คำนึงถึงความสะดวกในการเดินทาง คุณภาพของผู้ให้บริการ และความเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูงขึ้น”

“ลดบริการรักษาพยาบาลในแคว้นเล็ก แล้วให้การรักษาพยาบาลในแคว้นกว้างที่ไม่ซับซ้อน”

“กำหนดระบบประกันให้เชื่อมโยงกับระบบบริการระดับต้น ประชาชนสามารถเลือกได้ และมีระบบการเงินการคลังที่ชัดเจน”

“ขึ้นทะเบียนและมีระบบตรวจสอบที่มีคุณภาพจากผู้จ่ายเงิน (กรมบัญชีกลาง กองทุนทดแทน ประกันสังคม ประกันสุขภาพภาคเอกชน)”

“ให้ประชาชนเป็นผู้เลือกและรัฐตามจ่ายค่าบริการ/โอนเงินให้กับสถานบริการ โดยรัฐให้ความรู้และกำกับมาตรฐานที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่”

กลุ่มนักวิชาการ/อาจารย์ ได้ให้เหตุผลสรุปไว้ดังนี้

- (1) กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคประชาชนในลักษณะพหุภาคี ตั้งแต่กระบวนการคิด การวางแผน โดยสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองได้
- (2) จัดโครงสร้างและเครือข่ายการขึ้นทะเบียนบริการสุขภาพระดับต้นให้ชัดเจน แล้วนำเสนอต่อประชาชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการสุขภาพโดยอิสระ
- (3) พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการทั้งด้านองค์ความรู้ สร้างความเชื่อถือและความศรัทธา รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- (4) พัฒนาคุณภาพบริการ ลดขั้นตอนในการรับบริการให้สะดวกยิ่งขึ้น รวมทั้งจัดระบบการส่งต่อ (Referral System) ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- (5) ปรับแนวคิดและวิธีการทำงานที่มุ่งเน้นบริการสุขภาพเชิงรุก
- (6) ใช้หลักประกันสุขภาพเป็นเงื่อนไข
- (7) ประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงทุกรูปแบบผ่านสื่อมวลชน

กลุ่มผู้นำชุมชน/ประชาชน ได้ให้เหตุผลว่า

“สร้างคนทำงานในชุมชนที่มีใช้เป็นภาคราชการ แต่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเอกชนกับราชการ ลดบทบาทในภาคราชการลงมาเป็นผู้สนับสนุนร่วมกันแก้ไขปัญหามากกว่าชี้แนะ”

“ใช้แนวคิดแบบมินิมาร์ท (7-eleven) โดยให้บริการขั้นพื้นฐานทุกเรื่อง ตลอดเวลา ราคาไม่แพง”

“เน้นการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพต่อประชาชนเป็นพื้นฐานโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ”

“ให้องค์กรปกครองท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และการสร้างจิตสำนึกชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ”

กลุ่มองค์กรเอกชน/องค์กรวิชาชีพ ได้ให้เหตุผลว่า

“การจัดองค์กรประชาคมสุขภาพเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนชุมชน”

“ต้องเน้นการมีส่วนร่วมและการประสานทรัพยากรจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมและการประสานทรัพยากรในท้องถิ่น”

โดยสรุปแล้วการที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง จำเป็นต้อง

1. จัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ทำให้ประชาชนสะดวกมากที่สุด
2. พัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นที่เชื่อถือแก่ประชาชน
3. พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นให้ประชาชนเชื่อถือ
4. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงของบริการสุขภาพระดับต้นกับบริการที่สูงกว่า
5. ใช้หลักประกันสุขภาพเป็นเงื่อนไข โดยจัดระบบประกันสุขภาพให้เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับต้น
6. กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคประชาชน
7. ปฏิรูประบบสุขภาพอย่างจริงจัง

8. ใช้เวทีประชาคมสุขภาพเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนชุมชน และสังคม
9. การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทุกรูปแบบ
10. ปฏิรูประบบการเงินการคลังใหม่ทั้งระบบ
11. พัฒนาเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพระดับต้น

3.2.8 สรุปความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

จากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว พบว่า คนไทยทุกคนควรมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และส่วนใหญ่เห็นว่าควรเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวทันที

สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตชนบท คือ สถานีอนามัย รองลงมาเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนในเขตเมือง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชน ที่เห็นว่าควรเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นทั้งในเขตเมืองและชนบท และยังมีผู้เห็นว่า สถานบริการสุขภาพระดับต้นอาจจะเป็นที่ไหนก็ได้ที่ประชาชนไปใช้บริการได้สะดวก

นอกจากแพทย์แล้ว ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ควรเป็นพยาบาล รองลงมาเป็นพนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข

การที่รัฐจะจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้านนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสม เพราะทำให้ประชาชนมีหลักประกันในการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่รัฐต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกัน ส่วนผู้ที่เห็นว่าไม่เหมาะสม เพราะเป็นการบังคับประชาชน และทำให้ประชาชนรู้สึกเหมือนถูกจำกัดสิทธิในการเลือกไปรับบริการ

วิธีการที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง คือ จัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่ทำให้ประชาชนสะดวกที่สุดรวมทั้งต้อง พัฒนาคุณภาพบริการและศักยภาพผู้ให้บริการ จัดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ปฏิรูประบบสุขภาพ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กันไป

3.3 มุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ ต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

นอกจากจะดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ซึ่งทำในลักษณะโพลล์สำรวจความคิดเห็นในเชิงปริมาณเท่านั้น แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพเชิงลึก จึงได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพ นักการเมืองและผู้นำชุมชน จำนวน 10 ท่าน ตามแนวคำถามสัมภาษณ์ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก เอกสารหมายเลข 2 และ 3) เพื่อดำเนินการมองของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อระบบการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว อันจะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ที่ครอบคลุมทั่วถึงคนไทยทุกคน ตลอดจนสอดคล้องกับสังคมไทย อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวที่เหมาะสม

สำหรับผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปได้ดังนี้

3.3.1 แนวคิดต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวไว้หลายทัศนะไม่ว่าจะเป็นส่วนที่เห็นด้วยว่าควรจะต้องมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว หรือเห็นว่าการที่จะจัดบริการในลักษณะดังกล่าวได้ จะต้องมีการพัฒนาด้านอื่นควบคู่กันไป และเห็นว่าควรจะต้องเริ่มจากการสร้างสุขภาพของคนในสังคมก่อน จึงค่อยมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

"...ผมมองว่าบริการที่มีคุณภาพมันเกิดขึ้นมาได้ก็ต่อเมื่อมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ คนที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นได้ก็คือ หนึ่ง ต้องอยู่ใกล้เขา ต้องมีเวลาพบปะกับเขามากพอ ในกรณีอย่างนี้จะเห็นได้ว่าคนที่อยู่ระดับปลาย หรือส่วนที่เราเรียกว่า **บริการสุขภาพระดับต้น** จะมีเงื่อนไขตรงนี้ได้มากกว่าคนอื่น เรื่องของความสัมพันธ์เป็นปัจจัยพื้นฐาน จะทำให้เกิดสิ่งที่เราเรียกว่า บริการแบบองค์รวมให้เกิดขึ้นมาได้ เพราะว่าถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการแล้ว ปัญหาที่เป็นปัญหาเชิงองค์รวม ผู้ให้บริการไม่มีโอกาสรับรู้จากคนไข้ได้แน่นอน เพราะว่าคนเรามันเหมือนคนไม่รู้จักกัน มันไม่สื่อสารกันให้ออกทุกด้าน...."

นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

".....คือจริง ๆ บริการใกล้บ้านมันมีอยู่แล้ว ชาวบ้านทุกบ้านเขามีใกล้บ้านอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าเราเองรู้สึกว่ามันไม่ชัดเจน เช่น เวลาเจ็บป่วยเขาอาจจะเลือกไปที่คลินิก หรือเจ็บป่วยก็อาจจะอยู่กับหมอพระ หมอตำบลที่บ้าน ตรงนี้มันมีความหลากหลายอยู่ในตัวชาวบ้านอยู่แล้ว...."

นพ.อภิสิทธิ์ อังรารวงกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์

".....ถ้าพูดถึงบริการสุขภาพขั้นต้น หมายถึงแค่โรงพยาบาล อันนั้นเป็นเรื่องสุขภาพของแพทย์ไม่ใช่สุขภาพของคนไทย การบริการขั้นต้นมันควรที่จะครอบคลุมถึงสุขภาพทุก ๆ ส่วนของคนไทย ถ้าไม่ยอมรับว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ถูกทำร้ายไป สุขภาพทางจิตใจ สุขภาพทางสังคมที่ถูกทำร้าย เป็นสุขภาพระดับต้นด้วย ก็จะเป็นอะไรที่ไม่ใช่สุขภาพของชีวิต..... บริการสุขภาพนี้ไม่หมายถึงสาธารณสุข แต่เป็นบริการระดับต้นทางกาย จิตวิญญาณ และทางสังคม ซึ่งถ้าไม่มองที่พวกนี้ มันก็ไม่ใช่บริการสุขภาพระดับต้น จะเป็นแค่ที่สุดท้ายก่อนเอาคนเข้าไปในโรง ทำให้โรงสวยงามแล้วยกได้เรียบร้อย ซึ่งตรงนั้นมันเป็นเรื่องของเทคนิคทางการแพทย์ ใครก็ทำได้...."

นายโสภณ สุภาพงษ์
วุฒิสมาชิก

"...เห็นว่าประชาชนควรมีสถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งขณะนี้อำเภอหาดใหญ่ที่ผมดูแลอยู่มีศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ศูนย์ กระจายอยู่ในชุมชน เราไม่มีหมอไปอยู่ประจำตามศูนย์ แต่ว่าเรามีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ และ อสม. จะประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพในศูนย์นั้น ซึ่งเรามีการจัดให้หมอไปตรวจประชาชนที่มารับบริการวันละชั่วโมงหรือสองชั่วโมง และเดี๋ยวนี้ศูนย์ฯ ได้ทำประวัติของครอบครัวไว้ ประวัติครอบครัวนี้หมอจะรู้ว่าคนไหนเป็นอะไร เวลาไม่สบายและหมอได้ให้ยาแล้ว อสม. หรือพยาบาลที่อยู่ก็สามารถจะให้คำแนะนำเรื่องยาให้คนไข้ได้ถูก...."

นายเกรียง สุวรรณวงศ์
นายกเทศมนตรีหาดใหญ่

".....ความจริงโดยหลักก็คงถูกต้องว่า เบื้องต้นควรมีสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านที่จะให้บริการเบื้องต้นได้ มันก็คล้ายกับหลักการที่เราอยากให้เด็กเข้าเรียนใกล้บ้าน แต่ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ถ้าคนยังไม่มั่นใจในสถานบริการใกล้บ้าน เราก็ไม่สามารถจะทำให้เป็นจริงได้ จึงต้อง

พัฒนาคุณภาพสถานบริการ การกระจายอำนาจให้คนในท้องถิ่นมีบริการที่ครบวงจรที่เขามั่นใจ
ได้....."

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

"...เห็นด้วย เพราะว่าโรงพยาบาลค่อนข้างจะแน่นมาก และมีงานวิจัยที่แสดงว่า
90% ของคนที่ไปโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัด สามารถได้รับการไถ่บ้าน
ถ้ามีบริการที่ดี ถ้าสามารถทำให้ประชาชนได้รับบริการพื้นฐานไถ่บ้าน ในเรื่องที่ไม่จำเป็นที่จะต้อง
ต้องไปโรงพยาบาล ก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการเองและทำให้คนที่ป่วยโรคชัดเจนว่าต้องไปโรง
พยาบาลมีโอกาสนี้จะได้รับบริการที่ดีกว่าด้วย..."

อาจารย์จอน อึ้งภากร
วุฒิสมาชิก

"...ก็เห็นด้วย ผมว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ เรื่องการบริการต้องครอบคลุม ต้องเป็น
การบริการแบบผสมผสานทั้ง เรื่องส่งเสริมสุขภาพ เรื่องป้องกันโรค เรื่องรักษาพยาบาล รวมทั้ง
เรื่องข้อแนะนำทางด้านการฟื้นฟูอะไรต่าง ๆ ได้ด้วย ในส่วนนี้ผมว่ามันจำเป็นและมันสำคัญ
สำคัญที่สุดก็คือเรื่องของการที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทุกคน ถ้ามองดูในเชิงของประสิทธิ
ภาพ ในเชิงต้นทุนต่อหน่วยของการบริการ ทั้งการให้บริการกับทางประชาชนเองที่มาขอรับบริการ
ก็คงจะต่ำกว่าการที่จะไปอยู่ที่ไถ่บ้าน ในแง่ของพฤติกรรมของการใช้บริการต่าง ๆ ก็จะได้เป็น
ระบบมากขึ้น แต่ว่าจะต้องคำนึงถึงก็คือเรื่องของระบบที่จะกำกับดูแล รวมทั้งในการส่งเสริมการ
พัฒนาเรื่องของคุณภาพของการบริการของกลุ่มนี้ด้วย เพราะฉะนั้นถ้าเราสามารถจัดระบบให้ผู้คน
ได้มีหน่วยบริการระดับต้น ก็จะเป็นจุดที่ดี ค่าใช้จ่ายก็จะต่ำ แต่สำคัญที่สุดก็คือเรื่องการพัฒนา
คุณภาพ..."

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

"...ผมจะบอกว่าหน้าที่คือรักษาคนป่วยที่ป่วยทางกายอย่างเดียวไม่พอแล้ว
ต้องมารักษาถึงที่ครอบครัว เช่นมาที่ครอบครัวบอกว่า ถ้ากินอาหารก็ควรจะมีอาหารปลอดภัย
พิษ ต้องให้ความรู้กันตั้งแต่เรื่องการกิน การอยู่ และการออกกำลังกาย เพื่อให้คนในครอบครัวมีสุข
ภาพดี ก็ไม่ป่วยมาก ก็ไม่จำเป็นจะต้องไปใช้โรงพยาบาล แต่ตอนนี้ราชการไปเล่นซีทีขึ้นกับจำนวน

เดียวกับคนป่วยคือ ถ้าคนป่วยมากชุกก็สูงขึ้น ผมว่าน่าจะทำประชากรมาเป็นหลัก ถ้าหมอคนนี้ดูแลประชากรจนไม่ป่วย ก็ควรจะให้ชุกสูง เพราะสามารถสกัดคนไม่ให้ป่วย..."

ครูชบ ยอดแก้ว

ผู้นำชุมชนบ้านน้ำขาว

อ.จะนะ จ.สงขลา

"...เรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) ยังใช้ได้อยู่ และยังคงเป็นเป้าหมายหลักในการจัดบริการ เพื่อจะให้ทุกคนได้เข้าถึงระบบสุขภาพที่จะให้สุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมองจากข้างบนลงข้างล่างไม่ได้อีกแล้ว เพราะฉะนั้นในเรื่องที่จะให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้มแข็งและจัดให้เข้าระบบสุขภาพได้ จึงต้องเริ่มจากครอบครัวและชุมชน เราทำอย่างเก่าไม่ได้แล้ว เพราะทำอย่างเก่าลงไม่ถึงประชาชนซักที..."

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

อธิการบดีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

".....ถ้ามีนโยบายอย่างนั้นก็ดี ควรจะต้องวางยุทธศาสตร์ว่าในเมืองใหญ่ที่มีอำนาจซื้อ (purchasing power) ของคนในชุมชนสูง มักจะมีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรและพยาบาลต่อประชากร ต่ำมาก อาจจะ over supply (มีเกินพอ) ของแพทย์และพยาบาลเกินไปแล้วบางส่วน ถือว่าเป็นโอกาสทองของการสร้างระบบที่เอนเอียงไปสู่ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งจะนำไปสู่เรื่องของการจัดบริการสุขภาพระดับต้น เพราะในเมืองเกือบทุกครัวเรือนจะมีโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องสุขภาพและการบริการต่อเนื่องที่บ้าน น่าจะทำได้เพราะว่ามันไม่ได้ข้ามเขา ข้ามแม่น้ำ มันอยู่ในเมืองหมด นอกจากนั้นแล้วในชุมชนพวกนี้มักจะมีผู้สูงอายุมาก ซึ่งเขาต้องการบริการที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน....."

นพ.ดำรงค์ บุญยืน

อดีตอธิบดีกรมอนามัย

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวดังกล่าว มีหลากหลาย เพราะผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านมีประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการในลักษณะดังกล่าวอยู่แล้วในพื้นที่ บางท่านเป็นนักคิดและนักวิชาการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิ ทำให้ความเห็นที่แสดงไว้มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละท่าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 กลุ่มที่เห็นด้วยกับการจัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวขึ้นเนื่องด้วยเหตุผลดังนี้

1. แบบแผนการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน ยังไม่เป็นระบบ ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้บริการข้ามขั้นตอน ซึ่งส่วนใหญ่เลือกใช้บริการในสถานบริการที่สูงกว่า สถานบริการระดับต้น ซึ่งเกินความจำเป็น

2. ท่าเล ที่ตั้ง รวมทั้งโครงสร้างของสถานบริการระดับต้นประจำครอบครัว เชื่อให้ประชาชนสามารถได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการได้

นอกจากนี้ ได้เสนอว่าหากมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว จะต้องมีการพัฒนาในเรื่องต่าง ๆ ควบคู่ไปด้วยดังนี้คือ การจัดบริการที่คำนึงถึงองค์ประกอบของสุขภาพในมิติอื่น ๆ อาทิ สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณ สังคม การศึกษา ฯลฯ การพัฒนาคุณภาพสถานบริการใกล้บ้าน การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นจัดบริการที่ครบวงจร การประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน และการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ

ลักษณะที่ 2 แสดงความเห็นที่สอดคล้องกับลักษณะที่ 1 คือเห็นว่ามี การจัดบริการสุขภาพระดับต้นอยู่แล้วในสังคมไทย เพราะปัจจุบันประชาชนก็ไปใช้บริการในสถานบริการที่คนนิยมและเป็นที่ยอมรับ ทั้งสถานบริการที่ถูกกฎหมาย และสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น หมอเถื่อน หมอพื้นบ้าน ร้านขายยา ฯลฯ ดังนั้น รัฐจึงต้องเข้าไปพัฒนาสถานบริการดังกล่าวให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยใช้มาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมกับสถานบริการใกล้บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานบริการใกล้บ้านที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับ รัฐต้องเข้าไปพัฒนาคุณภาพบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งให้ประชาชนและชุมชนเข้าไปตรวจสอบและดูแลสถานบริการเอง

ลักษณะที่ 3 แสดงความเห็น ว่า ต้องมีการสร้างสุขภาพของคนในสังคมก่อน จึงค่อยมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว กล่าวคือ สุขภาพต้องเริ่มจากการสร้างตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้เข้มแข็ง โดยสร้างสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การสร้างสุขภาพทางกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม ให้ยั่งยืน ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ป่วยง่าย จะได้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยลง รวมทั้งมองว่าการสร้างสุขภาพเป็นหน้าที่ของคนไทย และทุกคนควรที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3.2 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็น เกี่ยวกับผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ด้วยการใช้หลักเกณฑ์ต่างๆ เช่น การพิจารณาโดยใช้พื้นที่บริการ หรือ ลักษณะบริการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

"...ถ้าเป็นหมอจะทำให้ค่าใช้จ่าย (Cost) สูง ถ้าเราสามารถดำเนินยุทธศาสตร์ในพื้นที่เขตชนบทโดยไม่ใช้หมอโดยที่ประชาชนยอมรับบุคลากรประเภทนั้น อาจจะเรียกว่า พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือเรียกชื่อใหม่ว่า พยาบาลเวชกรรมป้องกัน ค่าใช้จ่ายจะน้อยกว่าหมอ แต่ว่าระบบจะต้องออกแบบ (Design) ให้บุคลากรพวกนี้เป็นที่ยอมรับของประชาชน ถ้าประชาชนมาใช้บริการก็ต้องยอมรับบุคลากรที่ไม่ใช่หมอ และหมอก็ต้องยอมรับในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่จะมาทำหน้าที่ให้บริการ..."

นพ.ดำรงค์ บุญเย็น

อดีตอธิบดีกรมอนามัย

"...นอกจากแพทย์ก็จะเป็นพยาบาล เกสซ์กรก็ได้ หรือผู้ที่จบด้านสาธารณสุข แต่ควรจะได้รับการฝึกอบรมในบทบาทที่ตัวเองทำ รวมทั้งหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย ควรเข้ามาจดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลเบื้องต้นได้เหมือนกัน ผมคิดว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่คนที่ทำการรักษาไม่ใช่หมอ แต่มันขึ้นกับประสบการณ์ของชาวบ้านว่าไปแล้วได้รับการรักษาในระดับไหน ดังนั้นผมมองว่าน่าจะขยายขอบเขตการรักษาของพยาบาล เจ้าหน้าที่ สอ. ให้มากขึ้น โดยอาจจะต้องปรับปรุงกฎหมายให้เปิดกว้างขึ้น..."

อาจารย์จอน อึ้งภากร

วุฒิสมาชิก

"...มองการทำงานเป็นทีมซึ่งจะมีทั้งแพทย์ ทั้งพยาบาล ทั้งบุคลากรอื่นๆ ทำกันเป็นคณะอย่างนั้นผมคิดว่าจะน่าจะเป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด..."

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

"...คนที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐกับอาสาสมัคร เมื่อก่อนหมอมีนหน้าที่อย่างเดียวคือหน้าที่ตรวจคนไข้ แล้วก็รักษา ฉีดยา ต่อไปหมอมี

หน้าที่ดูแลคนอย่าให้คนป่วย ผมว่าต่อไปนี่หมอเป็นผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพที่สูงที่สุดเหนือกว่าเจ้าหน้าที่ เป็นผู้ดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม ผมว่าถ้าเราใช้ อสม. ซึ่งในปัจจุบัน มีการพัฒนาให้มากขึ้น มีการอบรมให้ความรู้ให้มากขึ้น และให้มีความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลมากขึ้น จะเป็นผู้ช่วยได้..."

ครูชบ ยอดแก้ว

ผู้นำชุมชนบ้านน้ำขาว

อ.จะนะ จ.สงขลา

"...ผู้ให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขของผม คือพยาบาล ในแต่ละศูนย์ ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีหน้าที่หลักในการออกเยี่ยมบ้าน และให้บริการดูแลรักษาเบื้องต้น..."

นายเคร่ง สุวรรณวงศ์

นายกเทศมนตรีหาดใหญ่

"...กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาศักยภาพคนไทย โดยให้การศึกษาและอบรมคนในชุมชนให้มีความรู้ ทุกคนในครอบครัวจะได้ลดการใช้เจ้าหน้าที่ดูแล สำหรับผู้ให้บริการต้องมีการปรับการให้การศึกษาใหม่ ซึ่งสถาบันการศึกษาควรพัฒนาหลักสูตรความรู้ ซึ่งเรียกว่า ทฤษฎี 9 ช่อง คือ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ทักษะ และตระหนักถึงคุณค่าทางสังคม โดยต้องมีความรู้ทางด้านวิชาการ วิชาชีพ และวิชาสังคม รู้คุณค่าในชีวิตตนเอง ชีวิตผู้อื่น และตระหนักถึงคุณค่าของชุมชน สังคม และประเทศ..."

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

อธิการบดีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

"...ผมคิดว่าพยาบาลนี้เหมาะ ด้วยเหตุผลก็คือ หนึ่ง คนเหล่านี้เรียนมาทางด้านการรักษาพยาบาลมากพอสมควรถ้าเพิ่มให้อีกหน่อยจะดีมาก ตอนนี้ถึงได้มีหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติขึ้นมา หรือบางคนอาจจะเปลี่ยนเป็นพยาบาลประจำครอบครัว (Family Nurse) หรืออะไรก็ได้แล้วแต่ อันที่สองที่ผมคิดว่าพยาบาลเหมาะเพราะว่าพยาบาลโดยส่วนใหญ่แล้วจะมีทักษะในการสื่อสาร (Communication Skill) ดีกว่าหมอ หมอนี้จะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องทักษะในการสื่อสารสูงมากๆ ขณะที่พยาบาลไม่ค่อยมี กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการมันเกิดขึ้นได้ง่าย เพราะฉะนั้นพยาบาลนี้เหมาะถ้าอบรมต่อก็คือหนึ่ง โดยเฉพาะทักษะในเรื่องของการรักษาพยาบาล หลังจากนั้นแล้วก็จะทำงานตรงนั้นได้โดยมีระบบการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผมว่าไม่ยากหรอกที่จะทำให้คนใช้ศรัทธา ไม่ได้เกี่ยวข้องกับว่าคุณมีคุณอะไร แต่เกี่ยวข้องกับที่ผ่านมามีคุณได้ทำอะไรให้กับเขา จนกระทั่งเขาเกิดศรัทธา แต่มันก็จะค่อย ๆ เริ่มอย่างที่บอก พอเราเริ่มต้นทำงานมากขึ้น เราเริ่มรักษาคอนไชน์แล้วหายมากขึ้น ศรัทธามันก็จะเริ่มสร้างขึ้นกับเรา...."

นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

"... สุขภาพระดับต้นจะเป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ไม่ต้องการเทคโนโลยีสูง แต่ต้องการศีลธรรมสูง จึงยังไม่ต้องการแพทย์เก่ง เพราะแพทย์เป็นบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จึงควรให้บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร มาดูแลสุขภาพทางจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของคนในชุมชน..."

โสภณ สุภาพงษ์

วุฒิสมาชิก

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ในประเด็นเกี่ยวกับผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว สรุปได้ดังนี้

เนื่องจากสุขภาพระดับต้นไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง แต่เป็นบริการสุขภาพที่ต้องดูแลสุขภาพกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคมของทุกคนในสังคม ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว จะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับต้น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสา กศน. เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นต้องมีความรู้ทางวิชาการ วิชาชีพ และวิชาสังคม รู้และตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง ผู้อื่น และสังคม

3.3.3 การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนหนึ่งแสดงความเห็นด้วยว่า ควรมีการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการ ในขณะที่ผู้ทรงคุณวุฒิอีกส่วนหนึ่งเห็นว่าการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกล้วนเป็นการจำกัดสิทธิของผู้รับบริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

"...ผมคิดว่าถ้าประชาชนอาศัยอยู่ในตำบลหนึ่ง เขาน่าจะมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้หลายที่ในตำบลนั้นๆ ไม่ใช่จำกัด อาจจะเป็นสถานเอนามัยหรืออาจจะเป็นคลินิกหมอหรือเป็นอย่างอื่น คือผมไม่อยากจะให้ระบุว่า รับได้เฉพาะตรงนี้หรือตรงนั้น อันนี้ก็อาจจะยุ่งยากกับระบบนิดหน่อย ผมก็รู้....ไม่อยากจะจำกัดว่าเขาจะไปได้ที่เดียว แต่อาจจะจำกัดว่าต้องไปหาสถานที่อยู่ในบริเวณพื้นที่เขาอาศัย แต่อาจต้องยืดหยุ่นนิดหน่อย เช่น ต่างจังหวัดเข้ามาทำงานในกทม. ก็ต้องสามารถย้ายได้เช่นเดียวกันว่าเมื่อย้ายแล้วอาจแจ้งการเปลี่ยนที่พักและสถานที่ที่จะรับบริการในละแวกพื้นที่ใกล้เคียงได้ คืออยากให้ยืดหยุ่นให้คนสามารถเลือกได้และทำให้สถานพยาบาลเองต้องแข่งขันกันให้บริการที่มีคุณภาพ และโดยทั่วไปถ้าประชาชนไม่เจ็บป่วยฉุกเฉินต้องไปสถานบริการระดับต้นก่อน คือไม่เข้าไปที่โรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นระดับชุมชนหรือระดับจังหวัด จนกว่าจะได้รับการส่งต่อ ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง เพราะว่าคงไม่สามารถที่จะวิ่งตามขั้นตอนได้..."

อาจารย์จอน อึ้งภากร
วุฒิสมาชิก

"...ผมจะไม่ชี้ให้ประชาชนต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ เพราะการทำอย่างนั้นมันย้อนรอยยุทธศาสตร์เดิมคือยุทธศาสตร์ที่รัฐมีอำนาจมาก ยุทธศาสตร์ของผมจะบีบบังคับให้คนของรัฐต้องวิ่งไปหาประชาชน คือถ้าเราจัดสรรงบประมาณแบบเอาประชากรหรือพื้นที่เป็นตัวตั้งได้ เราก็จะจัดให้มี Area Health Board เพื่อทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณและพิจารณาความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายงบประมาณหรือเงินบำรุง ว่าจะให้แก่สถานเอนามัยหรือโรงพยาบาลในชุมชนเท่าไร ซึ่งสถานบริการเมื่อได้รับเงินแล้วก็จะแยกหน้าที่ให้ชัดเจนว่า หน้าที่เขามีอะไรบ้าง ถ้ามีหน้าที่ให้บริการสุขภาพระดับต้นก็จะแบ่งเงินให้เขาไปบริหารงบประมาณให้พอและห้ามก่อกวนนี้ โวยวายเรียกร้องขอเงินเพิ่ม จึงทำให้สถานบริการต้องรับผิดชอบต่อประชากรที่เขาดูแลอยู่ และต้องไม่ทำให้คนเจ็บป่วย ยุทธศาสตร์นี้จะทำให้เขาจะต้องวิ่งไปหาประชาชน ไม่ใช่ประชาชนวิ่งไปหาเขา ทำให้งานบริการสุขภาพระดับต้นเกิดอย่างจริงจัง..."

นพ. ดำรงค์ บุญยืน
อดีตอธิบดีกรมอนามัย

"...ถ้าจะให้บริการใกล้บ้านเป็นระบบ การลงทะเบียนก็จะเป็นประโยชน์ แต่ต้องทำให้เขามีความรู้สึกว่าเขาไม่ได้สูญเสียทางเลือก ถ้าเขามีความรู้สึกถูกบังคับหรือถูกจำกัดอยู่กับสถานบริการที่เขาไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ คิดว่าความยอมรับก็น่าจะไม่เกิดขึ้นต้องไปแก้ปัญหา

ตรงนั้นก่อน ถ้ามีบริการใกล้บ้านที่ดีและสะดวก คงไม่มีใครอยากจะเดินทางไปไกล แต่ปัญหาก็คือ เราสร้างความมั่นใจให้เขาได้อย่างไร ผมไม่อยากให้การใช้สถานบริการใกล้บ้านนำไปสู่ลักษณะการทำงานที่เหมือนกับว่าแต่ละสถานบริการผูกขาดในการที่จะให้บริการ ซึ่งก็เป็นตัวหนึ่งที่น่าจะทำให้ความกระตือรือร้นในการที่จะปรับปรุงคุณภาพนี้ไม่ดี ผมเองก็ยังคงอยากจะมองว่าการจัดบริการในแต่ละพื้นที่อาจจะต้องเปิดทางเลือกให้มีการแข่งขันในการให้บริการได้ด้วย...."

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

"...ผมใช้คำว่าบริการใกล้บ้านซึ่งเป็นอะไรก็ได้ ชาวบ้านไม่ได้อิงเรื่องระบบยาขอหมอวาน ระบบเครือญาติอย่างเดียว มีอีกระบบหนึ่งคือเรื่องของทรัพยากรซึ่งรัฐใส่เข้าไปอย่างเช่น โรงพยาบาลหรือสถานีนามัย พวกนี้ได้ทรัพยากรจากรัฐ ได้เงินเดือน ได้งบประมาณอะไรต่าง ๆ แต่ชาวบ้านที่ให้บริการใกล้บ้านพวกนี้จะไม่ได้ ถ้าจะให้ได้ก็จะต้องมีเงื่อนไข เช่น กำหนดเป็นสัดส่วนออกมาว่าเม็ดเงิน 100 บาท จะให้ตรงจุดไหน อย่างไร พอให้แล้วชาวบ้านที่จะเป็นผู้ไปใช้บริการน่าจะเป็นคนที่มีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียน เช่น ที่คุณโสมณเสนอเรื่องคู่มือรักษาพยาบาล คือแทนที่รัฐจะบอกว่าพื้นที่นี้จะต้องขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลนี้ กับสถานีนามัยนี้ กับสถานบริการใกล้บ้านตรงนี้ ก็เป็นว่าแจกคู่มือ ชาวบ้านก็ไปซื้อบริการที่ไหนก็ได้ เป็น 1 ปี หรือ 2 ปี หรือ 3 ปี ก็แล้วแต่ แล้วชาวบ้านเอาคู่มือนี้ อาจจะเป็น 3 ใบ ใบหนึ่งเป็นบริการ ใบหนึ่งเป็นบริการสูงขึ้นมาต้องใช้เทคโนโลยีของรัฐ เช่น สถานีนามัย อีกใบหนึ่งเป็นโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนหรือเป็นโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา ซึ่งอาจจะรวมไปถึงเอกชนถ้ารัฐมีเงินพอ ชาวบ้านก็ไปซื้อบริการ แล้วสถานบริการตรงจุดนั้นก็ไปขึ้นเงินกับรัฐบาล ชาวบ้านเองก็มีสิทธิเลือก พ.ร.บ. ก็เป็นจริง เขาก็จะไปใช้บริการที่สถานบริการนั้น ถ้าสถานบริการนั้นไม่ให้บริการตามที่ตกลงกันไว้ ปีหน้าถ้ายังคงมีอยู่ตรงนี้ เขาก็สามารถจะเปลี่ยนที่ได้ ตามสภาพเป็นจริงที่เขาไปใช้บริการ แต่ต้องจำกัดว่ามีบริการตรงไหนที่ไม่ต้องการให้ชาวบ้านเป็นใช้นิดหน่อยก็ไปถึงจุดนั้น จำเป็นจะต้องแยกออกมา ถ้าชาวบ้านมีการข้ามขั้นตอนนี้ก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกัน...."

นพ.อภิสิทธิ์ อังร่วรวงกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์

"...ตอนนี้กำลังทำทะเบียนประวัติเก็บไว้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้เรารู้ว่าคนไข้ที่มาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขนี้ ในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง...เรามี

ศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ 15 ศูนย์กระจายอยู่ในชุมชน ทุกคนในเขตก็เป็นสมาชิกของศูนย์ฯ ซึ่งในชุมชนนี้เราทำทั้งประวัติครอบครัว เช่น เรามีสัก 30 ครอบครัวเราทำประวัติ เอาประวัติมาไว้ที่ศูนย์ฯ เวลาเขามาเราขอดูประวัติที่เราให้..."

นายเกร่ง สุวรรณวงศ์
นายกเทศมนตรีหาดใหญ่

"...การลงทะเบียนเหมือนการประกันราคา ประกันรายได้ขั้นต่ำ ถ้าคุณอยู่ตรงนี้คนมาขึ้นทะเบียนคุณน้อย แต่ว่าอัตราที่เราจะให้ที่คุณพอจะอยู่รอดได้ เราจะให้คุณไม่ต่ำกว่านี้ แต่ถ้าคุณมีคนขึ้นทะเบียนเยอะ คุณมีชื่อเสียงก็อาจได้มากขึ้นตาม ตรงนี้สำคัญและควรจะต้องพูดจาให้มันชัดเจน มิฉะนั้นก็จะเข้าระบบพาณิชย์ ก็จะแข่งกัน ก็จะล่อลวง หลอกลวง หรือพยายามจะลดในเรื่องของคุณภาพเพื่อที่จะให้ได้กำไรมากที่สุด เพราะฉะนั้นตรงนี้สำคัญ..."

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอความเห็น เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวไว้ 2 ลักษณะ ได้แก่

1) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีแนวคิดเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้น เสนอว่าการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวควรมีการขึ้นทะเบียนของประชาชนเป็นสมาชิกของสถานบริการ ซึ่งรูปแบบการขึ้นทะเบียนที่เสนอสามารถสรุปได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่หนึ่ง เป็นรูปแบบที่ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการสาธารณสุขได้โดยอิสระไม่จำกัดว่าจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หรือเอกชน แต่ไม่ได้ให้รายละเอียดอะไรเพิ่มเติมอีก

รูปแบบที่สอง เป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกรับบริการกับสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวโดยขึ้นทะเบียนกับสถานบริการที่มีระบบในการควบคุมและสามารถตรวจสอบคุณภาพการให้บริการได้

รูปแบบที่สาม เป็นรูปแบบการขึ้นทะเบียนโดยรัฐหรือสถานบริการจัดให้ ซึ่งจะให้พื้นที่บริการของสถานบริการเป็นตัวแทน แต่อย่างไรก็ตามการขึ้นทะเบียนลักษณะนี้ จะต้องไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณเสียสิทธิเลือกหรือถูกจำกัดในกรณีที่จำเป็น นั่นหมายถึง การ

ขึ้นทะเบียนลักษณะนี้จะต้องมีการกำหนดลักษณะบริการที่ประชาชนมีโอกาส สามารถไปรับบริการได้ในกรณีจำเป็นหรือฉุกเฉิน

2) ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้น ให้เหตุผลดังต่อไปนี้

2.1. การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการ จะเป็นเงื่อนไขที่จะไปจำกัดสิทธิของผู้รับบริการ

2.2. การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการ จะก่อให้เกิดการผูกขาดในการจัดบริการซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการแข่งขันการจัดบริการเชิงพาณิชย์มากขึ้น และอาจมีผลให้ขาดการพัฒนาคุณภาพบริการได้

3.3.4 การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอรูปแบบการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการและมาตรการควบคุมการจัดบริการให้มีคุณภาพ ในสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวไว้หลายรูปแบบดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

"...ในแง่มุมหนึ่ง ถ้ารัฐควบคุมมากก็ไม่ค่อยดี เรามีสิทธิเข้ามาอยู่ในระบบการรักษานี้ได้ หมายความว่าประชาชนสามารถสามารถเลือกสถานพยาบาลไหนก็ได้ ทั้งในระบบและนอกระบบ เช่น หมอพื้นบ้าน ซึ่งก็จะต้องมีการกำหนดบทบาทและขอบเขตของเขาวว่า อะไรที่จะทำได้บ้าง อาการแบบไหน หรือบทบาทเป็นอย่างไรก็จะกำหนดได้ รัฐกำหนดในส่วนที่จะเข้ามามีส่วนในการรักษาตามการประกันสุขภาพ ถ้าเกิดมีคนอื่นที่ถ้าจะไม่อยู่ในกรอบอันนั้นและประชาชนไปรับบริการและจ่ายเงินเอง อันนั้นก็เป็นอย่างหนึ่ง เพียงแต่ถ้ามีการทำอะไรที่เป็นอันตราย อันนี้ผมไม่เชี่ยวชาญพอ คิดว่าคงต้องควบคุมระดับหนึ่ง แต่อีกระดับหนึ่งคงต้องให้อิสระด้วย แต่อย่างไรก็ตามในส่วนที่เข้ามาเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องอยู่ในกรอบกฎเกณฑ์ที่วางไว้...."

อาจารย์จอน อึ้งภากร
วุฒิสมาชิก

"...ถ้าเราต้องการให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการ ก็ต้องลดอุปสรรคทางการเงินให้น้อยที่สุด โดยเกิดผลกระทบทางลบ (Negative Consequence) ให้น้อยที่สุดด้วยเช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นต้องไม่ฟรีเลยทีเดียว แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ใช่อยู่อันดับที่ทำให้คนไม่สามารถที่จะเข้า

ถึงบริการได้ เพราะฉะนั้น กลไกทางการเงินก็มีหลากหลายทางเลือก หนึ่งรัฐบาลรับภาระทั้งหมด ซึ่งหมายความว่ารัฐต้องเอาเงินมาจากภาษี ก็ต้องดูว่าเงินของรัฐพอไหม ถ้าไม่พอจะเก็บมาจากประชาชนได้มากขึ้นได้อย่างไร สองเก็บมาจากประชาชนรูปแบบหนึ่งก็คือใช้ระบบที่เราเรียกว่า ระบบประกันก็คือว่า เอาละในเมื่อทุกคนจะได้รับประโยชน์จากตรงนี้ ทุกคนก็จ่ายเป็นสิ่งที่เราเรียกว่า "เบี้ยประกัน" ถ้าจะให้เกิดความยุติธรรมขึ้นในสังคม คนมีเงินเดือนมากก็ควรจะจ่ายมาก คนมีเงินเดือนน้อยก็ควรจะจ่ายน้อย คนไม่มีเงินเลยรัฐก็ต้องช่วย โดยการเอาภาษีซึ่งก็คือเงินของคนอื่น ที่มีมาจ่ายช่วยคนจน จะเห็นได้ว่าพอพูดถึงเรื่องอุปสรรคทางการเงิน (Financial Barrier) แล้ว Design เรื่องของกลไกทางการเงินการคลังจะเป็นปัจจัยชี้ขาดว่าคุณจะได้รับการบริการหรือไม่อย่างไร... "

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

"...คงจะต้องมีทั้งหลักนิติศาสตร์และหลักรัฐศาสตร์ อันนี้ในขณะนี้การแพทย์เรา ไปเน้นขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งแท้จริงแล้วชาวบ้านกว่าครึ่งใช้ที่ ไม่มีกฎหมายรองรับอยู่ แม้กระทั่งหมอที่ร้านขายยาเขาก็ใช้ แล้วเขาก็หายด้วยเพราะฉะนั้นตรงนี้ผมว่าอาจจะต้องเคารพในสิทธิของชาวบ้าน และก็อิงไปตามที่ชาวบ้านเขาต้องการก็ขึ้นทะเบียนสถานบริการเหล่านั้น พอขึ้นทะเบียนแล้วคงจะต้องมีการเข้าไป Supervise ให้ข้อแนะนำเพื่อช่วยปรับปรุงสถานบริการใกล้บ้านเหล่านั้นที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับให้มีมาตรฐานขึ้นโดยมีชาวบ้านร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคคุ้มครองพวกเขาเอง.."

นพ.อภิสิทธิ์ อำนวยวงศ์กุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์

"...ผมว่าเรื่องพวกนี้สำคัญที่สุดคือต้องมีกรอบของมาตรฐานและคุณภาพ ซึ่งก็คือสิทธิประโยชน์ที่เขาจะได้ซึ่งต้องมีขอบเขต เพราะฉะนั้นในกรอบของสิทธิประโยชน์จะต้องมาดูว่าอะไรที่จำเป็นต่อชีวิต กรอบสิทธิประโยชน์ที่กำหนดแค่ดูแลสุขภาพ ดูแลเรื่องป้องกันโรค เจ็บป่วยทั่วไปไม่รวมในเรื่องของการเจ็บป่วยรุนแรงอย่างพวกที่เป็นโรคเรื้อรังรุนแรงอะไรทั้งหลาย อันนี้ถือเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น (Basic Essential Package) ถ้าเหนือไปกว่านั้นคุณอาจจะต้องซื้อประกันเพิ่มของตนเอง ประกันเพิ่มนั้นก็เพื่อเป็นหลักประกันว่าถ้าคุณเกิดเป็นโรครุนแรง เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงอะไรก็แล้วแต่ คุณมั่นใจได้ว่า你会ได้รับการดูแล..."

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

"...อยากจะเปลี่ยนบริการของโรงพยาบาล ที่หน้าอ รอนาน บริการไม่ดี ราคาที่แพง เราต้องไปแก้ 4 เรื่องนี้ ให้ หน้าไม่อ รอนาน บริการดี ราคาสมเหตุสมผล ก็เสนอเป็นแนวทางเกี่ยวกับโรงพยาบาลออกนอกกรอบเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลประชาชน โดยผู้ที่ดูแลรับผิดชอบการบริหาร ประกอบด้วย กรรมการประชาชน 3 คน หัวหน้าหมอ 1 คน หัวหน้าพยาบาล 1 คน หัวหน้าคนงาน 1 คน เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ข้าราชการพอเข้าไปแล้วก็อยู่ไป 60 ปี ทำงานเช้าสามเย็นสามก็ 60 ปี ผลงานไม่ออกก็ 60 ปี อยู่อย่างนั้นแหละ การพัฒนาที่เสนอให้มีการจ่ายเงินเดือนให้มาก อยากให้คนทำงานอย่างมีคุณภาพ เราต้องมีการประเมินพอ 4 ปี แล้วทำไมได้ก็ต้องเชิญออก...."

ครูชบ ยอดแก้ว
ผู้นำชุมชนบ้านน้ำขาว
อ.จะนะ จ.สงขลา

"...การจะให้การสนับสนุนก็ต้องไม่แพงเกินที่เขาจะพึงรับได้ ถ้าเขามารับจากทางภาครัฐ แต่ถ้าสมมติเอกชนเก็บค่าใช้จ่ายมากกว่านั้นเขาก็ต้องรับผิดชอบส่วนที่เพิ่มมา อันนี้เป็นแนวทางหนึ่งคือเราถือว่าสิทธิที่เขาพึงได้ก็ได้เท่าเดิม เพียงแต่ว่าเขาจะไปใช้ที่ไหนแค่นั้นเอง ถ้าเกิดมีกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพแล้วการที่จะกำหนดสิทธิก็มีเหตุผลมากขึ้น เวลานี้การผลักดันให้สถานบริการต่างๆ ได้รับการรับรองคุณภาพเป็นนโยบายของกระทรวงอยู่แล้วก็ต้องเดินต่อแนวทางนั้นต่อไป..."

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

"...ผมคิดว่าในสังคม เมืองศรีทางศิลปกรรม ที่จะต้องใช้ศิลปกรรมดูแล ตัวอย่างเช่น การศึกษาเป็นองค์กรทางศิลปกรรม เรื่องของสุขภาพและโรงพยาบาลเป็นองค์กรทางศิลปกรรม การเอาความรู้ทางธุรกิจมาดูแลองค์กรทางศิลปกรรม เป็นความคิดที่อันตรายมาก เพราะธุรกิจจะคิดเรื่องคนรวย คนจน กำไร ขาดทุน ได้คืนหรือไม่ ถ้าเอาทัศนะนี้มานั้นเป็นทัศนะที่ต่ำสุดทางศิลปกรรม เป็นทัศนะที่ไม่มีศิลปกรรม เงินไม่มีศิลปกรรม ผมเห็นว่าระบบขั้นต้นทุกคนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิเท่าเทียมกัน แล้วคนที่มีสตางค์ก็ควรจะเป็นคนที่ ถ้าต้องการอะไรเพิ่มก็ควรจะต้องออกเงินเอง แต่ถ้าในระบบศิลปกรรมที่ดี ใครมีมากน่าจะออกตั้งแต่พื้นฐานด้วยซ้ำไปแทนที่จะให้คนที่ไม่มีเป็นผู้ออกเสมอ..."

นายโสภณ สุภาพงษ์
วุฒิสมาชิก

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ สามารถสรุปได้ว่ามาตรการในการคุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพพระระดับต้นประจำครอบครัวมี 5 ประการคือ

1. เสนอให้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการ โดยพิจารณาจากลักษณะบริการที่ประชาชนพึงได้รับจากสถานบริการสุขภาพพระระดับต้นประจำครอบครัวทั้งที่อยู่ในระบบซึ่งถูกต้องตามกฎหมาย และสถานบริการอื่น ๆ ที่ไม่มีกฎหมายมารองรับ อาทิ ร้านขายยาในหมู่บ้านหมอพื้นบ้าน ซึ่งอาจต้องใช้มาตรการทางสังคมควบคุมไปด้วยคือ ให้ชุมชนเข้าไปตรวจสอบและดูแลสถานบริการดังกล่าวด้วย

2. เสนอให้ปรับปรุงกลไกการเงินการคลัง ที่สามารถลดข้อจำกัดทางการเงิน (Finance Barrier) เพื่อให้เกิดผลกระทบทางลบ (Negative Consequence) ให้น้อยที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการได้ อาทิเช่น รัฐบาลรับภาระเฉพาะคนจน การใช้ระบบประกันให้ประชาชนจ่ายเบี้ยประกันตามฐานะ เป็นต้น

3. เสนอแนวทางการพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณร่วมกับวิธีการขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ อันเป็นตัวกระตุ้นให้สถานบริการพัฒนาคุณภาพบริการ กล่าวคือให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโดยใช้เงื่อนไข จำนวนประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ (Capitation หรือ Point System)

4. เสนอให้มีการออกกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้รับบริการจากสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น ร้านยา, คลินิกหมอพื้นบ้าน

5. สร้างเสริมให้ประชาชน ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล และตรวจสอบคุณภาพบริการของสถานบริการ

3.3.5 ระบบการเชื่อมโยงและการส่งต่อของสถานบริการสุขภาพพระระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับลักษณะความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพพระระดับต้นประจำครอบครัวกับสถานบริการที่สูงกว่า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

"...ถ้ามองการส่งต่อ ควรมีการส่งต่อ 2 ทาง คือ มีการส่งไปและส่งกลับด้วย เช่นป่วยรักษาอยู่โรงพยาบาล เมื่อออกมาก็ต้องส่งกลับไปสถานพยาบาลแรก เช่น สถานีอนามัย เพื่อให้เขาไปเยี่ยมดูแลต่อ ผมคิดว่าควรจะมีการส่งต่อกลับมาให้อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรระดับชุมชนที่จะดูแลต่อ เมื่อส่งกลับมาก็ควรมีประวัติหรือรายงานเพื่อจะให้ทางชุมชน สถานบริการระดับต้นได้เก็บประวัติไว้..."

อาจารย์จอน อึ้งภากร
วุฒิสมาชิก

"...ถ้าหากว่าเรามีบริการระดับต้นที่ทำโดยคนที่มีความรู้และทักษะ ก็จะสามารถแยกได้ว่าผู้ป่วยที่ต้องการรักษาพยาบาลคนนั้น ณ จุดหนึ่งเราให้เขาไม่ได้จะต้องส่งต่อไปหาแพทย์..."

นพ.ดำรงค์ บุญยืน
อธิบดีอธิบดีกรมอนามัย

"...ถ้าเกินขีดความสามารถจากศูนย์ฯ เราจะมีรถไปส่ง อำนวยความสะดวก ทำให้เขามีความเชื่อถือ ที่เราตกลงกันคือถ้าไปเอกชนเราไปส่งให้เขาได้ถ้าเขาต้องการ แต่ว่าเป็นเรื่องของเข เขาต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายเอง แต่ถ้าไปโรงพยาบาลที่เราตกลง เขาจะสามารถใช้สิทธิจากบัตร..."

นายเกร่ง สุวรรณวงศ์
นายกเทศมนตรีหาดใหญ่

"...ถ้าเราจัดเป็นพื้นที่ครบวงจร และมีระบบส่งต่อที่มีความชัดเจนตั้งแต่ต้น ก็แก้ปัญหานี้ได้ ผมคิดว่าเป็นวิธีการให้ความมั่นใจแก่คนที่จะไปรับบริการเบื้องต้นใกล้บ้านได้..."

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

"...การส่งต่อไปให้ใครอยู่ที่แพทย์ แต่ถ้าจะสามารถประนีประนอมระหว่างความต้องการของชาวบ้านกับการตัดสินใจของแพทย์ ก็คือว่าเวลาแพทย์จะส่งต่อไปแพทย์จะมีทางเลือกมากกว่าหนึ่ง คือจะบอกว่าคุณเป็นโรคอย่างนี้ จะต้องไปหาหมอที่รักษาอย่างนี้ได้ เสริมแล้วอาจจะให้คู่มือไปเลยว่าหมอที่รักษาโรคอย่างนี้ได้มีอยู่ที่ไหน คุณเลือกไปได้ตาม List อย่างนี้ แทนที่จะส่งไปแห่งเดียว ซึ่งระบบใหม่อาจจะต้องประนีประนอมระหว่างความร่วมมือกันตัดสินใจ และเป็นการร่วมกันตัดสินใจโดยที่บุคลากรต้องให้ข้อมูลกับคนไข้มากพอที่จะทำให้เขาตัดสินใจได้อย่างมีเหตุมีผลมากที่สุด ไม่ใช่ถึงขนาดบอกว่าต้องขึ้นกับหมอเบ็ดเสร็จ แต่ผมคิดว่าหมอเองจะต้องทำหน้าที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของคนไข้..."

นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

"...ผมคงมีประสบการณ์เฉพาะในชนบท ก็พูดได้เฉพาะในชนบท ในชนบท Main Contractor คือโรงพยาบาลชุมชนหรืออาจจะมีโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจแต่เม็ดเงินต้องมากพอ แล้วลงไปทำกับ Sub-Contractor ได้ดี Sub-Contractor ตรงนั้นก็คือสถานบริการใกล้บ้าน แยกเป็น 3 ระดับก็คือ ระดับหมู่บ้าน, ระดับตำบล, ระดับอำเภอ ซึ่งระดับอำเภอจะแตกต่างจากตำบลกับหมู่บ้านก็คือมีหมอ ตรงนั้นไม่มีหมอ เพราะฉะนั้น Main-Contractor ก็ต้องพยายามไปทำให้ Sub-Contractor แข็งแรง มีวัสดุอุปกรณ์พอเพียง มีเครื่องมือพอ และมีบริการที่ดีมันก็เกิดการควบคุมทางสังคมซึ่งกันและกัน ชาวบ้านจะคุมสถานบริการในขณะเดียวกันก็จะคุม Main-Contractor ซึ่ง Main-Contractor ก็พยายามไปสนับสนุนไม่อย่างนั้นชาวบ้านก็จะเปลี่ยน Main-Contractor...."

นพ.อภิสิทธิ์ อารงวรกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์

"....สำคัญที่สุดเลย ผมว่าอยู่ที่ตัวภาพใหญ่ของระบบ สมมุติว่าภาพใหญ่จัดเครือข่ายไว้แค่หนึ่งเครือข่าย คนที่ดูแลชั้นนั้นทั้งหมดก็ต้องดูแลตลอดเครือข่ายเหมือนอย่างที่เราพูดกันว่าอยากจะทำให้มันเป็นเครือข่ายหมายความว่าแบ่งกันแบ่งให้อยู่ในตัวเอง แต่ก็สร้างระบบที่อาจจะมีการข้ามเครือข่าย..."

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

"...ระบบส่งต่อต้องสร้างจากฐานข้างล่างขึ้นมาสู่ข้างบน ไม่ใช่จากบนลงมาล่าง หมายถึงต้องทำให้ประชาชนพึ่งตนเอง พึ่งครอบครัว ไม่เจ็บป่วยเขาก็ไม่ส่งต่อง่าย ๆ..."

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย
อธิการบดีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

"...ทั้งเจ้าหน้าที่อนามัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระดับอำเภอที่ใกล้ที่สุด เพราะตอนนี้เป็นการจัดการคนละสายกันอยู่ สายอนามัยขึ้นกับจังหวัด พวกนี้เรียกสายป้องกัน อีกสายเป็นสายโรงพยาบาล เรายุบไปอยู่สายเดียวกันได้หรือไม่ ไม่ต้องแยกกัน ทำหน้าที่ทั้งป้องกัน ทั้งรักษา เราสามารถทำให้โรงพยาบาลกับสถานีอนามัยเป็นพวกเดียวกัน....โดยเฉพาะหมอหรือนายแพทย์ คนจะเชื่อมากที่สุด ถ้าไม่ใช่หมอก็ได้ แต่ความเชื่อจะสื่อนายแพทย์ไม่ได้ที่ผ่านมาเป็นอย่างนั้น แต่ต่อไปเราอาจจะเปลี่ยนทัศนคติก็ได้ แต่จะเปลี่ยนได้ต้องใช้เวลานานนะ คงยาก เพราะเรา

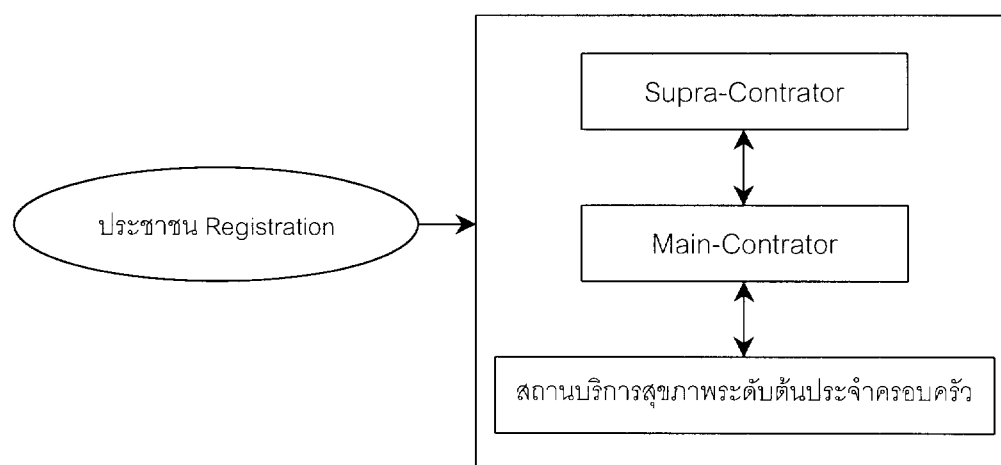
สอนกันมาว่า ถ้ามีอาการผิดปกติในร่างกายต้องปรึกษาแพทย์ ก็เชื่ออยู่อย่างนั้นมาตลอด ต่อไปเราเปลี่ยนใหม่ก็ได้ ชาวบ้านเชื่อว่า ที่ทำงานในโรงพยาบาลคือหมอ แม้แต่คนยกข้าวก็เรียกว่า หมอในความเชื่อของชาวบ้าน เพราะฉะนั้นการแนะนำต่าง ๆ จากโรงพยาบาลคนจะเชื่อมาก ที่ผมว่าน่าจะเอาสถานื่อนามัยเข้าไปอยู่ตรงนี้ด้วย ความเชื่อจะได้ขึ้นสายเดียวกัน ว่ามาจากโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะไม่เป็นแพทย์ก็ได้ เพราะว่า ชาวบ้านเขาเชื่อว่าเป็นหมอ ผมว่าสถานื่อนามัยกับโรงพยาบาลควรรวมกัน เพราะถ้าแยกส่วนกันอย่างนี้จะต้องใช้กำลังคนมาก คนที่เราจะให้บริการเท่าเดิม หมายถึงประชากร ถ้าเรารวมกันได้บุคลากรเราก็พอ..."

ครูชบ ยอดแก้ว
ผู้นำชุมชนบ้านน้ำขาว
อ.จะนะ จ.สงขลา

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับระบบการเชื่อมโยงและการส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวไว้ ลักษณะ 2 ได้แก่

ลักษณะที่ 1 ลักษณะที่เป็นเครือข่ายของสถานบริการที่หลากหลายทั้งรัฐและเอกชน ซึ่งแต่ละเครือข่ายจะประกอบไปด้วยสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และสถานบริการที่สูงกว่า โดยเสนอให้มีการสร้างระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อภายในเครือข่าย และระหว่างเครือข่ายในกรณีที่เป็น

ลักษณะที่ 2 เสนอให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการด้วยกระบวนการการจัดสรรและสนับสนุนด้านงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะ "Contractor" ดังแผนภูมิต่อไปนี้



นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอคุณลักษณะของระบบส่งต่อที่ดีว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ระบบส่งต่อต้องเป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วย การตัดสินใจส่งต่อต้องเป็นในลักษณะการร่วมตัดสินใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
2. ระบบส่งต่อต้องสร้างจากฐานล่างขึ้นสู่ข้างบน กล่าวคือ ต้องมีการพัฒนาให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง พึ่งครอบครัวได้ก่อน ที่จะเลือกไปรับบริการ
3. มีการส่งต่อ 2 ทางคือ ส่งไปและส่งกลับด้วย

3.3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวไว้ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ก็คือเห็นว่าการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

"...ผมเห็นด้วยโดยหลักการว่าชุมชนควรจะเข้าไปมีส่วนร่วม ประเด็นแรกผมเห็นว่าโรงพยาบาลไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นหมอเป็นผู้บริการก็ได้ ประเด็นที่สองทุกโรงพยาบาลควรจะมีกรรมการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม จะเข้าไปในรูปแบบไหน ต้องมีการคิดรายละเอียดอีกที เพราะบางที่เรอบอกว่าชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม แล้วกลายเป็นผู้นำชุมชนบางคน ซึ่งมันไม่ใช่แทนชุมชนทั้งหมด หรืออาจจะเป็นโดยชื่อแต่ไม่ได้สนใจ เพราะฉะนั้นทำอย่างไรถึงมี คือการที่ชุมชนจะเข้ามาเป็นเจ้าของจริง ๆ คงเป็นเรื่องที่จะต้องไปคิดรายละเอียดอีกทีหนึ่ง...."

อาจารย์จอน อึ้งภากร
วุฒิสมาชิก

"...การมีส่วนร่วมมีหลายรูปแบบ อาจจะมีส่วนร่วมในตำบล/อำเภอ อาจจะมีส่วนร่วมในแง่องค์กรตรวจสอบ องค์กรพิทักษ์ประโยชน์ด้านการแพทย์สาธารณสุข ผู้ตรวจการรัฐสภา หรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่มาถึงระดับจังหวัด ระดับภาค จนถึงระดับประเทศ การมีส่วนร่วมเป็นขบวนการที่ชุมชนสร้างขึ้นเอง ไม่ใช่เกิดจากกระทรวงสาธารณสุขสั่งให้ทำ...."

นพ.ดำรงดี บุญเย็น
อดีตอธิบดีกรมอนามัย

"....เราตั้งกรรมการชุมชน เหมือนอย่างของผมชุมชนหนึ่งมี 15 คน มีฝ่ายพยาบาล, มีฝ่ายเหรียญกษาปณ์, มีฝ่ายการศึกษา, มีฝ่ายประชาสัมพันธ์, เขาสมัคร เราไปเลือก อันนี้

เป็นการช่วยเหลือที่ดี ดีมากนะครับ แสดงว่าช่วยเราทำงาน มีอะไรก็ต้องปรึกษาหารือ ศูนย์ฯ ต้องประสานให้เขา การจัดบริการก็ให้เขาเสนอความเห็น...."

นายเกร่ง สุวรรณวงศ์

นายกเทศมนตรีหาดใหญ่

"....การเข้าไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจจะช่วยได้เยอะ จะแก้ปัญหาหลายอย่างการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารด้วย ในการติดตามด้วย โดยเฉพาะงานในเชิงป้องกันจะทำให้ได้ผลมากที่สุด...."

อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

"....รัฐต้องรักษาไว้ซึ่งความเป็นธรรม รัฐต้องพยายามจะสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ กลไกการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ คือทำให้ชุมชนสามารถจัดการกับบริการที่จะมีต่อสมาชิกของชุมชนเองได้ ซึ่งไปเชื่อมโยงกับเรื่องการกระจายอำนาจที่มีอยู่ในปัจจุบันก็คือว่าเราคิดว่าทำให้ชุมชนดูแลบริการสาธารณะในพื้นที่ของชุมชน จะช่วยให้ชุมชนจัดการของชุมชนได้ รัฐทำหน้าที่การันตีให้มีการกระจายทรัพยากรในแต่ละพื้นที่เท่าเทียมกันที่ไหนได้น้อยรัฐต้องสมทบให้เยอะ ถ้าประชาชนจะรวมกลุ่มกันตั้งอะไรขึ้นมารัฐก็ต้องเข้าไปเอื้อ รัฐแชร์ในส่วนที่รัฐจะต้องเข้าไปแชร์ให้เหมาะสม...."

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

"....คนที่ตรวจสอบได้แข็งแรงผมคิดว่าเป็นชาวบ้านเพราะว่าเขาเป็นกลุ่มที่มีส่วนได้เสีย กระบวนการก็ต้องมีชาวบ้านที่ได้มาพบปะพูดคุยกันต่อเนื่อง แล้วก็มีความสามารถในการพึ่งตนเอง ถ้าชาวบ้านพึ่งตนเองได้มากขึ้น ๆ เขาก็มีความสามารถที่จะกลับมาพึ่งพากันเอง พอพึ่งพากันเองก็หนีไม่พ้นเรื่องสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ เรื่องการศึกษา สาธารณสุขอะไรพวกนี้ จุดสำคัญก็คืออยู่ที่ปัจเจกให้พึ่งตนเองได้ ตอนนี้ก็สรุปบทเรียนว่า การพึ่งตนเองได้ก็ขึ้นอยู่กับเรื่องของการออม ความสามารถที่จะออมเงินได้ ออมดินได้ ออมน้ำเพื่อการเกษตร ออมต้นไม้ยืนต้น มันก็เกิดความสามารถในการพึ่งตนเอง ไม่ต้องวิ่งไปหาภายนอก พอออมได้ตรงนั้นมันก็มีบ้านญาติขึ้นมา บ้านญาติตรงนี้ก็ทำให้เขามีความยั่งยืนในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมอะไรต่าง ๆ

เขาก็จะสามารถที่จะเอาส่วนเกินเหล่านั้นมารวมตัวกัน เพื่อที่จะพึ่งพาตัวเอง แม้กระทั่งจัดสถาน
บริการของตนเองได้ถ้ามีมากพอ...."

นพ.อภิสิทธิ์ อำนวยรางวัล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์

"....ผมว่าความคิดในเรื่องการศึกษา เรื่องพยาบาล โรงพยาบาลนี้ ก็เหมือนกัน
คือ เราบอกว่าชุมชนจะมีส่วนในการจัดการโรงพยาบาลอย่างไร ตั้งคำถามนี้อย่างไรก็ไม่มีทาง แต่
ถ้าโรงพยาบาลจะมีส่วนในวิถีชีวิต สุขภาพชุมชนอย่างไรอันนี้มีทาง เพราะว่าชุมชนเขาป่วยอยู่แล้ว
อยากให้โรงพยาบาลเข้าไป ถ้ารับฟังว่าเขาต้องการอะไร เขายินดีจะช่วยเลย เช่นว่า ความทุกข์
ของเขาเป็นเรื่องการไม่มีกิน โรงพยาบาลก็หาทางออกว่า อย่างนี้ต้องทำเรื่องอาหารสุขภาพ โรง
พยาบาลช่วย Stamp ให้อาหารดี อย่างนี้โรงพยาบาลก็เริ่มเกี่ยวข้องกับชีวิตชาวบ้าน ไม่ใช่ให้ชาวบ้าน
มาเกี่ยวชีวิตแพทย์....."

นายโสภณ สุภาพงษ์
วุฒิสมาชิก

"....ชุมชนก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องของการบริหารจัดการ สถานบริการจะมี
คณะกรรมการบริหาร ซึ่งจะมีตัวแทนของชุมชนอยู่ในการกำหนดนโยบายและมาสนับสนุนการ
บริหารสถานบริการรัฐ...."

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย
อธิการบดีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

"....โรงพยาบาลจะต้องให้ประชาชนเข้ามารับผิดชอบด้วย เพราะเขาเป็นผู้รับ
บริการ จะเข้ามารู้ว่าที่บริการได้อยู่แค่นี้ ก็เพราะงบประมาณมีแค่นี้ จะได้ไม่ต้องมานั่งว่าบริการแย่
จะได้รู้กันทั้งสองฝ่าย ถ้าจะเพิ่มความสามารถในการรักษา จะต้องมีส่วนร่วมกันอย่างไร จะต้องมีการ
ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพราะว่าโรงพยาบาลนี้เป็นของคุณ ไม่ใช่ของรัฐบาล แต่ตอนนี้เงินของ
รัฐบาล คนที่อยู่โรงพยาบาลก็ว่าเราคือคนของรัฐบาล คุณคือคนที่ถูกรักษา มันแยกกันอยู่ ที่จริง
ควรจะเป็นคนกลุ่มเดียวกัน ทำหน้าที่ช่วยเหลือกันจะดีกว่าเดิม ก็เลยออกกฎหมายองค์การมหาชน
มาใช้...."

ครูชบ ยอดแก้ว
ผู้นำชุมชนบ้านน้ำขาว
อ.จะนะ จ.สงขลา

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

ลักษณะที่ 1 ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการบริการโดยใช้กลไกในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่

1. กลไกในเรื่องการเงิน การคลัง อาทิ การจัดให้มีระบบประกันสุขภาพในลักษณะที่เป็นแบบ Third-Party หรือ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ในรูปแบบที่องค์กรชุมชนเป็นกองทุน
2. เป็นองค์กรชุมชนที่เข้าไปมีส่วนในการบริหารจัดการในสถานบริการ ซึ่งอาจจะเป็นในรูปของคณะกรรมการ

ลักษณะที่ 2 ร่วมจัดบริการ การมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะนี้ มีแนวคิด 2 แนวคิด ได้แก่

1. ร่วมจัดบริการโดยประชาชนเป็นอาสาสมัครที่มีหน้าที่ดูแลสถานะสุขภาพของคนในชุมชน
 2. ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว นั้นหมายถึงสถานบริการสุขภาพระดับต้นใกล้บ้าน ในความหมายก็คือ “บ้าน”
- พร้อมกันนี้ต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้น รุกเข้าไปช่วยเหลือประชาชนในชุมชนด้วย แทนที่จะให้ชุมชนมามีส่วนร่วมกับรัฐฝ่ายเดียว

3.3.7 สรุปมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ที่สำคัญมีดังนี้

1) แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็นใน 2 ลักษณะคือ

ลักษณะแรก เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว แต่จะต้องมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ควบคู่กันไปด้วย คือ การจัดบริการต้องคำนึงถึงทุกมิติที่เกี่ยวกับสุขภาพ การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นจัดบริการที่ครบวงจร การประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน การพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งศักยภาพผู้ให้บริการ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและดูแลสถานบริการ

สำหรับลักษณะที่ 2 คือ ต้องมีการสร้างสุขภาพของสังคมให้เข้มแข็งก่อน จึงค่อยมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เพราะว่าสุขภาพสังคมเข้มแข็ง จะทำให้

ประชาชนพึ่งตนเองได้ และไม่ป่วยง่าย จะได้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยลง รวมทั้งมองว่าการสร้างสุขภาพเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน

2) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว จะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับต้น อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสา กศน. เป็นต้น

3) การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็นใน 2 ลักษณะคือ

ลักษณะแรก เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ซึ่งมี 3 รูปแบบคือ

รูปแบบที่หนึ่ง ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการได้โดยอิสระ ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชน

รูปแบบที่สอง ประชาชนสามารถเลือกสถานบริการโดยจะต้องเป็นสถานบริการที่มีระบบในการควบคุม และสามารถตรวจสอบคุณภาพการให้บริการได้

รูปแบบที่สาม รัฐเป็นผู้จัดสถานบริการให้ประชาชนขึ้นทะเบียน โดยใช้พื้นที่เป็นตัวแบ่ง แต่ต้องไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณเสียทางเลือก

ลักษณะที่สอง ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เพราะเห็นว่าจะไปจำกัดสิทธิ์ของผู้รับบริการและจะก่อให้เกิดการผูกขาดในการจัดบริการ ส่งผลให้ขาดการพัฒนาคุณภาพบริการได้

4) การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับต้นไว้ 5 ประการคือ

(1) ให้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการ ทั้งสถานบริการที่ถูกต้องตามกฎหมายและสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายมารองรับ โดยเฉพาะสถานบริการประเภทหลัง ต้องใช้กลไกทางสังคมให้ประชาชนเข้าไปตรวจสอบและดูแลสถานบริการดังกล่าวด้วย

(2) ปรับปรุงกลไกทางการเงิน เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการได้

(3) การพัฒนากระบวนการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ให้ความสำคัญกับให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ

(4) ออกกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น หมอพื้นบ้าน

(5) สร้างเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและตรวจสอบสถานบริการ

5) ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะ โดย**ลักษณะแรก**ควรจัดในลักษณะที่เป็นเครือข่ายผ่านของสถานบริการที่หลากหลายทั้งของรัฐและเอกชน โดยให้มีการสร้างระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อภายในเครือข่าย และระหว่างเครือข่ายในกรณีที่เป็น ส่วน**ลักษณะที่สอง** เสนอให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการด้วยกระบวนการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะเป็น Contractor กับสถานบริการในระดับที่สูงกว่า

6) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะคือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่าง ๆ เช่น กลไกทางการเงิน และการเข้ามาร่วมจัดบริการ โดยประชาชนเป็นอาสาสมัครเข้ามาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมทั้งนี้ต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นรุกเข้าไปช่วยเหลือชุมชนด้วย แทนที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐฝ่ายเดียว

3.4 ทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศต่าง ๆ

เพื่อให้ได้ข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย จึงได้ทำการศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทย รวมทั้งการสังเคราะห์และเปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพระดับต้นในกลุ่มประเทศดังกล่าว โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารของผู้ทบทวนวรรณกรรมระบบบริการสุขภาพระดับต้น ดังนี้

3.4.1 ระบบบริการสุขภาพพระดัตันในประเทศต่าง ๆ

ได้ทำการศึกษาระบบบริการสุขภาพพระดัตันในประเทศต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ระบบบริการสุขภาพพระดัตันในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งได้ทำการศึกษาในประเทศคือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร
2. ระบบบริการสุขภาพพระดัตันในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งได้ทำการศึกษาใน 4 ประเทศคือ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ฮ่องกง
3. ระบบบริการสุขภาพพระดัตันในประเทศไทย ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้

1. ประเทศพัฒนา

1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	- บริการสุขภาพระดับต้นเป็นบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในลักษณะผู้ป่วยนอก เป็นด้านหน้าของการเข้าสู่บริการในระดับสูงขึ้นไป - แผนประกันสุขภาพ (Health Plan) ได้กำหนดให้ผู้ป่วยไปรับบริการขั้นปฐมภูมิก่อน - บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน - การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) เป็นส่วนเสริมของการแพทย์แผนปัจจุบันในเวชปฏิบัติ - บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นระบบย่อยที่แยกจากบริการระดับต้นโดยชัดเจน ซึ่งดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งมีบทบาทสูงและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	ผู้ให้บริการหลัก คือ แพทย์ (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ เช่น อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูติ-นรีแพทย์) บุคลากรสาขาอื่น ๆ ได้แก่ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ช่วยแพทย์ และทันตแพทย์ - พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ช่วยแพทย์ มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการระดับต้นทดแทนแพทย์ (Substitution) เนื่องจากต้นทุนค่าแรงของการให้บริการต่ำกว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว - ส่วนใหญ่แพทย์เวชปฏิบัติจะรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ๆ เรียกว่า กลุ่มเวชปฏิบัติ เนื่องจากถูกกลไกของการประกันสุขภาพบีบให้ต้องอยู่ร่วมกับกลุ่มอื่น ๆ เป็นเครือข่าย (Network)
3. บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- เป็น Gate Keeper ของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ - แพทย์ผู้ให้บริการดูแลระดับต้นส่วนใหญ่มีความรู้ทางคลินิกทั่ว ๆ ไป ไม่ชำนาญเฉพาะทางใด สามารถส่งต่อเพื่อไปรับการวินิจฉัยหรือรักษาต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้คำอธิบายปัญหาการเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วย - แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน จะมีผู้ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพประมาณ 1,500-2,000 คน โดยจะดูแลผู้ป่วยนอกในสำนักงานวันละ 25-30 ราย - มีการขึ้นทะเบียนมากขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ
4. ขอบเขตบริการ	- เป็นจุดแรกของบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนหรือผู้ป่วยแต่ละรายได้รับจากแพทย์ - เป็นบริการผสมผสานที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะปัญหาสุขภาพของอวัยวะหรือระบบใดของร่างกาย หรือเป็นกลุ่มโรคใด ๆ

ประเด็น	รายละเอียด
	- เป็นบริการที่ประสานเชื่อมโยงกับบริการอื่น ๆ ทางสังคม ทางกายภาพ หรือสหเวชศาสตร์แขนงอื่น ๆ และบริการเฉพาะทางขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิ - เป็นบริการแบบองค์รวม ให้ความสนใจกับทั้งปัญหาทางกายและจิตใจ รวมถึงสถานสุขภาพโดยรวม - เครือข่ายแพทยระดับต้นจะต้องจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งชุดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ
5. ระบบการเงินการคลัง	- การประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทอย่างมาก ทั้งนี้เพราะรัฐไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับประเทศ แม้ว่าจะมีการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ (Medicare) และระบบสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) - ประชาชนที่ไปรับบริการมีการจ่ายร่วม (Cost Sharing) ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือจ่ายเองทั้งหมดกรณีที่บริการไม่ได้อยู่ภายใต้ความครอบคลุมของแผนประกันสุขภาพ - การจ่ายเงินค่าตอบแทนในการจัดบริการเป็นอัตรารายหัว (Capitation)
6. บทบาทของชุมชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	- บริการระดับต้นมีความสัมพันธ์กับชุมชนน้อยมาก แม้ว่าจะมีเครือข่ายคลินิกหรือสถานบริการสุขภาพระดับต้นกระจายอยู่ในชุมชนต่าง ๆ แต่ไม่มีลักษณะของการกำหนดพื้นที่บริการ (Catchment Area) - เนื่องจากประชาชนเลือกเอาประกันสุขภาพกับเครือข่ายใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเบี้ยประกันถูก สามารถเลือกเอาประกันได้หรือไม่เป็นหลัก มากกว่าเรื่องความสะดวกสบายในการเดินทางไปรับบริการ - ในพื้นที่เขตชนบทที่บริการสุขภาพระดับต้นดูแล โดยเครือข่ายเวชปฏิบัติขนาดเล็ก การดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถเกิดขึ้นได้ เครือข่ายเวชปฏิบัติสามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างครอบคลุมทั้งชุมชนในการวางแผน ประเมินผลเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ได้
7. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการขั้นสูง	- ผู้ป่วยจะต้องไปพบแพทย์ในบริการขั้นต้นก่อนที่จะไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้นไป

1.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	ประชาชนที่ต้องการใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพ (Medicare) ต้องไปรับบริการจากแพทย์ GP ก่อนจากคลินิกเอกชน คลินิกของรัฐ โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ซึ่งสิทธิ์ที่ได้รับจะแตกต่างกัน คือ 1. หากรับบริการจากแพทย์ GP ที่คลินิก ผู้รับบริการต้องจ่ายส่วนต่าง 15% ซึ่ง Medicare ให้การคุ้มครองงานบริการจากแพทย์ (Medical Benefits) ที่ให้คลินิกในอัตรา 85% ของ Fee Schedule ที่ Medicare กำหนดขึ้นมา ยกเว้นกรณีแพทย์ยอมรับที่จะได้แค่ 85% ของราคาที่กำหนด โดยไม่เก็บเพิ่มจากผู้รับบริการ 2. หากผู้รับบริการเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาล ต้องจ่ายส่วนต่างเป็น 25% หรือมากกว่า ตามที่สถานบริการเรียกเก็บเงิน
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- แพทย์ GP ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ใน คลินิกเอกชน (Solo Practice) ส่วนหนึ่งเป็นลูกจ้างอยู่ในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ส่วนหนึ่งเป็นลูกจ้างรัฐทำงานในคลินิกของรัฐ - แนวโน้มในอนาคตผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นไม่ได้จำกัดเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพ แต่เป็น Multidisciplinary Personnel
3. บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- แพทย์ GP ทำหน้าที่เป็น Gate Keeper - แพทย์ GP ให้บริการตามชุดบริการพื้นฐานที่เน้น Primary Clinical Care (เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกัน)
4. ขอบเขตบริการ	- ให้บริการตามชุดบริการพื้นฐาน (Basic Package) ที่กำหนดขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีหน่วยงาน Medical Services Advisory Committee ทำหน้าที่ประเมินงานบริการสุขภาพที่จะมาอยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์พื้นฐานของประกันสุขภาพถ้วนหน้า - งานส่งเสริมป้องกันที่ไม่ใช่อยู่นบนพื้นฐานของสถานบริการ รูปแบบการทำงานจะเป็นภาคีมากขึ้น โดยรัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณ (Subcontract ให้แพทย์ GP Organized ร่วมกับ GP Divisions)
5. ระบบการเงินการคลัง	- ระบบการจ่ายเงินให้กับแพทย์ GP ยังเป็นแบบ Fee-for-Service โดยองค์กรอิสระที่จัดตั้งขึ้น Health Insurance Commission เป็นผู้จ่าย - กลไกการเงินในการสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ GP ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือ Community Health Centres : โดยจ่ายเงินเดือนให้ในอัตราที่สูงใกล้เคียงกับรายได้จากการเปิดคลินิกส่วนตัว - การกำหนดอัตราจ่ายร่วมสำหรับงาน GP ช่วยลดแรงจูงใจในการรับบริการที่เกินความจำเป็น และการกำหนดอัตราร่วมจ่าย (Co-pay) งาน GP ที่รับจากโรงพยาบาลมากกว่าจากคลินิก

ประเด็น	รายละเอียด
6. บทบาทของชุมชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	มีองค์กร GP Division ที่รับผิดชอบในการวางแผนเพื่อให้งาน GP เชื่อมโยงกับส่วนต่าง ๆ ของระบบ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนและเสริมความเข้มแข็งให้ระบบมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้นในระดับต่าง ๆ ของการให้บริการสุขภาพ
7. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการขั้นสูง	ภายหลังที่มีการจัดตั้ง GP Divisions ช่วยสนับสนุนให้แพทย์ GP ส่งต่อผู้ป่วยไปหาผู้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งช่วยทำให้เกิดการประสานระหว่างแพทย์ GP กับโรงพยาบาลในพื้นที่หรือในเขตเมือง เพื่อให้แพทย์ GP ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล หากมีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาเฉพาะทาง โดยที่กองทุนประกันสุขภาพ (medicare) เป็นผู้จ่ายเงินค่าบริการให้กับโรงพยาบาลของรัฐด้วยวิธี casemix funding ส่วนกรณีที่ไม่ใช่การส่งต่อก็จะไม่ได้รับการคุ้มครองจาก medicare (ประชาชนต้องจ่ายเอง)

1.3 ประเทศสวีเดน

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	สถานบริการสุขภาพระดับต้น ดำเนินการโดยสถานีนอามัย (ซึ่งจะประกอบด้วย 2 หน่วยย่อยให้บริการประชาชน คือ District Nurse Clinic ดูแลเฉพาะเด็ก, Maternity Clinic ดูแลหญิงตั้งครรภ์) และคลินิกเอกชนมีเพียงร้อยละ 10 ของสถานพยาบาลทั้งหมด และสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วย ประชาชนทุกคนต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ GP หรือแพทย์ Family Doctor ซึ่งจะได้รับเงินจัดสรรจากรัฐบาลท้องถิ่น (ซึ่งได้รับการเลือกตั้งเข้ามาบริหารงาน และจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น) แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เพื่อดูแลประชากรในความรับผิดชอบที่แน่นอน อันทำให้เกิดการแข่งขันกันให้บริการที่มีคุณภาพ เพราะถ้าแพทย์ให้บริการไม่ดีก็จะมีประชาชนเลือกไปขึ้นทะเบียนกับแพทย์ และประชากรต้องไปใช้บริการที่สถานบริการระดับต้นก่อน หากประชาชนข้ามขั้นตอนไปรับบริการที่สถานบริการในระดับที่สูงกว่า ก็ต้องจ่ายเงินเพิ่มถึง 3 - 4 เท่า อันเป็นระบบที่กลั่นกรองให้ผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับบริการที่เหมาะสมที่สถานบริการสุขภาพระดับต้น
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	แพทย์ GP/Family Doctor (ซึ่งจะเป็นแพทย์ที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐหรือเอกชนก็ได้) พยาบาล (เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ (เป็นเจ้าหน้าที่รัฐ) และทันตแพทย์ซึ่งจะให้บริการเฉพาะทันตกรรม
3. บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- สถานบริการสุขภาพระดับต้นเป็น Gate Keeper - ให้บริการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาประชาชนเมื่อเจ็บป่วย ส่วนหน้าที่อื่น ๆ ไม่ได้กล่าวถึง
4. ขอบเขตการบริการ	ไม่มีข้อมูล
5. ระบบการเงินการคลัง	- ประชาชนทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องจ่ายเงินเป็นรายปี สำหรับคนจนและเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี รัฐจะให้บริการฟรีโดยไม่ต้องเสียเงิน และเมื่อประชาชนเข้าไปรับบริการต้องจ่ายค่ายาเพิ่มเอง นอกจากนี้ถ้าประชาชนไปใช้บริการข้ามขั้นตอน ก็จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 3 - 4 เท่า - มีการแยกผู้ให้บริการ (Provider) กับผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ออกจากกันชัดเจน กล่าวคือ ◦ ผู้ซื้อบริการ หน่วยงานของรัฐในภูมิภาค ได้แก่ Federation of County Councils (บริหารโดย County Councils ซึ่งได้รับเลือกตั้งเข้ามาบริหารงานวาระละ 4 ปี) มีหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้ประชาชนและงานสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งหมด และ Swedish Association of Local Authorities ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นผู้ซื้อบริการให้กับประชาชน

ประเด็น	รายละเอียด
	◦ ผู้ให้บริการ แพทย์ GP/Family Doctor ได้รับเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวจากผู้ซื้อบริการมาจัดบริการให้ประชาชน ส่วนพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการก่อน แต่ไม่มีข้อมูล บอกว่าได้รับเงินจากแหล่งไหนมาจัดบริการให้ประชาชน
6. บทบาทของชุมชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	ไม่มีข้อมูล
7. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน จากสถานบริการสุขภาพระดับต้นไปสู่สถานบริการในระดับที่สูงกว่า แต่ไม่ได้มีการกล่าวถึงรายละเอียดของระบบการส่งต่อ

1.4 ประเทศสหราชอาณาจักร

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	- สถานบริการระดับต้น เป็นสถานบริการเอกชนที่มี GP รับผิดชอบการบริหารงานแยกเป็นเอกเทศ แต่ถูกควบคุมโดยรัฐบาล โดยกำหนดให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และกำหนดบทบาทของ GP ไว้ชัดเจน ในการรับผิดชอบการให้บริการสุขภาพระดับต้น ส่วนสถานบริการระดับต้นของรัฐคือสถานอนามัยที่มีทีมสุขภาพประกอบด้วย Health Visitors, Midwives, District Nurses จะให้บริการผู้ป่วยเชื่อมโยงกับแพทย์ GP ในคลินิก โดยใช้กลไกการขึ้นทะเบียนมาช่วยให้มีการทำงานเป็นทีม
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว
3. บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- เป็น Gate Keeper ให้บริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ผู้รับบริการ ที่ขึ้นทะเบียนและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ตามความเหมาะสม - บันทึกประวัติผู้ป่วยและการรับบริการในแฟ้มประวัติ เพื่อส่งต่อให้ GP คนต่อไป กรณีผู้ป่วยเลือกลงทะเบียนกับ GP คนใหม่ - เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ให้ประชาชนที่เป็นสมาชิกให้บริการ Secondary Care
4. ขอบเขตการบริการ	- การบริการรักษาโรคโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว - บริการทันตกรรม โดยทันตแพทย์ที่คลินิก - บริการเสริมที่รัฐจัดให้ในคลินิก คือ 1) Laboratory Services 2) Diagnostic Radiology - กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ โดยทีมงานจากโรงพยาบาล - นักสังคมสงเคราะห์ ดูแลสวัสดิการให้คนพิการและผู้มีปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
5. ระบบการเงินการคลัง	1. รายจ่ายด้านสุขภาพ อยู่ในระดับ 6% ของ GDP และสัดส่วนค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพระดับต้น เป็นร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด 2. แหล่งรายได้ด้านสุขภาพ ได้จากประชาชนจ่ายเงินเพื่อสุขภาพ ผ่านรัฐในรูปแบบของภาษี 3 ทาง 1) Direct Taxation (ร้อยละ 0 – 50) 2) Indirect Taxation (ร้อยละ 17) 3) National Insurance (ร้อยละ 9 ของรายได้) ส่วนรายได้จากประชาชนจ่ายเองโดยตรง และงบประมาณจากรัฐไม่มีข้อมูลกล่าวถึง

ประเด็น	รายละเอียด
	3. วิธีการจ่ายเงิน 1) จ่ายตามเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Fee) ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน 2) เพิ่มค่าตอบแทนส่วนที่เป็นกิจกรรมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามชนิดการให้บริการ (Fee Per Item of Service) 3) ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา 4. การบริหารกองทุน มี 1) Health Board เป็นองค์กรที่ซื้อบริการให้กับประชาชน โดยจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ 2) GP Found Holder รับงบประมาณจาก Health Board เพื่อบริการระดับต้นและซื้อบริการ Secondary Care ให้ผู้ป่วย
6. บทบาทของชุมชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	- ไม่ได้กล่าวถึง
7. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	- มีการเชื่อมโยงในด้านการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูง โดยใช้กลไกการขึ้นทะเบียน (Register) ที่ทำให้ประชาชนมีประตูที่จะเข้าสู่ระบบบริการ รวมทั้งใช้กลไกทางการเงิน โดยให้ GP Found Holder เป็นผู้ซื้อบริการ Secondary care ให้ผู้ป่วย

2. ประเทศกำลังพัฒนา

2.1 ประเทศมาเลเซีย

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	การจัดบริการภาครัฐแบ่งเป็น 2 ระดับที่สามารถเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อดังนี้ 1. Institutional Care แบ่งเป็น - National Referral Centre - Regional Hospital/State Hospital - Hospital with Specialists in Districts - Hospital without Specialists in Districts 2. Primary Health Care แบ่งเป็น - Health Clinics/Centres - Rural/Community Clinics ด้านการบริหารจัดการไม่ได้อยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของโรงพยาบาลประจำอำเภอ โดย 1 Health Clinics ดูแล 4 Rural Clinic ดังภาพ <pre> graph TD HC[Health Clinic 15,000-20,000 ประชากร] --- RC1[Rural Clinic 2,000-4,000] HC --- RC2[Rural Clinic 2,000-4,000] HC --- RC3[Rural Clinic 2,000-4,000] HC --- RC4[Rural Clinic 2,000-4,000] </pre>
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- ภาครัฐ ● คลินิกสุขภาพ(Health Clinic) แบ่งเป็นเขตเมืองและชนบท ประกอบด้วย - แพทย์ 1 คน - ผู้ช่วยแพทย์ 1 - 2 คน - ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน - ผู้ช่วยพยาบาล,พยาบาลผดุงครรภ์ 6 - 11 คน ● คลินิกชนบท(Rural Clinic) มีเพียงพยาบาลชุมชน 1 คน - ภาคเอกชน ● คลินิก โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน ● บริการที่นายจ้างจัดให้ ตามกฎหมายท้องถิ่นด้านแรงงาน (Local Labour Law, Rump Labour Code)

ประเด็น	รายละเอียด
3. บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- มีบทบาทเป็นเสมือน Gate Keeper ระดับหนึ่ง - คลินิกสุขภาพในเขตเมืองและในเขตชนบท (Health Clinic) ให้บริการดังนี้ - Curative Services - Family Health - Dental Services - Nutrition and Dietetics - Health Education/Promotion - Home Nursing - Rehabilitation Services - Environment Sanitation - คลินิกชนบท (Rural Clinic) - Simple Curative Care - Ante-natal Care - Post-natal Care/Family Planning - Child Health Care and Immunization - Dormicellary Delivery โดยในเขตเมืองจะเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. ระบบการเงินการคลัง	- ในการรักษาพยาบาลระดับต้นในสถานบริการภาครัฐ ประชาชนไม่มีส่วนร่วมจ่ายในค่ายาและค่ารักษาอื่น ๆ แต่ประการใด - ในการรักษาระดับที่สูงคือระดับ รพ.อำเภอขึ้นไป ประชาชนจะเสียค่าลงทะเบียน 1 ริงกิตสำหรับ OPD และ 5 ริงกิตสำหรับ IPD โดยไม่เสียค่ายาและค่ารักษาอื่น ๆ อีก - การใช้บริการภาคเอกชน ผู้ใช้บริการเป็นผู้จ่ายเอง(Out-of-Pocket Payment) ตามบริการที่ได้รับ ไม่เป็น Gate Keeper
5. บทบาทของชุมชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	- ชุมชนไม่มีบทบาทต่อบริการระดับต้น เนื่องจากภาครัฐให้การสนับสนุนด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่ายาและรักษาอื่น ๆ ประชาชนจึงพึ่งพาและคาดหวังจากภาครัฐมากเกินไป นับเป็นปัญหาสำคัญที่ภาครัฐได้พยายามกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และให้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
6. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	- โดยหลักการผู้ป่วยจะต้องขอรับบริการตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อ แต่โดยการปฏิบัติผู้ป่วยสามารถข้ามขั้นตอนได้โดยไม่มีกลไกที่จะบังคับ และระบบการส่งต่อจากสถานบริการระดับต้นไปสู่ระดับอื่น ๆ สถานบริการของรัฐได้รับงบประมาณผ่านทางระบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ในลักษณะ Global budget ส่วนสถานบริการเอกชน ผู้ใช้บริการจ่ายเงินเอง

2.2 ประเทศสิงคโปร์

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	การจัดบริการได้แบ่งออกเป็น 1. ระดับ Institutional Care มีการจัดชุดบริการทางการแพทย์พื้นฐาน (Basic Medical Care Package) ให้กับสถานบริการระดับ Institutional Care เพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น 2. ระดับ Primary Health Care การจัดบริการมี 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ● Family Health Service ● School Health Service ● Dental Service การให้บริการในระดับนี้ ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายโดยผ่านระบบการเงิน Medisave เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ประกันรวมทั้งครอบคลุมบุคคลในครอบครัวด้วย
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	● แพทย์ ● ทันตแพทย์ ● พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
3. บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	● ทำหน้าที่เสมือนเป็น Gate Keeper ระดับหนึ่งเท่านั้น กล่าวคือ ประชาชนสามารถใช้บริการระดับสูงได้โดยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วยตนเอง และไม่ต้องผ่านระบบการส่งต่อ
4. ขอบเขตการบริการระดับต้น	● Family Health Care ให้บริการผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ โดยจัดบริการในการให้วัคซีน การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจหาสาเหตุเบื้องต้น(screening) การจัดโปรแกรมบริการสุขภาพสำหรับสตรี การวางแผนครอบครัว การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การให้คำปรึกษาทางจิตเวช การบริการทันตกรรม การให้คำปรึกษาด้านยา การเอ็กซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสภาพ ● School Health Service มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพ การให้วัคซีน และการให้สุขศึกษาในนักเรียน ● Dental Service เป็นการพัฒนาทันตสุขภาพในช่องปากอย่างต่อเนื่อง เน้นการให้ความรู้ทันตสุขภาพ การให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน และการจัดการดูแลเพื่อป้องกันที่มีประสิทธิภาพในชุมชน

ประเด็น	รายละเอียด
5. ระบบการเงินการคลัง	● เป็นระบบที่ประชาชนมีความรับผิดชอบการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งตั้งอยู่บนความรับผิดชอบต่อปัจเจกบุคคลร่วมกับรัฐ ● ระบบการเงินสาธารณสุขประกอบด้วย 3 ส่วน - Medisave เป็นระบบบังคับสำหรับผู้มีอาชีพ - Medishield เป็นระบบประกันสุขภาพที่มีเบี้ยประกันราคาถูก - Medifund เป็นระบบกองทุนที่รัฐสนับสนุนผู้มีรายได้น้อย
6. บทบาทของชุมชนต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	● ขาดข้อมูล
7. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	● ประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการระดับสูงได้ แต่ทั้งนี้หากไม่เป็นไปตามระบบที่กำหนด ประชาชนจะเป็นผู้จ่ายเงินเต็มราคา แล้วจึงนำไปเบิกภายหลัง

2.3 ประเทศเกาหลีใต้

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	- สถานบริการระดับต้นส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชน คือคลินิกแพทย์ เช่น คลินิกเฉพาะโรค คลินิกทันตกรรม และคลินิกแพทย์ตะวันออก ให้บริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง - รัฐบาลดำเนินการขยายสถานบริการระดับต้นในเขตชนบทและพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ ได้แก่ Public Health Center , Health Sub – Center และ PHC Post
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป - แพทย์เฉพาะทางใน Special Clinic
3. บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการระดับต้น	- สถานบริการระดับต้นเป็น Gate Keeper แต่ไม่มีการขึ้นทะเบียน
4. ขอบเขตการบริการ	- ไม่ได้กล่าวถึงชัดเจน
5. ระบบการเงินการคลัง	1. แหล่งรายได้ด้านสุขภาพ มี 3 แหล่งคือ 1.) ประชาชนจ่ายโดยตรง (ร้อยละ 55.1) 2.) เบี้ยประกันในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (ร้อยละ 29.3) 3.) งบประมาณจากภาครัฐ (ร้อยละ 15) 2. วิธีการจ่ายเงิน จ่ายตามปริมาณบริการ (Fee- for- Services) และรัฐบาลควบคุมการให้บริการโดยกำหนด 1.) รายการบัญชีราคาบริการ 2.) สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ 3.) การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน 3. การบริหารกองทุน กองทุนทั้งหมดจะอยู่ภายใต้การดูแลของ National Federation of Medical Insurance ทำหน้าที่กำหนดสถานพยาบาล ทบทุน และจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล
6. บทบาทของชุมชนต่อระบบ บริการสุขภาพระดับต้น	- ไม่ได้กล่าวถึง
7. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	- การเชื่อมโยงด้านการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานบริการไม่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างคลินิกกับโรงพยาบาล เนื่องจากในระบบการส่งต่อไปสถานบริการระดับสูง ใช้วิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ โดยกองทุนประกันสุขภาพจ่ายให้โดยตรง ทำให้เกิดการแข่งขันกันในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อเพิ่มรายได้ให้สถานบริการ

2.4 ประเทศไต้หวัน

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	- สถานบริการระดับต้นส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชน คือคลินิกแพทย์ ร้ายยา คลินิกทันตกรรม และคลินิกแพทย์จีน ซึ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก - สถานบริการระดับต้นของรัฐในระดับชุมชน คือ Health Room , Primary Health unit ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาล (Nursing Care) ในเขตเมืองคือ Health Station , Group Practice Center ให้บริการการแพทย์พื้นฐาน - สถานบริการระดับต้นเกือบทั้งหมดเป็นสถานบริการในเครือข่ายของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่มีการขึ้นทะเบียน - ประชาชนเลือกใช้บริการได้อิสระ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านระบบบริการสุขภาพระดับต้น แต่จะมีกลไกการร่วมจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการที่ระดับต้นมากขึ้น กล่าวคือ อัตราการร่วมจ่ายเงินของประชาชนจะเพิ่มสูงขึ้น ถ้ามีการข้ามขั้นตอนไปรับบริการ
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- แพทย์ในคลินิก (แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว อายุรแพทย์ และกุมารแพทย์) - แพทย์จีน และเภสัชกร
3. บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการระดับต้น	- ไม่ได้เป็น Gate Keeper - แพทย์ในคลินิก ให้บริการเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล - แพทย์จีน ให้บริการคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน ยกเว้นบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - เภสัชกร ให้การวินิจฉัย รักษาและจ่ายยาได้
4. ขอบเขตการบริการ	- ไม่ได้กล่าวถึงชัดเจน แต่กล่าวถึงสถานบริการระดับต้นส่วนใหญ่ที่เป็นของเอกชนให้บริการเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล และประชาชนเลือกใช้บริการได้อิสระ ทำให้บริการแบบองค์รวมไม่เกิดขึ้น
5. ระบบการเงินการคลัง	1. แหล่งรายได้ด้านสุขภาพ มี 3 แหล่งคือ 1.) ประชาชนจ่ายโดยตรง (ร้อยละ 46.5) 2.) เบี้ยประกันในระบบประกันสุขภาพที่เก็บจากประชาชน (ร้อยละ 38.4) 3.) งบประมาณจากภาครัฐ (ร้อยละ 15.1) 2. วิธีการจ่ายเงิน จ่ายตามปริมาณบริการ (Fee- for- Services) โดยสำนักงานประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายเงินรายเดียวให้สถานบริการทุกระดับ ทั้งระดับต้นจนถึงระดับตติยภูมิ รวมทั้งการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนเพื่อป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น และอัตราส่วนร่วมจ่ายจะเพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่ไม่รับบริการสถานบริการระดับสูงโดยที่ไม่มีการส่งต่อ

ประเด็น	รายละเอียด
7. บทบาทของชุมชนต่อระบบ บริการสุขภาพระดับต้น	- ขาดความมีส่วนร่วมของชุมชนเนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นระบบตลาดเสรี โดยที่ประชาชนเลือกใช้บริการได้อิสระ
8. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	- ไม่มีระบบที่เชื่อมโยงสถานบริการเข้าด้วยกัน และขาดความเชื่อมโยงของบริการแบบองค์รวม เนื่องจากมีลักษณะแยกส่วนกันโดยเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก

3. ประเทศไทย

ประเด็น	รายละเอียด
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	มีการจัดบริการสุขภาพระดับต้น ดังนี้ 1.1 สถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐทุกระดับ และทุกสังกัด ตั้งแต่สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และรัฐวิสาหกิจ และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล โดยสถานบริการที่จัดบริการสุขภาพระดับต้น คือ - สถานีอนามัย (ในชนบท) และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ในเมือง) โดยให้บริการผสมผสานทั้งรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในเขตชนบทมีสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนที่มีการกำหนดจำนวนประชาชนที่ต้องรับผิดชอบสุขภาพ (Catchment area) ชัดเจน โดยที่โรงพยาบาลชุมชนจะรับผิดชอบการบริการปฐมภูมิสำหรับ 1 ตำบล ในเขตรับผิดชอบ และให้บริการอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นสำหรับประชาชนในอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลและพื้นที่ใกล้เคียง ส่วนในเขตเมืองไม่มีการแบ่งตาม Catchment area การให้บริการในทางปฏิบัติพบว่า จะเน้นบริการด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้นเป็นหลัก และมีการให้บริการที่ซับซ้อนคือ สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาล ให้บริการสุขภาพระดับต้นและบริการในระดับที่สูงกว่า ทั้ง ๆ ที่โดยบทบาทแล้ว จะต้องเป็นผู้ให้บริการในระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) 1.2 สถานบริการสาธารณสุขของภาคเอกชน อันได้แก่ คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์ให้บริการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ จะจัดบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ทุติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งจะเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่ในระยะหลัง ๆ เริ่มมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความสามารถในการจ่ายเงิน เช่น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ 1.3 ผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่เป็นที่ยอมรับของประชาชนในชุมชน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย หมอตำแย ให้บริการสุขภาพระดับต้นที่มีการผสมผสานแนวคิด วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของคนในชุมชน เข้าไปในการรักษาคน 1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการคัดเลือกและอบรมจากรัฐ เข้ามาทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งจะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก เช่น การชั่งน้ำหนักเด็ก การให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้าน ต่อมาได้เพิ่มบทบาทด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น (วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน) การจ่ายยาสามัญประจำบ้าน สำหรับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ต่อมาได้รับการยกระดับเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด

ประเด็น	รายละเอียด
	1.5 มีการขึ้นทะเบียนสำหรับประชาชนบางกลุ่มคือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม ซึ่งจะต้องมีระบบส่งต่อ (กรณีการรักษาพยาบาล)
2. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนที่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น หมอพื้นบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข
3. บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	เป็น Gate Keeper ในบางส่วน คือกลุ่มประชาชนที่มีการขึ้นทะเบียนและต้องมีเงื่อนไขในการใช้บริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (แต่ความเคร่งครัดไม่เกิน 100%) ได้แก่ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล กลุ่มผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม (รวมกันคิดเป็นร้อยละ 65.1 ของประชากรทั้งหมด) และส่วนที่นอกเหนือจาก 3 กลุ่มคือ กลุ่มประชาชนที่ไม่ต้องขึ้นทะเบียนและสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างเสรี จึงทำให้สถานบริการที่ให้บริการในกลุ่มดังกล่าวเป็น Gate Keeper ระดับหนึ่ง
4. ระบบการเงินการคลัง	มี 3 ระบบคือ 1. รัฐสวัสดิการ คือ ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ต้องไปใช้บริการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด 2. Fee-for-Service คือประชาชนจ่ายเงินเอง ตามปริมาณการให้บริการ 3. การร่วมจ่ายเงินระหว่างรัฐ นายจ้าง และผู้ประกันตน
5. บทบาทของชุมชน ต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น	ชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นอย่างแท้จริง แต่แนวโน้มในอนาคตมีการกระจายอำนาจไปยังท้องถิ่น จะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วางแผน จัดบริการสาธารณสุข ตลอดจนตรวจสอบการทำงานของสถานบริการสาธารณสุขมากขึ้น
6. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน แต่สำหรับกลุ่มที่มีเงื่อนไขการใช้ตามสิทธิ์ต้องเชื่อมโยงการใช้ระบบการส่งต่อที่อยู่ในเครือข่ายเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาในการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการข้ามขั้นตอนโดยไม่ผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้น 2. ระบบการส่งต่อขาดการเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและเอกชน

3.4.2 การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนา และไทย

ในหัวข้อนี้จะเป็นการสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศไทย โดยใช้แหล่งข้อมูลจากเอกสารของผู้ทบทวนวรรณกรรมระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศต่าง ๆ รวม 9 ประเทศ (ดังรายละเอียดในหัวข้อ 3.4.1 และ ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 4) สรุปได้ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพระดับต้นของประเทศต่าง ๆ

หลังจากที่ได้มีการนำเสนอรายละเอียด ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นในแต่ละประเทศ ในหัวข้อ 3.4.1 นั้น สามารถสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นของประเทศต่าง ๆ รวม 9 ประเทศ ได้ดังตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 แสดงระบบบริการสุขภาพระดับต้นของประเทศต่าง ๆ

ระบบบริการสุขภาพระดับต้น	สหรัฐ อเมริกา	ออสเตรเลีย	สวีเดน	สหราชอาณาจักร	มาเลเซีย	สิงคโปร์	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	ไทย
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น									
1.1 ภาครัฐ									
- โรงพยาบาล	NA	+	NA	องค์กรมหาชน	+	องค์กรมหาชน	NA	NA	+
- คลินิกเวชปฏิบัติ	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-
- สถานบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน : สอ./ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์แพทย์ชุมชน	NA	NA	+	+	+	+	+	+	+
- สถานบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ, นักเรียน, พัน	NA	NA	+	NA	NA	+	NA	NA	+
1.2 ภาคเอกชน									
- คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ	+	+	+	+	+	NA	+	+	+
- คลินิกแพทย์เฉพาะทาง (รวมถึงคลินิกทันตกรรม)	+	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	+
- แพทย์ทางเลือก (แพทย์จีน/แพทย์พื้นบ้าน)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	+	+
- โรงพยาบาลเอกชน	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA	NA	+
- ร้านขายยา	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	+	+
2. ลักษณะบริการสุขภาพระดับต้น									
2.1 ผสมผสาน (Integrated Care)									
- ส่งเสริมสุขภาพ	+	+	NA	+	+/-	+	NA	+/-	+
- ป้องกันโรค	+	+	NA	NA	+/-	+	NA	NA	+

ระบบบริการสุขภาพระดับต้น	สหรัฐ อเมริกา	ออสเตรเลีย	สวีเดน	สหราชอาณาจักร	มาเลเซีย	สิงคโปร์	เกาหลี ใต้	ไต้หวัน	ไทย
- รักษาพยาบาล	+	+	+	+	+	+	+	+	+
- พันฟูสุขภาพ	+	NA	NA	NA	NA	+	NA	NA	+/-
2.2 องค์รวม (Holistic Care)	+	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-
2.3 ต่อเนื่อง (Continuity)	+	+	NA	NA	NA	+/-	NA	NA	+/-
3. ขอบเขตบริการสุขภาพระดับต้น									
- บริการเชิงรุกในชุมชน (Community based)	+	+	-	+	+	+/-	-	-	+/-
- การตั้งรับในสถานบริการ (Hospital Based)	+	+	+	+	-	+	+	+	+
4. การควบคุมคุณภาพการบริการ สุขภาพระดับต้น									
4.1 กฎหมาย	+	NA	+	NA	+	NA	NA	NA	+
4.2 มาตรฐานบริการ	NA	+	NA	+	NA	NA	+	NA	+
4.3 องค์การอิสระควบคุม	NA	+	NA	+	NA	NA	+	NA	-
4.4 กลไกทางการเงิน	+	+	+	+	+	+	+	+	-
5. การแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) กับผู้จัดบริการ (Provider)	-	+	+	+	-	-	-	-	-
6. การขึ้นทะเบียน	+/-	-	-	+	-	-	-	-	-
7. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น									
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	++	++	++	++	++	++	++	++	++
- แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว	++	-	++	++	++	-	-	-	-
- แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น	++	-	-	-	-	-	+	++	+
- พยาบาล	+	-	++	-	+	+	-	-	+
- ผู้ช่วยแพทย์	+	-	-	-	+	-	-	-	-
- ทันตแพทย์/เภสัชกร	+	-	+	-	+	+	-	+	+
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	-	-	+	-	-	+	-	-	++
- อาสาสมัคร/ประชาชน	-	-	-	-	-	-	-	-	+
8. ลักษณะการให้บริการสุขภาพ ระดับต้น									
- ให้เป็นทีมสุขภาพ	+	-	+	+	-	-	+	+	-
- ให้บริการลักษณะอิสระ									
9. บทบาทของสถานบริการสุขภาพ ระดับต้น									
- เป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการ (Gate Keeper)	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	-	+/-

ระบบบริการสุขภาพระดับต้น	สหรัฐ อเมริกา	ออสเตรเลีย	สวีเดน	สหราชอาณาจักร	มาเลเซีย	สิงคโปร์	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	ไทย
10. ระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	-	+/-
11. บทบาทของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้น	-	+	NA	NA	-	NA	NA	NA	+/-
12. ระบบการจ่ายเงิน									
- รัฐสวัสดิการ	+	-	+	+	+	+	-	-	+
- การร่วมจ่ายเงิน (Co-Payment)	+	+	+	+	-	+	+	+	+
- จ่ายตามปริมาณบริการ (Fee for Service)	+	+	-	-	+	-	+	+	+
13. รูปแบบการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ									
- แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)	+	-	+	+	-	-	-	-	+
- แบบกองทุนประกันสุขภาพ (Fund Holder)	-	+	-	-	-	+	+	+	-
14. สถิติสุขภาพที่สำคัญ									
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (% GDP)* (1997) แบ่งเป็น	13.7	7.8	9.2	5.8	2.4	3.1	4.0 ^{a,b}	5.1 (1994)	5.7
1. ภาครัฐ (ร้อยละ)	44.1	72	78	96.9	57.6	35.8	NA		33
2. ภาคเอกชน (ร้อยละ)	55.9	28	22	3.1	42.4	64.2	NA		67
- อายุคาดเฉลี่ย* (Life expectancy) (1999)							72(รวม) (1997)		
ชาย	73.8	76.8	77.1	74.7	67.6	75.1		71.96	66
หญิง	79.7	82.2	81.9	79.7	69.9	80.8		77.9 (1998)	
- อัตราทารกตาย** (Infant Mortality Rate)/1,000 การเกิดมีชีพ (1997)	7	5	4	6	11	4	9	6.43 (1995)	33
- อัตรามารดาตาย** (Maternal Mortality ratio)/100,000 การเกิดมีชีพ	12 ^c	9 ^c	7 ^c	9 ^b	34 ^b	10 ^c	30 ^b	NA	200 ^c
- สัดส่วนแพทย์/ประชากร 1,000 คน**	2.5 ^a	2.2 ^a	3.1 ^a	1.5 ^a	0.4 ^a	1.4 ^a	1.2 ^a	1.3 (1995)	0.2 ^a

หมายเหตุ 1. แสดงข้อมูลปรากฏอยู่ในเอกสารการทบทวนประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นจากต่างประเทศ และประเทศไทย

++ หมายถึง เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการเด่นชัด

- + หมายถึงเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการ
- หมายถึงไม่ปรากฏว่ามีการดำเนินการ
- +/- หมายถึงขึ้นอยู่กับพื้นที่และผู้ให้บริการ
- NA หมายถึงไม่มีข้อมูล

2. ข้อมูลสถิติสุขภาพที่สำคัญ

* ข้อมูลจาก The World Health Report 2000 : Health Systems ; Improving Performance

** ข้อมูลจาก World Development Indicators 1999 โดยที่

a = Data are for Most Recent Year Available

b = Official Estimate

c = UNICEF – WHO estimated based on statistical modeling.

*** ข้อมูลจาก การทบทวนประสบการณ์การจัดบริการสุขภาพระดับต้น : กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน

2. การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศไทย

จากตารางที่ 3.10 สามารถสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้น โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ประเทศที่พัฒนาแล้ว (สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ประเทศกำลังพัฒนา (มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) และไทย ซึ่งสรุปได้ทั้งสิ้น 13 เรื่องดังนี้

ประเด็น	ประเทศที่พัฒนาแล้ว	ประเทศกำลังพัฒนา	ไทย
1. การจัดบริการสุขภาพระดับต้น	ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในรูปแบบคลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ (ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร)	ภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในรูปแบบสถานบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข (ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์) ยกเว้นประเทศเกาหลีใต้และประเทศไต้หวันเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นหลักคือภาคเอกชนในรูปแบบคลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ	ภาครัฐและภาคเอกชน เป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย กล่าวคือ สถานบริการทุกระดับเป็นหน่วยที่จัดบริการสุขภาพระดับต้นในสถานบริการทุกระดับ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกชนมีการจัดบริการที่มีความหลากหลายมากกว่า คือจัดบริการในรูปแบบหน่วยบริการ เช่น คลินิกและผู้ให้บริการอิสระ เช่น แพทย์ทางเลือก
2. ลักษณะบริการสุขภาพระดับต้น	บริการเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ประเทศสวีเดน และสหราชอาณาจักร) นอกจากนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลียที่มีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พั่นฟูสุขภาพและการให้บริการอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจน	บริการเน้นหนักทางด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก (ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) สำหรับการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขึ้นอยู่กับพื้นที่และผู้ให้บริการ (ประเทศมาเลเซีย ไต้หวัน)	บริการมีการผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล พั่นฟูสุขภาพ โดยเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามพบว่าการให้บริการต่อเนื่องเกี่ยวกับการพั่นฟูสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพพื้นที่และตัวผู้ให้บริการ
3. ขอบเขตบริการสุขภาพระดับต้น	ดำเนินการจัดบริการตั้งรับในสถานบริการ (Hospital Based) มากกว่าจัดบริการเชิงรุกในชุมชน (Community Based) (ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร)	ดำเนินการตั้งรับในสถานบริการ (Hospital Based) เป็นหลัก (ประเทศสิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน)	ดำเนินการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน คือ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในเขตเมืองจัดบริการตั้งรับมากกว่า

ประเด็น	ประเทศที่พัฒนาแล้ว	ประเทศกำลังพัฒนา	ไทย
4. การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น	การควบคุมคุณภาพบริการใช้กลไกทางการเงินเป็นหลัก (ประเทศสหรัฐอเมริกา สวีเดน) ยกเว้นประเทศ ออสเตรเลียและประเทศสหราชอาณาจักร นอกจากนี้จะใช้กลไกทางการเงินแล้วยังใช้มาตรการอื่น ๆ คือการกำหนดมาตรฐานบริการ และองค์กรอิสระควบคุมคุณภาพบริการ	การควบคุมคุณภาพบริการใช้กลไกทางการเงินเป็นหลัก (ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ ไต้หวัน) ยกเว้นประเทศเกาหลีใต้ ที่ใช้กลไกทางการเงินแล้วยังใช้มาตรการอื่น ๆ คือ การกำหนดมาตรฐานบริการและองค์กรอิสระควบคุมคุณภาพบริการ	การควบคุมคุณภาพบริการ ใช้ 2 วิธีการคือ การกำหนดมาตรฐานบริการเป็นหลัก ควบคู่ไปกับการใช้กฎหมายในการควบคุมคุณภาพ
5. การแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น (Provider)	ทุกประเทศ (ยกเว้นสหรัฐอเมริกา) มีการแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น (Provider) อย่างชัดเจน	ทุกประเทศ (มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) ไม่มีการแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น (Provider)	ไม่มีการแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น (Provider) ยกเว้น ระบบประกันสังคม
6. การขึ้นทะเบียน (Registration)	ทุกประเทศ (ยกเว้นออสเตรเลีย สวีเดน) มีการขึ้นทะเบียน	ทุกประเทศ (มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) ไม่มีการขึ้นทะเบียน	มีการขึ้นทะเบียนในบางกลุ่มคือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (ร้อยละ 42.1) กลุ่มผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 13.8) และกลุ่มผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม (ร้อยละ 9.2)
7. ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นผู้ให้บริการหลัก (ประเทศสหรัฐอเมริกา สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ยกเว้นประเทศออสเตรเลียมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการหลัก	ทุกประเทศมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการหลัก แต่ก็ยังพบว่ามีบุคลากรสุขภาพกลุ่มอื่นเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นด้วย ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และแพทย์เฉพาะทาง	แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ให้บริการหลัก

ประเด็น	ประเทศที่พัฒนาแล้ว	ประเทศกำลังพัฒนา	ไทย
8. ลักษณะผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	ทุกประเทศ (ยกเว้นออสเตรเลีย) ให้บริการในลักษณะเป็นอิสระ (Private) มากกว่าดำเนินการในลักษณะทีมสุขภาพ	การให้บริการมีทั้งในลักษณะทีมสุขภาพและให้บริการแบบอิสระ (Private) โดยเฉพาะในประเทศที่มีเศรษฐกิจดี (เกาหลีใต้ ไต้หวัน) จะให้บริการในลักษณะอิสระมากกว่า	มีการให้บริการในลักษณะเป็นทีมสุขภาพ
9. บทบาทผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	สถานบริการสุขภาพระดับต้นในทุกประเทศเป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพ (Gate Keeper)	สถานบริการสุขภาพระดับต้นในทุกประเทศไม่มีบทบาทเป็น Gate Keeper ที่ชัดเจน	สถานบริการสุขภาพระดับต้น ยังไม่มีบทบาทเป็น Gate Keeper ที่ชัดเจน
10. ระบบการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพขั้นสูง	ทุกประเทศมีระบบส่งต่อเป็นกลไกการเชื่อมโยงอย่างชัดเจน	ทุกประเทศมีระบบการส่งต่อเป็นกลไกการเชื่อมโยงแต่พบว่าระบบส่งต่อ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร	มีระบบการส่งต่อเป็นกลไกเชื่อมโยง แต่พบว่า ระบบส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร
11. บทบาทของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้น	ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนยืนยันเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้น แต่องค์กรท้องถิ่นจะมีบทบาทมาก บางประเทศจะมีบทบาทในการจัดบริการ บางประเทศจะมีบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการ	ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนยืนยันเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นไม่มีบทบาทชัดเจน	ขณะนี้ชุมชนยังมีบทบาทไม่มากในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น (จากแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน) แต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้กำหนดให้มีการกระจายอำนาจไปยังองค์กรท้องถิ่น ก็จะทำให้แนวโน้มในอนาคตชุมชนจะมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นมากขึ้น
12. ระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ	ระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการในทุกประเทศ เป็นแบบร่วมจ่าย (Co-payment) สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย มีการจ่ายตามปริมาณบริการด้วย	ระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบรัฐสวัสดิการ โดยมีการร่วมจ่าย (Co-payment) และการจ่ายเองตามปริมาณบริการ (Fee-for-Service) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน	ระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพของประชาชน มีรูปแบบหลากหลาย ทั้งรัฐสวัสดิการ โดยจ่ายเป็น capitation สำหรับบางกรณี การร่วมจ่าย (Co-payment) และการจ่ายเองตามปริมาณการบริการ (Fee-for-Service)

ประเด็น	ประเทศที่พัฒนาแล้ว	ประเทศกำลังพัฒนา	ไทย
13. รูปแบบการจัด สรรงบประมาณ ด้านสุขภาพของรัฐ	การจัดสรรเงินของรัฐ ส่วนใหญ่เป็นแบบ เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) (ประเทศสหรัฐ อเมริกา สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ยกเว้น ประเทศออสเตรเลีย จัดสรรแบบกองทุนประกัน สุขภาพ	การจัดสรรเงินของรัฐ ส่วนใหญ่เป็นแบบกอง ทุนประกันสุขภาพ (Fund Holder)	การจัดสรรเงินของภาครัฐ ส่วนใหญ่เป็นแบบ Global budget และเหมาจ่าย (Capitation) แต่ จะมีลักษณะเป็นกองทุนทดแทน (Fund Holder) ในกลุ่มผู้ประกันตนตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม

หมายเหตุ : ประเทศตะวันตกคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร
ประเทศตะวันออกคือ ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน

3. จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศต่าง ๆ

สามารถสรุปจุดแข็งและจุดอ่อน ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศต่าง ๆ ได้ดังตารางที่ 3.11

ลำดับ ที่	ประเทศ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
1.	สหรัฐอเมริกา	1. มีเครือข่ายของบริการระดับต้นที่ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ 2. การสร้างให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมเป็นด้านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ 3. บริการสุขภาพระดับต้น ผูกพันกับกลไกทางการเงิน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทำให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ทำให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพราะต้องการลดต้นทุนของการจัดบริการสุขภาพโดยรวมในระยะยาว	1. ขาดความสัมพันธ์กับชุมชน 2. ไม่เอื้อให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการแก่บุคคลและชุมชน 3. ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการสูง
2.	ออสเตรเลีย	1. การแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้ให้บริการ (Provider) ออกจากกัน สำหรับงาน GP ทำให้ GP เกิดการแข่งขันและพัฒนาคุณภาพบริการของตน 2. การพัฒนาให้มี GP Divisions ในการพัฒนางาน GP ในพื้นที่และพัฒนาคุณภาพงาน GP ทำให้ระบบมีการเชื่อมโยงมากขึ้น 3. มีการใช้ภาคีระหว่างภาครัฐ รัฐท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ภาคเอกชน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในการทำงานด้านสาธารณสุข	1. ยังไม่มีระบบการลงทะเบียน จึงทำให้เกิดปัญหาผู้รับบริการ Shopping Around เพื่อหาแพทย์ GP 2. ส่วนใหญ่ให้การคุ้มครองเฉพาะงานบริการสุขภาพระดับต้น ที่ให้บริการโดยแพทย์ GP เท่านั้น แต่หากประชาชนต้องการใช้บริการสุขภาพสาขาอื่น ๆ ต้องจ่ายเงินเองหรือจ่ายร่วมบางส่วน 3. ระบบการจ่ายเงินให้แพทย์ GP ยังเป็นแบบ Fee-for-Service ทำให้ยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ลำดับ ที่	ประเทศ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
3.	สวีเดน	4. การกำหนดอัตราร่วมจ่ายของประชาชนสำหรับงาน GP ช่วยลดแรงจูงใจในการรับบริการเกินจำเป็น และการกำหนดอัตราจ่ายร่วมงาน GP ที่รับจากโรงพยาบาลที่มากกว่าคลินิก ทำให้การใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น 1. มีการแยกบทบาทของผู้ซื้อบริการ (Purchaser) กับผู้ให้บริการ (Provider) ออกจากกัน 2. นำเอากลไกการขึ้นทะเบียน (Registration) มาใช้โดยให้ประชาชนมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการและสามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ 3. มีสถานบริการสุขภาพระดับต้นจัดบริการสุขภาพระดับต้นให้กับประชาชนทั่วไป และเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ	4. จำนวนแพทย์ GP มีล้นตลาด ทำให้กลุ่มแพทย์ที่เป็นกลุ่มใหญ่ในการควบคุมนโยบาย ไม่ต้องการให้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพสาขาอื่น ๆ มาทดแทนการปฏิบัติงานที่แพทย์ GP ทำอยู่ NA
4.	สหราชอาณาจักร	1. การเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินของผู้รับบริการ จากการจ่ายเงินโดยตรงให้ผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่ทำคลินิกส่วนตัวในภาคเอกชน เป็นการจ่ายเงินโดยอ้อมผ่านรัฐชัดเจน 2. นำเอากลไกการขึ้นทะเบียน (Registration) มาใช้โดยให้ประชาชนมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ประจำครอบครัว และสามารถมีสิทธิในการเปลี่ยนผู้ให้บริการสถานบริการหรือเครือข่ายได้ ตามระยะเวลาที่กำหนด จึงทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ จะต้องให้บริการที่มีคุณภาพและเกิดความสัมพันธ์อันยาวนานระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ	NA

ลำดับ ที่	ประเทศ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
5.	มาเลเซีย	จึงช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการมารับบริการ รวมทั้งประชาชนผู้ขึ้นทะเบียนมีประตูลู่เข้าสู่ระบบบริการ ซึ่งเมื่อมีความจำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล จะทำให้มีที่ปรึกษาที่มีความรู้ทั้งการให้บริการและความรู้ที่ทราบถึงศักยภาพของสถานบริการต่าง ๆ ในระบบ 3. มีการทำงานเป็นทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลเยี่ยมบ้านสำหรับกิจกรรมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผดุงครรภ์และพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ให้บริการ Nursing Care ทำงานเชื่อมโยงกับแพทย์ GP ในคลินิกส่วนตัว เนื่องจากการมีกลไกของการขึ้นทะเบียนมาช่วยให้เกิดความเชื่อมโยง 4. รัฐบาลเข้ามาควบคุมการจัดบริการสาธารณสุขเอง ในลักษณะของรัฐสวัสดิการ จึงไม่มีภาพลักษณ์ของการค้าหรือธุรกิจ 1. การจัดให้แพทย์ไปปฏิบัติหน้าที่ที่ระดับคลินิกสุขภาพในเรื่อง (Health Clinic) ซึ่งทำให้ช่องว่างของการได้รับบริการจากแพทย์ไม่มาก รวมทั้งการให้คลินิกชนบท (Rural Clinic) ซึ่งมีพยาบาลชุมชนประจำอยู่ภายใต้การบริหารของคลินิกสุขภาพ ซึ่งมีแพทย์ดูแล ทำให้งานบริการด้านการรักษาของพยาบาลชุมชนมีการพัฒนา	1. ไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทำให้ไม่มี Gate Keeper 2. ไม่มี Gate Keeper

ลำดับ ที่	ประเทศ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
		2. เป็นประเทศแรกในประเทศกำลังพัฒนาที่ออกกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมและตรวจสอบการบริการทางการแพทย์ภาคเอกชน ซึ่งจะเน้นการควบคุมทะเบียน ใบอนุญาต คุณภาพของสิ่งอำนวยความสะดวก และบริการ การบริหารจัดการและองค์กรบริหารการดูแลสุขภาพ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวจะเน้นการสร้างหลักประกันในการให้บริการของภาคเอกชน	2. รัฐบาลออกค่าใช้จ่ายให้ประชาชนในการไปใช้บริการจากสถานบริการรัฐ ทำให้ประชาชนพึ่งพิงรัฐและไม่มีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง
			3. ผู้ป่วยสามารถข้ามขั้นตอนการดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไปพบแพทย์เฉพาะทางได้โดยเสรี
			4. การให้บริการแพทย์พื้นฐาน ไม่มีการกำหนดกลุ่มประชากรและตัวแพทย์ที่รับผิดชอบแน่นอน ทำให้ประชาชนไปหาแพทย์คนไหนก็ได้ เกิดพฤติกรรม Shopping Around แพทย์
6.	สิงคโปร์	1.ระบบ Saving Account ทำให้ประชาชนมีเงินออมเพื่อการรักษาพยาบาล 2.การร่วมจ่ายทำให้ไม่มี Over Utilization 3.รับบริการที่สถานบริการระดับต้น ประชาชนจะประหยัดกว่าไป รพ.	NA
7.	เกาหลีใต้	1. มีระบบร่วมจ่าย	NA
8.	ไต้หวัน	1. มีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายวิชาชีพคือ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ แพทย์ พยาบาลที่ให้บริการที่บ้าน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการระดับต้นได้ โดยไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ ยกเว้นประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ภูเขา หรือเกาะที่ห่างไกล	1. สถานพยาบาลระดับต้นและโรงพยาบาล ให้บริการที่ซ้ำซ้อนในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน

ลำดับ ที่	ประเทศ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
		2. สถานพยาบาลระดับต้นเกือบทั้งหมดเป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการได้โดยไม่มีข้อจำกัดทางการเงิน	2. สถานพยาบาลที่อยู่ในระดับเดียวกัน และต่างระดับ ต่างให้บริการอย่างอิสระ รวมทั้งขาดระบบเชื่อมโยงสถานพยาบาลเข้าด้วยกัน
9.	ไทย	NA	3. การจัดบริการเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ขาดความเชื่อมโยงของบริการแบบองค์รวม 4. ระบบการจ่ายเงินแบบ Fee-for-Service ทำให้ผู้ให้บริการกระตุ้นให้เกิดการใช้บริการที่เกินความจำเป็น 5. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น 6. ประชาชนเลือกผู้ให้บริการได้อิสระ ทำให้สถานพยาบาลระดับต้น ไม่สามารถระบุกลุ่มประชากรเป้าหมายแน่นอน จึงไม่สามารถจัดบริการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง NA

หมายเหตุ : แสดงข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในเอกสาร การทบทวนประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นจากต่างประเทศ และประเทศไทย
NA หมายถึงไม่มีข้อมูล

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และใน(ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

เป็นการนำเสนอ บทสรุปและข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย เพื่อเสนอในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยการศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร ประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน และประเทศไทย

ผลการศึกษา สรุปดังนี้

1. จากการทบทวนสถานการณ์ พบว่า ระบบบริการสุขภาพในอนาคต ควรจัดบริการสุขภาพในระดับต้น (Primary Care) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมประชาชนมากขึ้น เพราะบริการสุขภาพระดับต้นสามารถให้บริการในลักษณะผสมผสานและองค์รวมได้ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต เช่น โรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่นับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนในการจัดสถานบริการสุขภาพระดับต้นไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับการจัดบริการที่โรงพยาบาล การจัดระบบบริการสุขภาพโดยให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นทำหน้าที่เป็นด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (Gate Keeper) โดยประชาชนต้องมาใช้บริการก่อนไปสู่สถานบริการในระดับที่สูงขึ้น

2. จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่า การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ส่วนใหญ่เห็นว่าควรจัดให้คนไทยทุกคนมีผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวทันที

สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวในเขตชนบท คือ สถานีอนามัย รองลงมาเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน ส่วนในเมือง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลชุมชนด้วย

ผู้ให้บริการเป็นแพทย์, พยาบาล, พนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข

ควรให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้าน แต่รัฐต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกัน จัดระบบที่ทำให้ประชาชนสะดวกที่สุดรวมทั้งต้องพัฒนาคุณภาพบริการและศักยภาพผู้ให้บริการ จัดระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ปฏิรูประบบสุขภาพ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระบบการเงิน การกระจายอำนาจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กันไป

3. จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับต้น พบดังนี้

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความเห็นใน 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรก ต้องมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ควบคู่กันไปด้วย ต้องคำนึงถึงทุกมิติที่เกี่ยวกับสุขภาพ การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นจัดบริการที่ครอบคลุม การประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน การพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งศักยภาพผู้ให้บริการ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและดูแลสถานบริการ

ลักษณะที่ 2 คือ ต้องมีการสร้างสุขภาพของสังคมให้เข้มแข็งก่อน จึงค่อยมีการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว เพราะว่าสุขภาพสังคมเข้มแข็ง จะทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และไม่ป่วยง่าย จะได้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยลง รวมทั้งมองว่าการสร้างสุขภาพเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน

3.2 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

จะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับต้น อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัคร เป็นต้น

3.3 การขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น ซึ่งอาจให้ประชาชนเลือกได้โดยอิสระ แต่ต้องเป็นสถานบริการที่มีระบบควบคุมและตรวจสอบคุณภาพได้ หรือรัฐอาจจัดสถานบริการให้ประชาชนขึ้นทะเบียนตามเขตพื้นที่ แต่ก็มีความเห็นบางส่วนที่ยัง

ไม่ยอมให้มีการขึ้นทะเบียน ด้วยเหตุผลเรื่องการจำกัดสิทธิของประชาชนและอาจทำให้เกิดการผูกขาด ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ

3.4 การคุ้มครองสิทธิของประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

- 1) ให้มีการกำหนดมาตรฐานการจัดบริการและใช้กลไกทางสังคมในการตรวจสอบด้วย
- 2) ปรับปรุงกลไกทางการเงิน เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการได้
- 3) การพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ให้ควบคู่กับให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 4) ออกกฎหมายที่จะคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้รับบริการ จากสถานบริการที่ไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น หมอพื้นบ้าน
- 5) สร้างเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและตรวจสอบสถานบริการ

3.5 ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

ระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะ โดยลักษณะแรกควรจัดในลักษณะที่เป็นเครือข่ายผ่านของสถานบริการที่หลากหลายทั้งของรัฐและเอกชน โดยให้มีการสร้างระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อภายในเครือข่าย และระหว่างเครือข่ายในกรณีที่เป็น ส่วนลักษณะที่สอง เสนอให้มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการด้วยกระบวนการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีลักษณะเป็น Contractor กับสถานบริการในระดับที่สูงกว่า

3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว

การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว มี 2 ลักษณะคือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่าง ๆ เช่น กลไกทางการเงิน และการเข้ามาร่วมจัดบริการ โดยประชาชนเป็นอาสาสมัครเข้ามาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน พร้อมกันนี้ต้องให้สถานบริการสุขภาพระดับต้นรุกเข้าไปช่วยเหลือชุมชนด้วย แทนที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐฝ่ายเดียว

4. การสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับต้นในประเทศพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา พบดังนี้

4.1 ในประเทศพัฒนาแล้ว (กรณีศึกษา 4 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สวีเดน และสหราชอาณาจักร) ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในรูปแบบคลินิกแพทย์เวชปฏิบัติ โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นผู้ให้บริการหลัก ซึ่งบริการจะเป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นชัดเจน สถานบริการสุขภาพระดับต้นเป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพมีการขึ้นทะเบียน (ประเทศสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา) และมีระบบส่งต่อเป็นกลไกในการเชื่อมโยงชัดเจน สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบร่วมจ่ายและจ่ายตามปริมาณบริการ

4.2 ในประเทศกำลังพัฒนา (กรณีศึกษา 4 ประเทศคือ มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน) ภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นในชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยมีทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งบริการจะเน้นหนักการรักษาพยาบาลมากกว่าส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น ใช้กลไกทางการเงินและมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นต้น ไม่มีการแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น สถานบริการสุขภาพระดับต้น ไม่ได้มีบทบาทเป็นด่านแรกของการเข้าสู่บริการสุขภาพที่ชัดเจน ไม่มีการขึ้นทะเบียน และระบบส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับระบบการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ มีทั้งแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายและจ่ายเองตามปริมาณบริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

4.3 จุดเด่นที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทย มีดังนี้

- 1) ใช้คลินิกแพทย์ภาคเอกชนร่วมเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น
- 2) ใช้กลไกทางการเงิน การกำหนดมาตรฐานบริการและองค์กรอิสระในการควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น

- 3) มีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการ ออกจากกันชัดเจน
- 4) มีการขึ้นทะเบียน (ประเทศสหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา)
- 5) ผู้ให้บริการหลักคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- 6) มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว

(Capitation)

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยและต่างประเทศ การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการ และประชาชน การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอ เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นในการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาระบัญญัติ ใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. คำจำกัดความ ระบบบริการสุขภาพระดับต้น หมายถึง *ด้านแรกของระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน และใกล้ชีวิตประชาชน*

2. ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์

2.1 เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ เบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน

2.2 มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลาย ให้เลือกได้ ทั้งแผนปัจจุบันและระบบบริการทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งต้องมีระบบการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการฉุกเฉินและระบบบริการสังคมอื่น ๆ

2.3 ต้องมีการกำหนดชุด “การบริการขั้นพื้นฐาน” (Basic Essential Package) ที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนของระบบ และเพื่อการบริหารจัดการด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ

3. หลักการทั่วไปที่จะสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น

3.1 การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพ

ต้องปรับการมองเรื่องสุขภาพว่าหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ คือเป็นสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น เช่น การศึกษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ฯลฯ

3.2 ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน โดยการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสร้างระบบเชื่อมต่อกับระบบบริการระดับต้น

4. เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพ 100%

เพื่อให้เกิดเอกภาพในเรื่องการเงินที่จะสร้างเงื่อนไขให้เอื้อต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น

4.2 กำหนดเงื่อนไขในระบบประกันสุขภาพ

4.2.1 หลักประกันสุขภาพทุกระบบต้องครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ต้องกำหนดให้ผู้มีสิทธิ ใช้บริการผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อน โดยมีข้อยกเว้นสำหรับกรณีฉุกเฉิน หรือกรณีเดินทางไปต่างพื้นที่ ทั้งนี้จะต้องมีการเลือกลงทะเบียน (Selective Registration) กับสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง มีข้อมูลครบถ้วน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ

4.2.2 กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพระดับต้นให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หรือเหมาจ่ายรายหัวในบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แต่จ่ายตามรายบริการ (Fee for Service) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.2.3 กลไกและระบบการจ่ายเงิน จะต้องช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมบริการสุขภาพระดับต้น และเกิดการกระจายทรัพยากร และกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม เช่น อัตราการจ่ายที่ใกล้เคียงหรือดีกว่าบริการเฉพาะทาง หรืออัตราการจ่ายที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย

4.2.4 ให้มีระบบที่ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) สำหรับบริการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น ทั้งนี้ให้ยกเว้นแก่ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

4.3 การพัฒนาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับบริการสุขภาพระดับต้น

4.3.1 องค์ความรู้ ต้องมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่การปฏิรูปบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ควรเป็นภาระของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ

4.3.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

1) ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นจะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary Personnel) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการหลัก บุคลากรสาขาอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร ร่วมเป็นทีมสุขภาพตามลักษณะของพื้นที่

2) ระบบการพัฒนากำลังคน

(2.1) หลักสูตรการเรียนการสอนทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในทุกสถาบันการศึกษา ต้องเน้นการผลิตบุคลากรเพื่อบริการสุขภาพพระระดับต้น โดยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

(2.2) มีระบบการศึกษาต่อเนื่องของผู้ให้บริการสุขภาพพระระดับต้น ที่ชัดเจน มีการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.3.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการยา/เวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ให้

สถานบริการสุขภาพพระระดับต้นมีบัญชียาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีระบบการร่วมกันจัดหายาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาจได้รับยาจากสถานบริการสุขภาพพระระดับต้น หรือแยกไปรับยาจากร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้

4.3.4 สถานบริการ ต้องเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน และต้องกำหนดให้มีมาตรฐานสถานบริการที่เท่าเทียมกัน และมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานด้วย

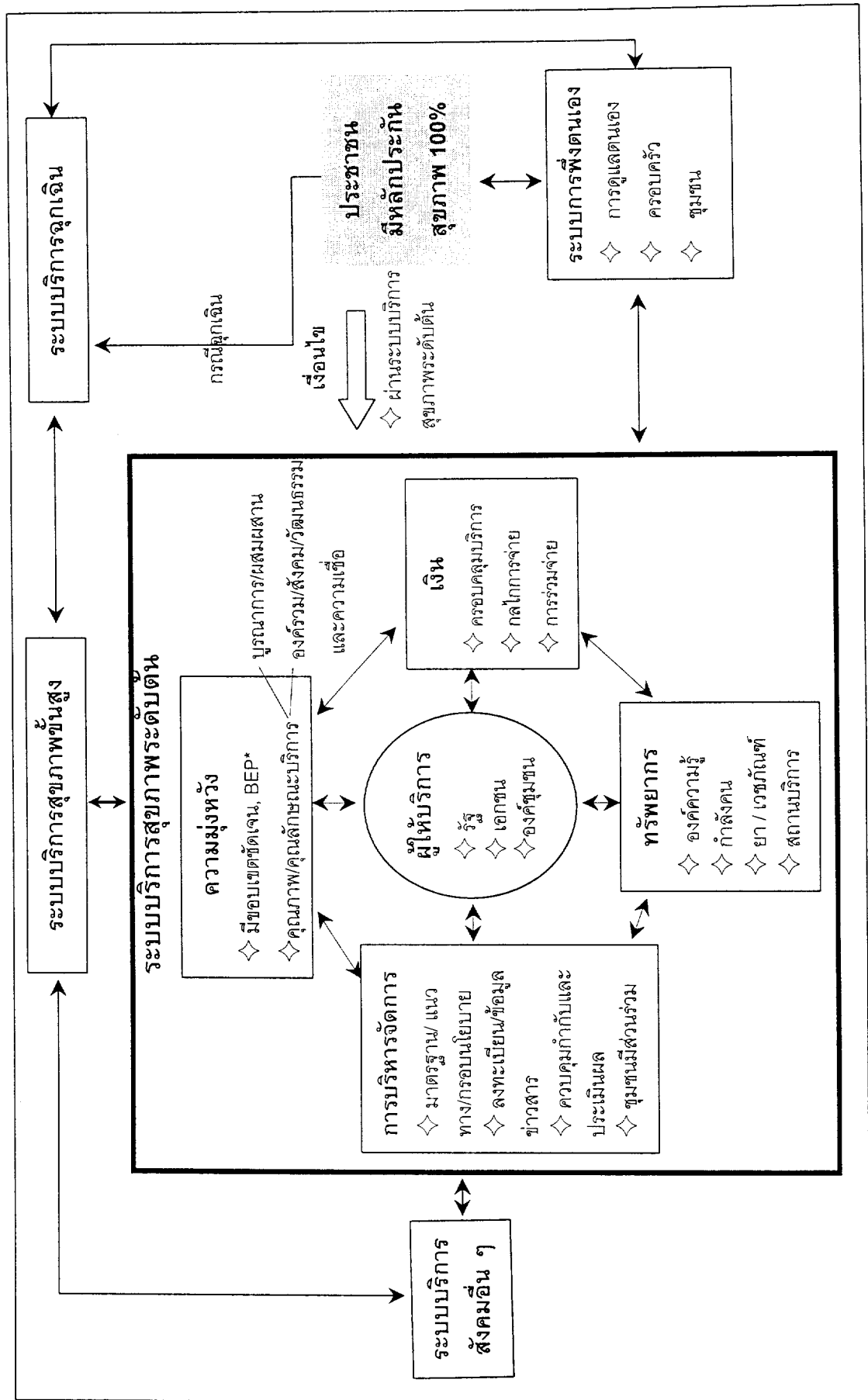
4.4 องค์การการจัดการ

4.4.1 เมืองค์กร/กลไกระดับชาติ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของสภาสุขภาพแห่งชาติ เช่น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น ทำหน้าที่ในการกำหนดกรอบนโยบายและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น เช่น การกำหนดเงื่อนไขในหลักประกันสุขภาพทุกรูปแบบ การจัดให้มีระบบการเลือกขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการสุขภาพพระระดับต้น การจัดระบบแฟ้มประวัติสุขภาพของประชาชน การจัดการระบบส่งต่อ การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพพระระดับต้น

4.4.2 การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่น บริการสุขภาพพระระดับต้น จะต้องให้ชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล (ในกรณีสถานบริการภาครัฐ) หรือกำกับ (ในกรณีสถานบริการภาคเอกชน)

จากประเด็นและข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพพระระดับต้นที่พึงประสงค์ของไทย สามารถสรุปเป็นแผนภูมิและประเด็นที่ควรกำหนดใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ดังนี้

แผนภูมิความเชื่อมโยงการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น



* BEP = Basic Essential Package : ชุดบริการขั้นพื้นฐาน

ประเด็นที่ควรกำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบหลัก	ประเด็น/เนื้อหา	เหตุผล
➤ แนวคิดและหลักการ - ระบบบริการระดับต้น	เป็นระบบที่จัดบริการในลักษณะบูรณาการ เบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม และสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน ฯ มีคุณภาพ เป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับ โดยที่ประชาชนสามารถไป ใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลาย ให้เลือกได้ ทั้ง แผนปัจจุบันและระบบบริการทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งต้องมี ระบบการเชื่อมโยงกับระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน ระบบบริการขั้นสูง ระบบบริการฉุกเฉินและระบบบริการ สังคมอื่น ๆ ต้องมีการกำหนดชุด “การบริการขั้นพื้นฐาน” (Basic Essential Package) ที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนของ ระบบ และเพื่อการบริหารจัดการด้านการคลังที่มีประสิทธิ ภาพ	- เป็นการกำหนดความหมายและคำจำกัด ความที่ชัดเจน - เป็นบริการที่สำคัญ
➤ สิทธิและหน้าที่ - ประชาชน	“สุขภาพดี” เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกัน	- การกำหนดสิทธิและหน้าที่ที่ชัดเจนทั้งในส่วน

องค์ประกอบหลัก	ประเด็น/เนื้อหา	เหตุผล
	โรค	ประชาชน ผู้ให้บริการ จะเป็นปัจจัยเบื้องต้นที่ทำให้บริการสุขภาพระดับต้นเป็นจริงได้
- ภาครัฐ	การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของรัฐต่อสุขภาพประชาชนในด้านต่าง ๆ เช่น - การสนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - การดำเนินการด้านหลักประกันสุขภาพ - การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อการพัฒนาสถานบริการสุขภาพระดับต้น	
➤ ระบบบริการ - เงื่อนไขหลักประกันการใช้บริการ	ผู้มีหลักประกันสุขภาพทุกคนต้องใช้บริการผ่านสถานบริการสุขภาพระดับต้นก่อนหรือไม่ การกำหนดให้สถานบริการระดับต้นเป็นสถานบริการด้านแรก การร่วมจ่ายในการไปรับบริการ	- เพื่อให้ประชาชนได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและบริการที่เหมาะสมกับความจำเป็นที่แท้จริงทางด้านสุขภาพครบทุกด้านในเบื้องต้น เมื่อจำเป็นต้องรับบริการระดับสูง ผู้ให้บริการระดับต้นจะตัดสินใจร่วมกับผู้รับบริการในการส่งต่อ - เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็นของประชาชน

องค์ประกอบหลัก	ประเด็น/เนื้อหา	เหตุผล
- การบริการสุขภาพระดับต้น - ผู้ให้บริการ	ต้องเป็นบริการที่ผสมผสานสหวิทยาการ มีความเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงมิติด้าน จิต สังคม และวัฒนธรรม ต้องมีการกำหนด “การบริการขั้นพื้นฐาน” กำหนดขอบเขตของบริการระดับต้นให้ชัดเจน ใครควรจะเป็นผู้บริการ ที่ได้รับการยอมรับในระบบ	- เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพระดับต้นสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน อันจะนำไปสู่การดูแลคนไม่ใช่โรค - เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะจัดบริการพื้นฐานให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม - เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการสุขภาพ
➤ การบริหารและการจัดการ - ระบบการเงินการคลัง	การจัดระบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพระดับต้น การจัดระบบการเงินการคลังเพื่อสนับสนุน/ส่งเสริมให้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในบริการสุขภาพระดับต้น การจัดระบบการเงิน/การคลังในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการกระจายทรัพยากร(บุคลากร)ไปสู่พื้นที่ที่ขาดแคลน	- เกิดประสิทธิภาพแก่ระบบบริการโดยรวม
➤ มาตรฐานและการประกันคุณภาพ - ทรัพยากร	การกำหนดคุณสมบัติผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น	- เพื่อให้เกิดหลักประกันในการได้รับบริการที่ดีแก่

องค์ประกอบหลัก	ประเด็น/เนื้อหา	เหตุผล
	การกำหนดคุณสมบัติ บทบาท หน้าที่ ของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นแต่ละด้าน/สาขา ให้ชัดเจน การกำหนดเกณฑ์ คุณภาพ มาตรฐานของบริการสุขภาพระดับต้น การกำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรและกระจายทรัพยากร	ประชาชน
➤ แนวทางการจัดระบบบริการ - การจัดบริการ	การขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการ(สามารถเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการได้) การติดตามและประเมินผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพระดับต้น การกำหนดขอบเขตและพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานบริการ(เช่น ตามจำนวนประชากร หรือตามพื้นที่ เมือง/ชนบท เป็นต้น)	- เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความผูกพันซึ่งกันและกัน รับผิดชอบต่อกัน - เพื่อสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง - เพื่อให้การบริการมีคุณภาพและมีการใช้ทรัพยากรโดยมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

เพื่อให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระระดับต้นที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของสังคมไทย จึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ดังนี้

1. ทำการสำรวจและรับฟังความคิดเห็นประชาชน/ภาคีต่าง ๆ ต่อข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น เพื่อให้มีการปรับปรุงข้อเสนอที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง
2. ศึกษาวิเคราะห์ความจำเป็นในการแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น เช่น พ.ร.บ.ประกันสังคม
3. ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดบริการขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
4. พัฒนารูปแบบและระบบข้อมูลที่เหมาะสมในการให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพพระระดับต้น
5. ศึกษาวิจัยและทดลองใช้กลไกทางการเงินเป็นเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพพระระดับต้น อาทิเช่น การจัดสรรงบประมาณรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริการสุขภาพพระระดับต้น
6. ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น โดยศึกษาเต็มพื้นที่ อาทิเช่น ระดับจังหวัด หรือระดับเขต
7. ศึกษาวิจัยหลักสูตรการเรียนการสอนทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกสถานบันการศึกษา เพื่อให้ข้อเสนอในการปฏิรูปเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพพระระดับต้น รวมทั้งระบบการศึกษาต่อและการรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ
8. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบมาตรฐานสถานพยาบาลระดับต้น รวมทั้งระบบการรับรองมาตรฐาน

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2543). ผลการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในรอบ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2543. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์. (ม.ป.ป.). การสาธารณสุขอย่างประหยัด : กรณีศึกษาประเทศสิงคโปร์. (เอกสารอัดสำเนา).
- กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการสนับสนุนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไทย. การประชุมสัมมนาย่อยแพทยศาสตร์ศึกษา. 17 – 18 สิงหาคม 2536. โรงแรมอู่ทองอินน์ พระนครศรีอยุธยา, โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ.
- กองสาธารณสุขภูมิภาค, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมวิชาการ งานเวชปฏิบัติครอบครัว ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2541. 24 – 25 สิงหาคม 2541. โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (ม.ป.ป.). การจัดลำดับความสำคัญของโรคภัยไข้เจ็บ. (เอกสารอัดสำเนา).
- จเร วิชไทย. (ม.ป.ป.). ทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น : กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย. (เอกสารอัดสำเนา).
- ทัศนา บุญทอง. (2542). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย ที่พึงประสงค์ในอนาคต. นนทบุรี : สภาการพยาบาล.
- นฤมล ศิลารักษ์. (ม.ป.ป.). การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสารบัญญัติในร่างสุขภาพแห่งชาติ : ประเทศสวีเดน. (เอกสารอัดสำเนา).
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ และคณะ. (2542). เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน : แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

- พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข. (ม.ป.ป.). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุข : กรณีศึกษาและบทเรียน. (ม.ป.ท.).
- พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข. (ม.ป.ป.). ทบทวนประสบการณ์การจัดบริการสุขภาพระดับต้น : กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน. (เอกสารอัดสำเนา).
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542). การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2542). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (ม.ป.ป.). การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูปสุขภาพ และข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : กรณีศึกษาบทเรียนจากประเทศสหราชอาณาจักร. (เอกสารอัดสำเนา).
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (ม.ป.ป.). การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูปสุขภาพ และข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ประสบการณ์การพัฒนาในประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2542). ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 5 นนทบุรี : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2539). การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์. ประชุมวิชาการประจำปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์. (ม.ป.ป.). ทบทวนประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น : กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา. (เอกสารอัดสำเนา).
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (ม.ป.ป.). การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. (2542). จำนวนแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ / วุฒิบัตรเฉพาะทาง. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญบุญไพศาลเจริญ และคณะ. (2542). รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่ม 1). พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ และคณะ. (2542). รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่ม 2). พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา และประภาพรรณ คำคม. (2539). ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2542). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540 - 2541. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

อาทร รวีไพบูลย์. (2543). ระบบบริการสุขภาพผสมผสานระดับต้นของประเทศมาเลเซีย. (เอกสารอัดสำเนา).

อารี วัลยะเสวี, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, เยาวรัตน์ ประภักษ์ขาม และนฤมล ศิลารักษ์. (2542). (ร่าง) รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกลบอลคิมทอง.

อำพล จินดาวัฒนะ, ชัย กฤติยาภิชาติกุล, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. ระบบบริการสุขภาพอันพึงประสงค์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ. 6 – 8 พฤษภาคม 2541. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Ministry of Health Singapore. (n.d.). Annual report 1999. (n.p.).

World Bank. (1999). World Development Indicators 1999. Washington D.C., U.S.A.

World Health Organization. (n.d.). The world health report 2000 : Health Systems : Improving performance. France.

ภาคผนวก

แบบสอบถามความคิดเห็น

ท่านคิดอย่างไรกับระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ?

ขณะนี้ได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย โดยมีการเสนอรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวขึ้น ซึ่งประชาชนที่อยู่ใกล้เคียงสามารถไปใช้บริการได้และได้รับความคุ้มครองตามที่รัฐกำหนด จึงขอความคิดเห็นจากท่านเพื่อจะเป็นประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่เหมาะสมเพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป

บริการสุขภาพระดับต้น⁽¹⁾ หมายถึง บริการด้านการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ไม่สลับซับซ้อน รวมถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงการบริการสุขภาพที่บ้าน

การจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว หมายถึง สถานบริการหรือบุคคลผู้ให้บริการตาม⁽¹⁾ โดยประชาชนในเขตใกล้เคียงสามารถไปใช้บริการโดยที่อาจจะมิระบอบรองรับ เช่น การขึ้นทะเบียน หรือการได้รับสิทธิคุ้มครองตามที่รัฐกำหนด

ตำแหน่งหน้าที่หรือสถานะของท่าน

- ☐ (1) ผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนกลาง ☐ (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ☐ (3) หัวหน้างานแผนงาน สสจ.
☐ (4) นักวิชาการ ☐ (5) อาจารย์ ☐ (6) ผู้นำชุมชน/ประชาชน
☐ (7) สื่อมวลชน ☐ (8) อื่น ๆ โปรดระบุ

1. ท่านคิดว่า คนไทยทุกคนควรมี ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว หรือไม่

- ☐ (1) ยังไม่จำเป็นต้องมี เพราะ.....
☐ (2) ควรจะมี → และควรเริ่มเมื่อใด ☐ (1) ทันที
☐ (2) รออีกสักระยะหนึ่ง เพราะ.....

2. ท่านคิดว่าสถานบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ควรจะเป็นหน่วยงาน/องค์กรใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) คลินิกแพทย์ ☐ (2) ร้านขายยาที่มีเภสัชกร
☐ (3) สถานีอนามัย ☐ (4) โรงพยาบาลชุมชน
☐ (5) ศูนย์บริการสาธารณสุข (เขตเมือง) ☐ (6) ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน
☐ (7) สถานพยาบาลที่ผู้ให้บริการมิใช่แพทย์ ☐ (8) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

3. ท่านคิดว่านอกจากแพทย์แล้ว ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว ควรจะเป็นใครได้บ้าง

- ☐ (1) พยาบาล ☐ (2) พนักงานอนามัย ☐ (3) เภสัชกร
☐ (4) อาสาสมัครสาธารณสุข ☐ (5) แพทย์แผนไทย ☐ (6) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. การที่รัฐจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนมาขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้านดังกล่าว ท่านคิดว่ามีความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับสังคมไทยหรือไม่

- ☐ (1) เหมาะสม เพราะ.....
☐ (2) ไม่เหมาะสม เพราะ.....

5. ท่านคิดว่า ควรทำอย่างไรที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวสามารถ เข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง.....

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่สัมภาษณ์

1. นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี
2. ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย
อธิการบดีมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. นายโสภณ สุภาพงษ์
วุฒิสมาชิก
4. อาจารย์จอน อึ้งภากร
วุฒิสมาชิก
5. นพ.ดำรงค์ บุญยืน
อดีตอธิบดีกรมอนามัย
6. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
7. นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
8. นพ.อภิสิทธิ์ อารมวรางกูร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุบลรัตน์ อ.อุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น
9. นายเกร่ง สุวรรณวงศ์
นายกเทศมนตรีหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
10. ครูชบ ยอดแก้ว
ผู้นำชุมชนบ้านน้ำขาว อ.จะนะ จ.สงขลา

คำถามการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ
เรื่อง ระบบบริการสุขภาพระดับต้นที่พึงประสงค์ในสังคมไทย
เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

1. ท่านคิดว่า ควรมีการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว โดยให้ประชาชนไปรับบริการใกล้บ้านก่อนหรือไม่ เพราะเหตุใด

1.1 จะมีการพัฒนาให้เกิดการบริการสุขภาพใกล้บ้านให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร

1.2 จะพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา และยอมรับได้อย่างไร

1.3 ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือไม่ อย่างไร

1.4 ท่านคิดว่าการจัดระบบบริการสุขภาพใกล้บ้านดังกล่าว มีความเป็นไปได้ในบริบทของสังคมไทยหรือไม่ อย่างไร

1.5 ท่านคิดว่า ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะต้องจัดการบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว และจะดำเนินการเมื่อใด

2. ท่านคิดว่านอกจากแพทย์แล้ว ผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัวควรจะเป็นใครได้บ้าง เพราะเหตุใด

3. ถ้าปัญหาสุขภาพเกินขีดความสามารถของสถานบริการระดับต้นประจำครอบครัว จะมีวิธีการเชื่อมโยงไปสู่ระบบบริการสุขภาพระดับสูงได้อย่างไร ทั้งในเรื่องสิทธิและคุณภาพของการให้บริการ

คำจำกัดความ

1. บริการสุขภาพระดับต้น⁽¹⁾ หมายถึง บริการด้านรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ที่ไม่สลับซับซ้อน รวมถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care ; HHC)

2. การจัดบริการสุขภาพระดับต้นประจำครอบครัว หมายถึง สถานบริการหรือบุคคลผู้ให้บริการตาม⁽¹⁾ โดยประชาชนในเขตสามารถไปใช้บริการโดยที่อาจจะมิกระบบรองรับ เช่น การขึ้นทะเบียนหรือการได้รับสิทธิคุ้มครองตามที่รัฐกำหนด

รายชื่อผู้ทบทวนเอกสาร
ประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นจากต่างประเทศ

ประเทศ	ผู้ทบทวน
1. สหรัฐอเมริกา	นพ.สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ออสเตรเลีย	ทพ.เจเร วิชาไทย กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
3. สวีเดน	พญ.นฤมล ศิลารักษ์ สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
4. อังกฤษและไทย	นพ.ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
5. มาเลเซีย	ผศ.ดร.อาทร ริวไพบูลย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. สิงคโปร์	ทพ.กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
7. เกาหลีใต้	นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
8. ไต้หวัน	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข