พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

Nurses and the Health Service System at Primary Care level

โดย

สภาการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

งานวิจัยนี้สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2544

คำนำ

“พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” เป็นผลงานชิ้นสำคัญในการสร้างองค์ความรู้และฐานข้อมูลทางวิชาการของวิชาชีพการพยาบาล โดยใช้กระบวนการของการวิจัยเป็นพลังขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อสุขภาพของประชาชนทั้งปวง

ทั้งนี้ตามเจตนารมย์ในการทำวิจัยถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาแนวคิดในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมและการปฏิรูประบบสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นบทบาทของวิชาชีพพยาบาลเป็นหลัก ภายใต้ความร่วมมือของสภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผลการศึกษาวิจัยชิ้นนี้นับได้ว่า เป็นการได้ข้อมูลที่สะท้อนจากสถานการณ์ รูปแบบการจัด และการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย จากแง่คิด มุมมอง และข้อคิดจากประชาชนผู้ใช้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งทำให้ทีมผู้วิจัยสามารถประมวลความรู้ที่เกิดขึ้นเป็นปรัชญาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อาศัยกลยุทธ์ในการจัดบริการตามปรัชญาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และข้อเสนอของวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้เกิดภาพของ ”ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใส่ใจในคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลแก่ประชาชนชาวไทย” ในอนาคต

วิจิตร ศรีสุพรรณ
ประคิณ สุจฉายา
ขนิษฐา นันทบุตร
อุไร หัตถกิจ
ธันวาคม 2546

สารบัญ

หน้า

คำนำ ก

กิตติกรรมประกาศ ข

สารบัญ ค

สารบัญแผนภูมิ สารบัญตาราง จ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ฉ

บทนำ 1

- วัตถุประสงค์ 5
- คำถามการวิจัย 5
- ขอบเขตการวิจัย 5
- รูปแบบการวิจัย 5
- กลุ่มเป้าหมาย 6
- พื้นที่ทำการศึกษา 6
- เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 7
- ขั้นตอนการวิจัย 7

บทที่ 2 สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ 9
- ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย 15

บทที่ 3 โครงสร้างประชากร โครงสร้างชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพ

- โครงสร้างทางประชากร 20
- ลักษณะโครงสร้างของชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ 24
- พฤติกรรมสุขภาพ 26
- ความต้องการบริการสุขภาพ 27

บทที่ 4 ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- ประชาชน 30
- ผู้นำชุมชน 31
- ผู้ทรงคุณวุฒิ 32

หน้า

- ผู้ให้บริการ 34

บทที่ 5 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อตอบสนองความต้องการและการปฏิรูประบบสุขภาพ

- หลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 38
- ขอบเขตกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 38
- กิจกรรมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 39
- ผู้ให้บริการ 41
- รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 43
- บทวิเคราะห์โครงสร้างการบริการตามภูมิภาคต่างๆ 44

บทที่ 6 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- ประเด็นที่ 1 ปรัชญาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเป้าหมาย 47
- ประเด็นที่ 2 โครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 49
- ประเด็นที่ 3 เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและข้อเสนอวิชาชีพการพยาบาล 60

เอกสารอ้างอิง 64

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย 8

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมการรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน 54

กิตติกรรมประกาศ

พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความร่วมแรงร่วมใจของบุคคลหลายฝ่ายกล่าวคือ

ประชาชน ผู้ให้บริการ และผู้จัดหาบริการ ของภาคประชาชนในภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย ที่ให้ข้อมูล ข้อสะท้อนคิด ถึงมุมมองต่างๆ เกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพ และลักษณะการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับวิถีสุขภาพ ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม

นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ให้การสนับสนุนทุกท่าน ที่รับภาระหนักในการระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลต่างๆ สร้างแนวคิดที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่ง จนสามารถทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญต่างๆที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้ข้อสะท้อนคิดจากการสังเคราะห์งานวิจัยในทุกกระบวนการของงานวิจัย

นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและสถาบันต่างๆดังนี้

1) ที่ประชุมคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยต่างๆที่ร่วมกันส่งเสริมศักยภาพการเป็นนักวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
2) การสนับสนุนจากสภาการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพของไทย โดยจัดกระบวนการระดมสมอง เพื่อกำหนดประเด็นการวิจัยในภาพรวมของประเทศ และการเปิดเวทีสุขภาพให้ทีมวิจัยได้นำเสนอผลงานวิจัยสู่สายตาของสมาชิกในวิชาชีพ
3) การสนับสนุนงบประมาณ และการจัดกระบวนการเรียนรู้การวิจัย และการนำผลการวิจัยไปใช้ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

จนงานวิจัยชิ้นนี้เป็นประโยชน์ต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงใคร่ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานวิจัยเรื่อง “พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีกระบวนการพัฒนาแนวคิดในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมและการปฏิรูประบบสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นบทบาทของวิชาชีพการพยาบาลเป็นหลัก ภายใต้ความร่วมมือของสภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

โดยมีรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้การศึกษาทางระบาดวิทยาและวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาคือ ผู้ใช้บริการหรือ ประชาชน ผู้นำชุมชนหรือองค์กรในชุมชน และผู้ให้บริการคือ พยาบาล หรือผู้ร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อสถานการณ์ใช้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน และทำให้เกิดการวิเคราะห์ถึงรูปแบบของระบบและบทบาทของพยาบาลที่สามารถให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยหาแนวทางประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น และกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น

โดยข้อค้นพบที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์ผลจากความต้องการสุขภาพและลักษณะบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของการศึกษาจาก 6 พื้นที่ สรุปเป็นข้อค้นพบดังนี้

1. ปรัชญาในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชน กับระบบบริการสุขภาพ ที่เข้าถึงง่าย จัดให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ รวมถึงการประสานเชื่อมกับหน่วยบริการอื่นๆและการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. โครงสร้างของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิตามศักยภาพของแต่ละภูมิภาคที่ทำการศึกษา โดยคำนึงถึงกลยุทธ์ในการจัดบริการ กิจกรรมการจัดบริการ คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการ งบประมาณ กำลังคน สถานบริการ คุณ

ภาพการบริการและเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามลักษณะบริบทสังคมและวัฒนธรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในภาคนั้นๆ

3. เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
    - รัฐมีนโยบายการจัดบริการที่ชัดเจน ที่ครอบคลุมตามลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และมีการสร้างกลไกการจัดการระบบ การเงิน และการพัฒนาบุคลากร
    - ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพต้องมีจำนวนเพียงพอที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่บริการที่กำหนด ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สัดส่วนต่อประชากรในพื้นที่บริการที่ดีที่สุดคือ 1:3000
    - ต้องมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน
    - ต้องมีมาตรฐานการให้บริการและมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการ
    - ต้องมีการทำงานอย่างเป็นเครือข่าย

ซึ่งข้อเสนอจากผลการวิจัยที่เสนอคือ 1) รัฐมีนโยบายและมาตรการทางการเงิน มาตราการจัดสรรทรัพยากร มาตราการทางกฎหมาย มาตราการการผลิตและพัฒนากำลังคน มาตราการการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมการดูแลสุขภาพ 2) สภาวิชาชีพต้องบัญญัติข้อกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานผู้ให้บริการ จัดทำมาตราฐานและแนวทางในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีมาตราการควบคุม ตรวจสอบ และประเมินผล และสร้างความเข้าใจกับสมาชิกในด้านแนวคิดและบทบาทวิชาชีพ 3) สมรรถนะและศักยภาพผู้ให้บริการที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ 4) การจัดโครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโครงสร้างเดิมที่ต้องพัฒนาศักยภาพ หรือโครงสร้างใหม่ที่กำหนดพื้นที่บริการต่อสัดส่วนประชากร ทั้งระบบเครือข่ายและสัญญาจ้าง 5) ความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาที่ต้องผลิตพยาบาลให้มีสมรรถนะครอบคลุมการให้บริการ 6) สถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องกำหนดแผนและนโยบายด้านงบประมาณ ความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและการสนับสนุนด้านต่างๆ 7) องค์กรวิชาชีพระดับพื้นที่ร่วมสร้างความเข้าใจ วางรากฐานความคิดแก่ผู้ร่วมวิชาชีพ กำหนดมาตรฐานการบริการและคุณภาพ และพัฒนาเครือข่ายการประกอบอาชีพอิสระในชุมชน

Executive Summary

This research report entitled “Nurses and the Health Service System at Primary Care level” aimed at conducting a process to develop concepts, design and a management system at primary care level in a socio - cultural context and the health system reform. Emphasis was placed on proposing nursing as a major tool for the development of a health services system at primary care level. The study was conducted collaboratively by nursing faculties and a nursing department of 6 universities and the Thai Nursing Council. Universities were Khon Khan, Chiang Mai, Mahidol, Burapa, Prince of Songkhla and Walailuk .

The study was a participatory action research design employing epidemiological study and a qualitative descriptive approach, focused on stakeholder’s participation. The target sample were health care consumers especially community leaders, members of local authority organizations and health service providers who were nurses and other health personnel. The key informants reflected the current situation of health services for the community. Models of health service delivery systems at primary care level from different settings were critically analysed and synthesized including to roles and functions of nurses in providing health care in communities, especially for the strengthening of the self care capacity of individuals and the self-reliance of communities. Nurses roles and functions included collaboration with local authority organizations in developing health policy and appropriate strategic plans for local health care.

Knowledge generated from the findings of the study provides descriptions of health service delivery systems at primary care level which includes health care demands, type of health services needed, type of health personnel required and its management structure. The findings are as follows.

1. The desired primary care service should be a service that should be as a bridge between people and the local health service system. It should be easily accessible, cover all age groups, all dimensions of health, integrated and continuous of care including collaboration with other health services and appropriate referral systems. The service should focus on empowering

individuals and families in self-care, the use of local wisdom, and encourage community participation.

2. The structure of the primary care service management could be best designed by considering the potentiality of each setting. The underlying principles for structural design include : health service strategies, health care activities, characteristics and competencies of health service providers, financial management, availability of human resources, health units, quality of service and primary care networks.
3. Conditions contributing to the quality of the primary care service system
   3.1 Government policy should be stated clearly regarding service management that covers all characteristics of the desired primary care services including the establishment of mechanisms for administration, financial systems and human resource development.
   3.2 To achieve the goals of health care at a primary care level, adequate numbers of health professionals should be provided in designated areas. The ideal ratio of health care providers to population should be 1 : 3,000 .
   3.3 Health service providers who are professional must be legally protected by professional legitimization of their practice.
   3.4 There must be standards or guidelines of practice in health care and service, and quality must be ensured.
   3.5 To encourage effective care, the services must collaborate with others institute and organizations in a networking atmosphere.

Recommendations for involving authorities.

1. Government must have clear policy and measures on health care finance, resources allocation, laws and regulations, workforce production and development, decentralization and participation in health care.
2. Professional councils must
   2.1 legitimize the practice of health care providers.

2.2 develop standards and practice guidelines for primary care and develop systems and mechanisms for quality control, audit and assessment including promoting and sharing understanding of concepts and professional roles and functions among its members.

2.3 under the current situations of the country health care system, it is proposed that the professional nurse is the most likely person to generate quality of health services at primary care level.

2.4 There are two strategic approaches to the designs of the system management structure.

1). using the existing structure and modifying roles and functions of professional nurses through capacity building.

2). creating new structures to implement the appropriate ratio of health service providers and population in designated areas.

These two approaches must be pursued under the contracting system for networking services.

2.5 Collaborative efforts with educational institutes must be made for human resource planning and development of new and existing nursing personnel to be able to provide effective services at primary care level.

2.6 Health institutions and primary care units should have clear policies and plans for financial management, collaboration with educational institutes and other supporting systems.

2.7 Professional organizations at all levels must work collaboratively in developing shared visions, concepts and understanding among its members, standards and guidelines for practice, quality management and the enhancing of a network of professional entrepreneurship in community health care.

บทที่ 1
บทนำ

ระบบสาธารณสุขของไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานและมีความก้าวหน้าตามลำดับ เป็นผลให้อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้น โรคที่เคยทำให้เสียชีวิตตั้งแต่แรกเกิดหรือวัยเด็กสามารถป้องกันได้ด้วยการฝากครรภ์คุณภาพ การทำคลอดที่ปลอดภัย การให้วัคซีนป้องกันโรค หรือ โรคที่เคยคุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิตก็สามารถรักษาให้หาย หรือทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้นด้วยวิทยาการที่ทันสมัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า แต่อย่างไรก็ตามสุขภาพของคนไทยยังมีปัญหา อัตราการตายของคนไทยเนื่องจาก โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็งยังสูง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการมีลีลาชีวิตที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด การติดสารเสพติด และปัญหาสุขภาพเนื่องจากมลพิษของสภาพแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น ประกอบกับค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขที่มีจำนวนสูงและเพิ่มขึ้นด้วยอัตรากว่าร้อยละ 10 มาหลายปี และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดเนื่องจากเงินเดือนบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพมีปัญหาในเชิงโครงสร้าง ขอบเขตการให้บริการ ระบบการส่งต่อ กำลังคน และบริการสุขภาพที่จัดให้ไม่มีประสิทธิภาพคุณภาพเท่าที่ควร ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายการให้สถานบริการสุขภาพของรัฐ ปรับรูปแบบการบริการจัดการเป็นองค์กรในกำกับ และนักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเห็นความจำเป็นของการปฏิรูประบบสุขภาพและสามารถผลักดันให้เกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2543 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยมี สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส) เพื่อทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ เมื่อเดือน กรกฎาคม 2543 (สำนักงานการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543)

ระบบสุขภาพของไทยจึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูปด้วยเหตุผลหลายประการดังข้างต้น กล่าวคือ ระบบบริการสุภาพแต่ละระดับมีการจัดบริการซ้ำซ้อนกัน และกลไกการเชื่อมโยงเพื่อส่งต่อผู้ใช้บริการยังไม่เกิดประสิทธิภาพ โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพได้แบ่งสถานบริการเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งจะให้สถานบริการแต่ละระดับมีเป้าหมายและบทบาทการให้บริการที่แตกต่างกัน คือระดับปฐมภูมิ มุ่งให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนส่งต่อเพื่อการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น ระดับทุติยภูมิเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน ตลอดจนการทำวิจัย โดยสถานบริการแต่ระดับจะมีที่ตั้งจำนวน และประเภทและจำนวนของบุคลากรสุขภาพที่แตกต่างกัน และคาดหวังว่าประชาชนจะไปใช้บริการตามลำดับ แต่ในสภาพความเป็นจริง ประชาชนจะไปเลือกใช้บริการยังสถานที่ที่ตนพอใจ และคิดว่าดีที่สุด

ทำให้ระบบการส่งต่อไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด สถานบริการบางแห่งให้บริการทั้ง 3 ระดับปะปนกัน และในเขตเมืองไม่สามารถให้บริการแบบต่อเนื่อง องค์รวมและผสมผสานแก่ประชาชน

ประชาชนไทยยังไม่ได้รับสิทธิของการมีสุขภาพดี รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยโดยเฉพาะมาตรา 52 ได้ระบุว่า คนไทยทุกคนต้องได้รับโอกาสและมีความเสมอภาคในการเข้าถึงการมีสุขภาพดี และการบริการด้านสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และทุกคนทุกภาคของสังคมต้องมีหน้าที่ร่วม สร้างสุขภาพดี (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540) ดังนั้น ในร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติจึงได้กล่าวถึงสิทธิ หน้าที่และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพว่ารัฐต้องจัดบริการสุขภาพที่ดีที่คนไทยทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค ทั่วถึง สะดวก และมีทางเลือก โดยบริการเหล่านั้นต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เป็นบริการที่มีน้ำใจ และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการนอกจากนี้รัฐจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และทางกายภาพที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีทั้งของบุคคล ครอบครัว และชุมชนและให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างพอเพียง มีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมบุคคลทุกกลุ่มอายุ และผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ที่อยู่ในสถานะเสียเปรียบ ทั้งนี้รัฐจะต้องให้มีหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพถ้วนหน้า (ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย และครอบครัวมีส่วนร่วม น้อยในการดูแลสุขภาพ แบบแผนของความเจ็บป่วยสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีความพฤติกรรมสุภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี และบริบทของสังคม จากภาวะเจ็บป่วยของคนไทย พบว่า ความเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม ตาแดงจากเชื้อไวรัส ไข้เลือดออก วัณโรค และอีสุกอีใส และในจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีสาเหตุจากโรคติดเชื้อของ ลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โรคระบบหายใจติดเชื้อเฉียบพลัน และการบาดเจ็บ พบสูงสุด จากการขับขี่จักรยานยนต์ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จึงทำให้เห็นว่าประชาชนยังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากโรคหรือสาเหตุที่ป้องกันได้ถ้ามีความรู้ และสามารถในการดูแลตนเองทางสุขภาพ และการที่จำนวนผู้ป่วยเด็กยังเจ็บป่วยสูงก็แสดงให้เห็นว่ามารดาหรือครอบครัวยังมีการดูแลทางสุขภาพบุคคลที่ต้องพึ่งพายังไม่ถูกต้องนัก ในการปฏิรูปสุขภาพจึงเป็นการปรับวิธีคิดเรื่องสุขภาพ นิยามสุขภาพ รวมถึงการที่ผู้ที่มีหน้าที่ต้องให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองหรือคนในความดูแลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตน ครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมขององค์กรส่วนท้องถิ่น และบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น

ระบบสุขภาพมีความไม่เป็นธรรมและเข้าถึงยาก แม้สถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชนจะมีจำนวนมาก และกระจายอยู่ทั่วประเทศและไม่มีบริการที่ต้องการในระดับต่างๆ แต่ในชนบทที่ห่างไกลสถาน

บริการสุขภาพมีอยู่น้อยและห่างไกล นอกจากนี้สถานบริการสุภาพบางแห่งมีการคิดค่าบริการที่สูงกว่าที่คนโดยทั่วไปที่ไม่มีหลักประกันในแบบใดจะสามารถจ่ายได้ จึงทำให้คนจำนวนหนึ่งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหนักแล้ว และบางคนที่เข้ารับบริการได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียมแม้จะมีความต้องการทางสุขภาพเท่ากัน

จากสัดส่วนการกระจายรายได้ของคนรวยและคนจนในประเทศไทย พบว่า แตกต่างกันมากและในวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 คนจนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในด้านสาธารณสุขการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ ระหว่างกรุงเทพ ฯ กับต่างจังหวัดยังแตกต่างมาก ทั้งในด้านอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาล เตียง ร้ายขายยา งบประมาณ ฯลฯ ความไม่เป็นธรรมเหล่านี้จึงมีผลต่อสุขภาพและประสิทธิภาพของบริการ การแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาของระบบอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย วิธีที่จะแก้ความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการจัดสรรงบประมาณสาธารณะที่คำนึงถึงอุปสงค์ควบคู่กับอุปทาน และการที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสจะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ต้องมีการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ และทำให้ทั้งระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาสังคม ในการตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543)

ระบบบริการสุขภาพยังไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีคุณภาพ ทำให้ผู้รับบริการยังไม่ได้รับบริการที่ดีที่สุดตามมาตรฐาน ผู้รับบริการไม่ปลอดภัยและไม่พึงพอใจ ในการปฏิรูประบบสุขภาพ สถานบริการสุขภาพจึงต้องมีการสร้างหลักประกันคุณภาพขึ้น โดยมีการกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ มีการดำเนินการตามมาตรฐาน และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ และมีองค์กรภายนอกเข้าไปตรวจสอบและให้การรับรองโรงพยาบาล

มิติคุณภาพมีหลายด้านที่สำคัญ คือ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ ใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ รวมทั้งการให้ความสำคัญที่ผู้รับบริการและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างสม่ำเสมอ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ยังไม่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดผลิตผล (product) หรือประโยชน์ (utility) สูงสุด หรือมีคุณค่ามากที่สุด โดยมีต้นทุนที่ต่ำที่สุด และใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด ซึ่งในระบบสุขภาพ ประสิทธิภาพและคุณภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเทียบกับประเทศอื่นในเอเชีย พบว่า ประเทศไทยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพสูงมากโดยในปี 2543 มีค่าใช้จ่ายประมาณ 300,000 ล้านบาท และเป็นสัดส่วนต่อรายได้มากกว่าประเทศอื่น ในขณะที่บรรลุผลลัพธ์ต่อสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงหรือด้อยกว่า ซึ่งจะสะท้อนถึงการจัดสรรทรัพยากรยังไม่มีประสิทธิภาพในภาพรวม รวมทั้งจำนวนเงินที่ใช้เพื่อสุขภาพยังไม่ทำให้ประชาชนโดยรวมมีสุขภาพดีขึ้น

ในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพจึงควรใช้ยุทธศาสตร์สร้างระบบสุขภาพที่มุ่งการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพของบริการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

การปฏิรูประบบสุขภาพ มุ่งหวังจะให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์คือเป็นระบบสุขภาพเชิงรุก คำนึงถึงสิทธิที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพดี และบริการที่ดีพอสำหรับคนไทยทุกคน มีระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี มีระบบการควบคุมและป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ มีระบบบริการด้านสุขภาพครบทุกประเภท ทุกระดับ ที่ประกันการเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม มีคุณภาพที่ตรวจสอบได้ และมีประสิทธิภาพสูง ตลอดจนมีความพร้อมด้านการเงินการคลัง กำลังคน คุณภาพมาตรฐาน ข้อมูลข่าวสารองค์กรและการจัดการ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันความปลอดภัย พิทักษ์สิทธ์ประชาชน (ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

ระบบสุขภาพใหม่จะเป็นระบบที่เน้นแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ และความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งระบบบริการที่ผ่านมาของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีปัญหาด้านโครงสร้าง คือ ในเขตชนบท สถานีอนามัยมีปัญหาคุณภาพ ประชาชนมีความยอมรับต่อบริการสถานีอนามัยต่ำ หรือในเขตเมือง ขาดโครงสร้างการให้บริการผสมผสานนอกจากนี้ยังพบปัญหาความซ้ำซ้อนในบทบาทหน้าที่ของสถานบริการในแต่ระดับ ซึ่งทำให้เกิดการแข่งขันมากกว่าการสนับสนุน ปัญหาด้านระบบการศึกษาของบุคลากรที่ให้บริการ ที่เน้นการเรียนเฉพาะสาขา แยกส่วน และขาดทักษะการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ, 2544)

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปัจจุบันเป็นบุคลากรหลัก ในการให้บริการสุขภาพในทุกระดับจะต้องปรับวิธีการคิด มีมุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพและปรับวิธีการให้บริการในแต่ละระดับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น สภาการพยาบาล และสถาบันการศึกษาพยาบาลจะต้องมีส่วนในการส่งเสริมสนับสนุน และปกป้องการปฏิบัติงานของพยาบาล ให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและในขอบเขตของวิชาชีพ ขณะเดียวกันก็เป็นการเพิ่มเอกสิทธ์แห่งวิชาชีพในขณะที่หัวใจ ของการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ที่ความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังนั้นสภาการพยาบาลร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ร่วมทำการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ของภาวะสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ตลอดจนบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดให้มีกระบวนการพัฒนาแนวคิดในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรม และการปฏิรูประบบสุขภาพในอนาคต โดยมุ่งเน้นที่บทบาทของวิชาชีพการพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์และรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนของประเทศไทยเป็นอย่างไร ประสบการณ์ของต่างประเทศเป็นอย่างไร
2. การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนของประเทศไทยมีรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพเป็นอย่างไรในทัศนะของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ใช้บริการหรือประชาชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้นำชุมชน (ทั้งผู้นำทางการและผู้นำตามธรรมชาติ) และผู้ให้บริการ
3. ลักษณะและรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในอนาคตควรเป็นอย่างไร รวมถึงกลไกและมาตรการที่เป็นไปได้ เช่น การจัดการด้านการเงิน การจัดการด้านกำลังคน เป็นต้น
4. ประเด็นเชิงกลยุทธ์ (strategic issues) อะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนในอนาคต ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในอนาคต
5. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพไทยในอนาคต
6. บทบาทของพยาบาลที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน และแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธที่เหมาะสมในการเสริมสร้างสุขภาพประชาชน เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยมุ่งเน้นที่การจัดกระบวนการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนาแนวคิด โดยใช้เทคนิคในการจัดกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิธีการวิจัยหลักที่ใช้ คือ การศึกษาทางระบาดวิทยา และ การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในแต่ละ พื้นที่ ซึ่งมีหลักการที่คล้ายกันดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในแต่ละระยะของการวิจัยเลือกอย่างเจาะจง ประกอบด้วย

1. ผู้ใช้บริการหรือประชาชน
2. ผู้นำชุมชนหรือองค์กรในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรรมการชมรมต่างๆ ในชุมชน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น
3. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน คือ พยาบาลหรือผู้ร่วมวิชาชีพด้านสุขภาพ หรือประชาชนที่ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพในชุมชน
4. ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิชาการพยาบาลและจากสหสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปฏิรูประบบ สุขภาพไทย

พื้นที่ทำการศึกษา

คณะนักวิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาอย่างเจาะจงจากชุมชนต่างๆ ที่สะท้อนวิถีชีวิตของประชาชน กลุ่มต่างๆ ของแต่ละภาค ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของประชาชนทั่วประเทศ โดยในการเลือกชุมชนคำนึงถึงคุณสมบัติอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. ชุมชนมีความเข้มแข็ง
2. ชุมชนอยู่ในทำเลที่สะดวกที่จะเข้าไปศึกษา และมีความปลอดภัย ชุมชนทั้ง 6 แห่งที่ศึกษาประกอบด้วย
3. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากลักษณะชุมชนต่าง ๆ ดังนี้

ภาคเหนือ ศึกษาในชุมชน 6 แห่ง ได้แก่ 1) ชุมชนเมือง 2) ชุมชนแออัด 3) ชุมชนชนบท 4) ชุมชนหัตถกรรม 5) ชุมชนอุตสาหกรรม และ 6) ชุมชนชาวเขา

ภาคกลาง ศึกษาในชุมชน 3 แห่ง ได้แก่ 1) ชุมชนกึ่งอุตสาหกรรม 2) ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และ 3) ชุมชนเกษตร

กรุงเทพมหานคร ศึกษาในชุมชนแออัด 2 แห่ง ได้แก่ ชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ในกลุ่มธนบุรีใต้ และชุมชนไทยนิยมสงเคราะห์ในกลุ่มบูรพา

ภาคตะวันออก ศึกษาในชุมชน 4 แห่ง ได้แก่ 1) ชุมชนชาวสวนผลไม้ 2) ชุมชนประมง 3) ชุมชนกึ่งเมือง และ 4) ชุมชนรอบนอกเมือง

ภาคใต้ ศึกษาในชุมชน 2 แห่ง ได้แก่ 1) ชุมชนเมือง และ 2) ชุมชนชนบท

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาในชุมชน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ชุมชนแออัด 2) ชุมชนเขตเมือง 3) ชุมชนเขตรอบเมือง 4) ชุมชนเขตชนบท

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

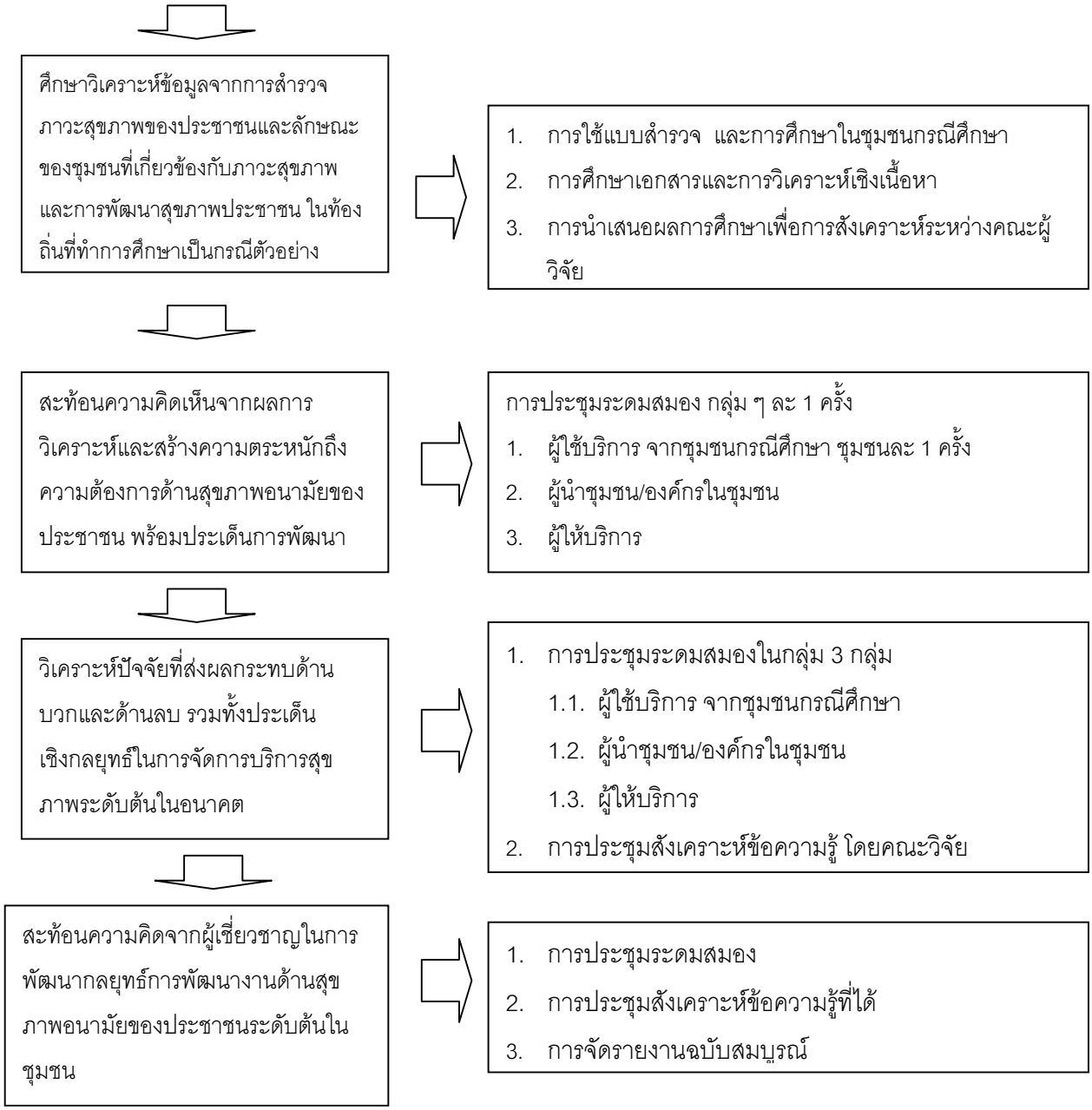
เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสำรวจ และแนวคำถามที่สร้างโดยคณะผู้วิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในแต่ละพื้นที่มีขั้นตอนคล้ายกัน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและสำรวจข้อมูลสุขภาพของท้องถิ่นและชุมชนที่ศึกษา
2. สัมภาษณ์ประชาชนเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
3. สนทนากลุ่มหรือประชุมกลุ่ม ผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้ให้บริการสุขภาพ เกี่ยวกับสถานการณ์บริการสุขภาพในท้องถิ่น ปัญหาและข้อเสนอแนะ ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และความต้องการการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ
4. วิเคราะห์ และประมวลข้อมูล ข้อ 1, 2 และ 3 และนำข้อมูลไปสะท้อนกลับกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับสร้างความตระหนักแก่ประชาชนหรือสิทธิหน้าที่ในการดูแลสุขภาพตนเอง และรับฟังความคิดเห็นต่อประเด็นการพัฒนา
5. สัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับแนวคิดและรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
6. สอบถามบุคลากรพยาบาล กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เรื่องเอกสิทธิ์วิชาชีพพยาบาล
7. สังเคราะห์ข้อมูล ข้อ 4, 5, 6 จากทุกพื้นที่ศึกษา วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเสนอกลยุทธ์การพัฒนาและการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต
8. นำเสนอข้อมูลต่อพยาบาลวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิ ในการประชุมต่างๆ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
9. จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ของทุกพื้นที่และแต่ละพื้นที่ศึกษา

ดังแสดงขั้นตอนด้วยแผนภูมิ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

บทที่ 2
สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในบทนี้นำเสนอผลการทบทวนสถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย การเรียนรู้การจัดบริการสุขภาพจากประสบการณ์ของต่างประเทศ สามารถใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยในอนาคต การนำเสนอจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ และ 2) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

1. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศต่าง ๆ มีความหลากหลายมาก ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในต่างประเทศโดยแยกออกแบบเป็น 2 กลุ่มคือ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมันและสวีเดน ซึ่งมีประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1. ปรัชญาและแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งจะสะท้อนออกมาในรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ซึ่งพอแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. บริการสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชนเป็นหลัก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี เป็นระบบที่ให้ความสำคัญกลไกตลาดเสรีและอธิปไตยของผู้บริโภค มีระบบความเชื่อในสังคมที่ยึดมั่นในสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล ประชาชนมีความต้องการให้รัฐมีบทบาทในการแทรกแซงสังคมและบุคคลน้อยที่สุด การศึกษาโดยเฉลี่ยของประชาชนอยู่ในระดับสูง มีความก้าวหน้าด้านการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงที่สุดในโลก ดังนั้นประเทศอเมริกาจะใช้กลไกตลาดเป็นเครื่องมือในการจัด ระบบบริการสุขภาพ บทบาทของการจัดบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของภาคเอกชน รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทน้อยในการจัดบริการสุขภาพ (สมศักดิ์ ธรรมธิติวัฒน์, 2543)

2. บริการสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐเป็นหลัก ได้แก่ อังกฤษ ออสเตรเลีย เยอรมัน และสวีเดน โดยประเทศเหล่านี้จะถือเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันคือ กลุ่มแรก รัฐบาลรับผิดชอบจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จำ

เป็นแก่ประชาชนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ประเทศอังกฤษ และออสเตรเลีย (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2543; จเร วิราไทย, 2542). ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเต็มที่ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประเทศออสเตรเลีย ซึ่งได้บัญญัติในรัฐธรรมนูญของประเทศอย่างชัดเจนว่า หน้าที่หลักของรัฐบาลกลาง (federal government) คือ ต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนชาวออสเตรเลีย ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ประเทศเยอรมัน และสวีเดน รัฐทำหน้าที่จัดการและผลักดันให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพแบบบังคับที่เป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก โดยกฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (sickness funds) และจ่ายเข้ากองทุนเป็นสัดส่วนรายได้ต่อเดือน ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กำหนด สามารถเลือกประกันเอกชนได้ ในประเทศเยอรมัน รัฐทำหน้าที่วางนโยบาย และกฎหมายด้านสาธารณสุข เพื่อควบคุมกำกับระบบสาธารณสุข ควบคุมกำกับการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย และการดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในการให้บริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรค บริการจัดการโรงพยาบาลท้องถิ่น ให้งบสนับสนุนด้านการลงทุนแก่ โรงพยาบาล บริการและสนับสนุนด้านงบประมาณแก่บ้านพักคนชราของรัฐ ส่วนประเทศสวีเดน รัฐได้กำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องจ่ายเงินเป็นรายปีแก่กองทุน สำหรับคนจนและเด็กต่ำกว่า 16 ปี รัฐจะให้บริการฟรีโดยไม่ต้องเสียเงิน แต่เมื่อประชาชนเข้ารับบริการต้องจ่ายค่ายาเพิ่มเอง ระบบบริการสุขภาพควบคุมโดยหน่วยงานของรัฐเป็นส่วนใหญ่ มีเพียงส่วนน้อยเพียงร้อยละ 10 ของสถานบริการทั้งหมดที่ดำเนินการโดยเอกชน

1.1.2.1 ขอบเขตของการให้บริการและผู้ให้บริการ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่เป็นบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่จัดโดยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการผสมผสานการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการส่วนใหญ่เป็นลักษณะตั้งรับในสถานบริการ (hospital-based) มากกว่าจัดบริการเชิงรุกและเพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะกำหนดให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นปราการด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (gate keeper) โดยจัดให้มีระบบส่งต่อเป็นกลไกเชื่อมโยงบริการสุขภาพขั้นสูงในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไปอย่างชัดเจน

สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เยอรมัน และสวีเดน ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่อยู่ในคลินิกเอกชน (solo practice) เช่น ประเทศออสเตรเลีย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมักอยู่ในภาคเอกชน ลงทะเบียนกับโครงการ Medicare แพทย์ส่วนน้อยที่เป็นลูกจ้างของรัฐบาลให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งรัฐจะให้เงินเดือนที่สูงเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แพทย์เวชปฏิบัติสามารถเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลหรือเอกชนในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนโรงพยาบาลของรัฐมักให้บริการสุขภาพทุติยภูมิ หรือ

แพทย์อาจรวมตัวเป็นกลุ่ม หรือเครือข่าย (network) เช่นในประเทศอเมริกา (ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ, 2543)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการขาดแคลนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในหลายประเทศ เช่น อเมริกา ถึงแม้มีสัดส่วนของแพทย์: ประชากรอยู่ในเกณฑ์ดี คือ 1:353 (สมศักดิ์ ธรรมธิติวัฒน์, 2543) แต่ก็ยังประสบปัญหาคือ ประชาชนชาวอเมริกันยังประสบกับความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายค่าบริการสุขภาพสูงมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ รัฐบาลอเมริกันจึงได้อนุมัติทุนสนับสนุนการทำวิจัย เพื่อนำไปสู่การปรับระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการกระจายภาระกิจให้บุคลากรด้านสุขภาพให้เหมาะสมและเต็มศักยภาพ ผลการวิจัยยืนยันว่า บุคลากรวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพในขอบเขตที่ครอบคลุม และสามารถแก้ปัญหาสุขภาพมากขึ้นด้วยค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Brown and Grimes) พยาบาลเวชปฏิบัติ (nurse practitioner) พยาบาลผดุงครรภ์ (certified nurse midwife) และผดุงครรภ์ (certified midwife) ที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ สามารถให้บริการอย่างกว้างขวาง โดยพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถครอบคลุมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างอิสระ รวมถึงการตรวจ และรักษาเบื้องต้นได้เช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติ ส่วนพยาบาลผดุงครรภ์ บริการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก บริการทำคลอดและดูแลหลังคลอด บริการวางแผนครอบครัว รวมทั้งตรวจและรักษาปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ด้วย ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ผ่านกฎหมายคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล และผดุงครรภ์ในการปฏิบัติภารกิจดังกล่าว พร้อมทั้งมีสิทธิในการรับค่าตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพ จึงส่งผลให้การบริการพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นไปอย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง (สมจิต หนุเจริญ, ทัศนา บุญทอง และวรรณวิไล จันทราภา, 2544) ซึ่งได้ผลเป็นที่พึงพอใจของผู้ซื้อบริการสุขภาพ ได้แก่ กองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ เพราะต้นทุนค่าแรงของการให้บริการต่ำกว่าแพทย์เวชปฏิบัติ (ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ, 2543) และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการเพราะสามารถแก้ปัญหาสุขภาพที่จำเป็นได้ และพยาบาลเวชปฏิบัติมีเวลาให้ผู้ใช้บริการมากกว่าแพทย์

สำหรับในประเทศอังกฤษ สถานบริการระดับต้นของรัฐ คือสถานีอนามัยซึ่งมีผู้ให้บริการเป็นทีมประกอบด้วย พยาบาลชุมชน (district nurse) ผดุงครรภ์ (midwife) เป็นหลัก ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้บริการเชื่อมโยงกับแพทย์ทั่วไปในคลินิคโดยใช้กลไกการขึ้นทะเบียนมาช่วยให้มีการทำงานเป็นทีม นอกจากนั้นยังมีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ทำงานในทีมที่บริหารจัดการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ทำหน้าที่สั่งการรักษาได้เหมือนแพทย์ และให้การรักษาตาม group protocol ที่กำหนดไว้ ขอบเขตหน้าที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน ผู้ติดสุราและสารเสพติด การดูแลสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็กในชุมชน ปัญหาจิตเวชเรื้อรังในผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home care) ส่วนประเทศสวีเดน สถานบริการระดับปฐมภูมิดำเนินการโดยสถานีอนามัย ซึ่งมีผู้ให้บริการสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลในชุมชน (district nurse) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เด็ก โดยมีการเปิดคลินิกเอง เช่น คลินิกเบาหวาน

คลินิกผู้ติดยา คลินิกให้บริการมารดาและทารก และมีผดุงครรภ์ (midwife) ทำหน้าที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตรวจก่อนคลอด ส่งไปคลอดที่ โรงพยาบาล ตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด รวมทั้งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา และประภาพรรณ คำคม, 2539).

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการบริการระดับปฐมภูมิในประเทศต่าง ๆ จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พยาบาลที่ทำงานในชุมชนมีทั้งระดับตั้งแต่ต่ำกว่าปริญญาตรี (midwife) ปริญญาตรี (district nurse) และหลังปริญญาตรี (certified nurse midwife และ nurse practitioner) โดยบทบาทจะครอบคลุมการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งบริการสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และการผดุงครรภ์

1.1.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ จะแตกต่างกันตามความเชื่อเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลในด้านสุขภาพ โดยประเทศที่เชื่อว่าประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างน้อยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ส่วนประเทศที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล ประชาชนก็จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

1.1.3.1 รูปแบบที่รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ อังกฤษ และออสเตรเลีย โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณที่ได้จากการจัดเก็บภาษีประเภทต่าง ๆ มาใช้ในการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน ในประเทศอังกฤษมีระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service (NHS) ซึ่งทำหน้าที่จัดระบบบริการสุขภาพฟรี แก่ประชาชนทั่วประเทศตามความจำเป็นทางสุขภาพ (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2543) ยกเว้นบริการบางอย่าง เช่น โรคฟัน โรคทางสายตา และการตัดแว่น บริการสุขภาพโดยภาคเอกชนมีเพียงส่วนน้อย และเสริมระบบบริการที่จัดโดยภาครัฐ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544) ส่วนในประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพที่เรียกว่า Medicare โดยมีสิทธิประโยชน์สำหรับงานบริการสุขภาพเรียกว่า "medical benefits scheme" และสิทธิประโยชน์สำหรับยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เรียกว่า pharmaceutical benefits seheme โดยรัฐจะจ่ายค่าใช้บริการประมาณร้อยละ 75-85 ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ ที่เหลือประชาชนต้องร่วมจ่าย (จเร วิราไทย, 2542) หรือประกันสุขภาพเอกชนร่วมจ่ายในกรณีที่มีประกันสุขภาพเอกชนด้วย

1.1.3.2 รูปแบบที่ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เยอรมัน และสวีเดน โดยประเทศสหรัฐอเมริกา ประชาชนอาจซื้อประกันสุขภาพเอกชนตามความสมัครใจ ทั้งนี้เพราะรัฐไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรืออาจจ่ายค่าบริการทั้งหมดเอง ในกรณีที่ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามรัฐจะมีการจัดแบบสวัสดิการผู้สูงอายุ (medicare) และระบบสวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อย (medicaid) เป็นการช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม (สมศักดิ์ ธรรมธิติวัฒน์, 2543) อย่างไรก็ตาม

ในปัจจุบันก็เริ่มมีการตัดทอนงบประมาณสนับสนุนลง และกำหนดให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมจ่าย(co-payment) ทำให้ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระทางการเงินสูงขึ้น สำหรับประเทศเยอรมัน และสวีเดน รัฐดำเนินการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพแบบบังคับที่เป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก โดยในประเทศเยอรมันประชาชนต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนการเจ็บป่วยตามสัดส่วนรายได้ที่ได้รับ ส่วนประเทศสวีเดน ประชาชนทุกคนต้องเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องจ่ายเงินเป็นรายปีแก่กองทุน สำหรับคนจนและเด็กต่ำกว่า 16 ปี รัฐจะให้บริการฟรีโดยไม่ต้องเสียเงิน

1.2. ระบบบริการสุขภาพระดับประเทศในเอเชีย

ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ มาเลเซีย สิงคโปร์ ใต้หวัน และเกาหลีใต้ มีรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่แตกต่างกันดังนี้คือ

1.2.1. ลักษณะของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศที่กำลังพัฒนา ยังเน้นการรักษาพยาบาล ซึ่งจัดโดยทั้งภาครัฐและเอกชน การจัดบริการโดยภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่

ประเทศมาเลเซีย ระบบบริการสุขภาพในประเทศมาเลเซียมี 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (primary health care) และระดับ โรงพยาบาล (institutional care) รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชนบท แบ่งออกเป็น สองระดับ คือ 1) คลินิกสุขภาพ (health clinic) ซึ่งมีแพทย์ประจำ 1 คน พยาบาลชุมชน ผู้ช่วยแพทย์ 1-2 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 6 คน ดูแลประชากร20,000 คน นอกจากงานปกติของคลินิกแล้ว จะดูแลคลินิกชนบท (rural clinic) อีก 4 แห่ง และ 2) คลินิกชนบท ซึ่งแต่ละแห่งจะมีพยาบาลชุมชนประจำ 1 คน ต่อประชากร 2,000-4,000 คน คลินิกสุขภาพจะให้บริการรักษาโรคทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน คลินิกสตรี ผู้สูงอายุ สุขภาพจิต การดูแลผู้พิการและโภชนาการ คลินิกชนบทให้บริการ รักษาโรคทั่วไปที่พบบ่อย การรับฝากครรภ์ การทำคลอด การวางแผนครอบครัว การดูแลหลังคลอด การให้ภูมิคุ้มกันโรค การทำคลอดที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน/การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการให้สุขศึกษา ส่วนในเขตเมือง สถานบริการประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ และคลินิกอนามัยแม่และเด็ก ให้บริการรักษาโรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (อาทร ริ้วไพบูลย์, 2543) สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศมาเลเซีย ไม่มีบทบาทเป็น gate keeper ถึงแม้จะมีระบบการส่งต่อเชื่อมโยงการบริการในระดับต่าง ๆ แต่ยังไม่มีกลไกบังคับ ทำให้ยังมีการข้ามขั้นตอนของการใช้บริการสุขภาพ

สำหรับประเทศที่มีภาคเอกชน ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ และสาธารณรัฐเกาหลี บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อยู่ในรูปคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน คลินิกแพทย์ แพทย์พื้นบ้าน (ประเทศสาธารณรัฐเกาหลี และไต้หวัน) และบริการผ่านเครือข่ายของ

คลินิกเอกชนและโพลี่คลีนิกอย่างในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมีประมาณ 800 แห่งกระจายทั่วประเทศ สถานบริการสุขภาพเหล่านี้จะให้บริการครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศเหล่านี้ทำหน้าที่เป็น gate keeper ระดับหนึ่ง แต่ไม่มีระบบขึ้นทะเบียน ประชาชนยังสามารถเลือกใช้บริการที่สูงขึ้น โดยไม่ต้องมีการส่งต่อจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ แต่อาจต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพที่สูงกว่าระดับปกติ

1.2.2 ขอบเขตของการให้บริการและผู้ให้บริการ

บริการเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล มีบริการทั้งการแพทย์แผนตะวันตก และตะวันออก ในรูปแบบของคลินิกเอกชน เช่นคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน คลินิกแพทย์จีน คลินิกแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ เป็นต้น

1.2.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

ประชาชนมีส่วนร่วมโดยการร่วมจ่ายค่าใช้บริการ และจ่ายเองตามปริมาณบริการที่ใช้ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น เช่นในประเทศสิงคโปร์ บริการโพลิคลินิกของรัฐ จะคิดค่าบริการถูก และจะลดราคาค่าบริการร้อยละ 50 สำหรับผู้สูงอายุ (มากกว่า 65ปี) และเด็ก (น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 18 ปี) (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2543) ส่วนบริการสุขภาพของเอกชน (800 แห่ง) จะคิดในราคาที่แพงกว่า ยกเว้นประเทศมาเลเซีย การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิในสถานบริการของรัฐ ประชาชนไม่มีส่วนร่วมจ่ายในค่ายา และค่ารักษาอื่น ๆ แต่การใช้บริการภาคเอกชนผู้ใช้บริการเป็นผู้จ่ายเอง

ประชาชนมีความอิสระที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพ ได้โดยเสรี โดยที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เป็นส่วนใหญ่ และรัฐจะเสริมตามกติกาที่กำหนดให้ เช่นเดียวกับประเทศสาธารณรัฐเกาหลี บริการของโรงพยาบาล จัดโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชนบทส่วนใหญ่ จัดโดยรัฐประกอบด้วย health centers, health sub-centers, primary care health posts ประชาชนเกาหลีเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ โดยผ่านระบบประกันสุขภาพ ในอัตราที่แตกต่างกัน ซึ่งให้สิทธิประโยชน์ค่อนข้างจำกัด ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายตามปริมาณบริการที่ใช้ค่อนข้างสูง คือบริการผู้ป่วยใน มีส่วนร่วมจ่าย ร้อยละ 20 ของบริการทั้งหมด และบริการผู้ป่วยนอกจะมีส่วนร่วมจ่ายแตกต่างกันตามประเภทบริการ ตั้งแต่ร้อยละ 30-55 นอกจากนั้นประชาชนยังต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าธรรมเนียมการสั่งยาของแพทย์ และค่ายาด้วย (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543) สำหรับประเทศไต้หวัน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกือบทั้งหมด เป็นเครือข่ายของสถานบริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้โดยไม่มีข้อจำกัดทางการเงิน ประชาชนไต้หวันมีส่วนร่วมจ่ายค่าใช้บริการ โดยการจ่ายเงินประกันสุขภาพ และรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่นกลุ่มผู้ยากจนและทหารผ่านศึก รัฐจะเป็นผู้จ่ายให้ทั้งหมด ส่วนในกลุ่มผู้มีกิจการของตนเอง และกลุ่มนักวิชาชีพ รัฐจะไม่จ่ายสมทบให้เลย เป็นต้น (วิชิต เงานิล, 2543)

2. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

2.1. ปรัชญาและแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

แนวคิดของการจัดบริการสุขภาพในสังคมขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย ของภาวะสุขภาพ หน้าที่และสิทธิของบุคคล รวมทั้งสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมนั้นๆ ความหมายของคำว่า "สุขภาวะ หรือสุขภาพดี" ในอดีตให้ความสำคัญกับสุขภาพของคนใน 3 มิติ คือการมีสุขภาพดีทั้งด้านกาย จิต และสังคม ซึ่ง WHO "Health is complete physical, mental, and social well-being..." หรือสุขภาพ คือ สุขภาวะโดยสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต และทางสังคม โดยหลักวิชาแล้ว การดำเนินการเพื่อให้ได้สุขภาพดี นอกจากจะคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมแล้ว ระบบบริการที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการทั้งด้านกาย จิต และสังคมของประชาชน สำหรับนิยามใหม่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความหมายที่กว้างขึ้นครอบคลุม 4 มิติ คือ เป็นสุขภาวะที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพตามนิยามใหม่จำเป็นต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย ประชาชนสามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของปัจเจกบุคคลและสังคม (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

สถานการณ์ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลง จากอดีตที่เป็นโรคติดต่อมาเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ซึ่งมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น และโรคจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจ เช่น โรคเอดส์ ปัญหาการติดสารเสพติด ปัญหาอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการใช้ยวดยานพาหนะที่ประมาท และการปฏิบัติงานในโรงงานต่างๆ เป็นต้น สภาพปัญหาที่ซับซ้อนดังกล่าว ไม่สามารถแก้ไขด้วยระบบบริการสุขภาพแบบเดิมได้ จำเป็นต้องเป็นระบบสุขภาพเชิงรุก ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการอย่างแท้จริง บริการสุขภาพเชิงรุกเป็นบริการที่เน้นการสร้างสุขภาพ และการป้องกันการเกิดโรคและการเจ็บป่วย มากกว่าการมุ่งการซ่อมสุขภาพที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าการให้บริการสุขภาพแบบตั้งรับโดยการทุ่มงบประมาณอย่างมหาศาลเพื่อการซ่อมสุขภาพ ได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพที่ไม่คุ้มค่า ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชาติได้ ดังนั้นระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

สำหรับด้านหน้าที่และสิทธิบุคคลที่พึงได้รับเพื่อการมีสุขภาพดี สังคมไทยเป็นสังคมพุทธที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเองเป็นหลัก และ การร่วมทุกข์ร่วมสุขของสมาชิกในสังคม ฉะนั้นการดูแลสุขภาพโดยพื้นฐานแล้วต้องเป็นบทบาทของตนเอง ครอบครัว และสังคม สำหรับการจัดบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพดีของประชาชน ควรยึดหลักการจัดให้ครอบคลุมบุคคลทุกคนในสังคมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้มีรายได้น้อย คนสูงอายุ เด็กเร่ร่อน และคนพิการ เป็นต้น ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ของไทยจึงระบุอย่างชัดเจนในมาตรา 52 คือ "บุคคลย่อมเสมอภาคกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตราฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสุขภาพของรัฐโดยไม่

เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามมาตาที่ 82 คือ "รัฐต้องจัดและส่งเสริมสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง" ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพของรัฐต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (efficiency) ,มีคุณภาพ (quality) มีการกระจายของบริการอย่างเป็นธรรม ทั่วถึง (universal coverage) และสามารถตรวจสอบได้ (accountability)

กลยุทธ์ที่สำคัญของการนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเจตนารมณ์ ของรัฐบาล คือ การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นเป็นด่านแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การบริการที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลลดการใช้บริการสุขภาพในระดับสูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และใช้งบประมาณที่มากขึ้นลง ลักษณะที่สำคัญของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การให้มีบริการในลักษณะบูรณาการ (integration) โดยมีการผสมผสานกิจกรรมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง, 2542; อารี วัลยะเสรี และคณะ, 2542) นอกจากนั้นยังส่งเสริมให้มีการผสมผสานการดูแลสุขภาพตามแนวทางการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การให้บริการเป็นแบบองค์รวม (holistic care) สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงในทุกมิติ

ทั้งนี้จากการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร พบว่า ลักษณะที่ดีของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีดังนี้

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้อย่างสะดวก (front line care) ดูแลสุขภาพทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
2. เป็นบริการที่ให้การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing/longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย แบะการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลสุขภาพอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
4. เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (coordinated care) (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

2.2. สถานการณ์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

2.2.1. ลักษณะของบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในประเทศไทยมีรูปแบบ หลากหลาย ทั้งที่อยู่ในระบบ ได้แก่ บริการที่จัดโดยภาครัฐ เอกชน และ NGO และที่อยู่นอกระบบ ได้แก่ การบริการการแพทย์พื้นบ้านต่างๆ และการแพทย์ทางเลือก

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดโดยภาครัฐ มีสอดแทรกอยู่ในสถานบริการทุกระดับ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

สถานีอนามัย (ในชนบท) และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ในเมือง) เป็นสถานบริการหน่วยย่อยที่สุดที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งมีกระจายครอบคลุมอย่างน้อย 1 ตำบลต่อสถานีอนามัย บริการที่ให้มีทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่วนงานด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังแทบไม่มีบริการเลยในระดับชุมชน ผู้ให้บริการหลักในสถานีอนามัยคือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ใน พ.ศ.2540 มีจำนวนทั้งสิ้น 9,689 แห่ง และมีศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง 212 แห่ง

บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในสถานีอนามัย จะให้บริการโดยพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกระเบียบให้พยาบาลผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กำหนด ด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม การผดุงครรภ์ การวางแผนครอบครัว และการให้ภูมิคุ้มกันโรค

โรงพยาบาลชุมชนในชนบท จะรับผิดชอบให้บริการระดับปฐมภูมิในขอบเขตพื้นที่ที่ชัดเจนคือ 1 ตำบลในเขตรับผิดชอบและให้บริการอื่นๆที่มีความซับซ้อนขึ้นสำหรับประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในเขตเมืองจะไม่มีการแบ่งเป็น catchment area การบริการส่วนใหญ่คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในช่วงหลังเริ่มมีการให้บริการที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน สำหรับผู้ให้บริการส่วนใหญ่คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ ในโรงพยาบาลที่ใหญ่อาจจะมีนักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในทีมการให้บริการสุขภาพด้วย ใน พ.ศ.2540 โรงพยาบาลชุมชนมีทั้งสิ้น 712 แห่ง บริการที่ให้จะครอบคลุมทั้งบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งโดยบทบาทแล้วจะเน้นการให้บริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ แต่ก็พบว่ายังให้บริการระดับปฐมภูมิในสัดส่วนการให้บริการที่สูงอยู่ ทำให้มีการซ้ำซ้อนของการให้บริการ มีโรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 92 แห่ง ใน พ.ศ.2540

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จัดโดยภาคเอกชนและ NGO ได้แก่ คลินิกแพทย์เอกชน สถานผดุงครรภ์ และโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น การบริการจะครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ การบริการระดับปฐมภูมิ ถึงตติยภูมิ โดยจะเน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามในระยะหลังๆ เริ่มขยายการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนั้นยังได้เริ่มขยายบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพด้วย ผู้ให้บริการในภาคเอกชนส่วนใหญ่คือ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

นอกจากนั้นยังมีสถานบริการอื่น ๆ ที่อยู่นอกระบบคือ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เช่น หมอกระดูก หมอยา และหมอตำแย เป็นต้น กระจายอยู่ทั่วไปทั้งในเมืองและชนบท บริการส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท ลักษณะของบริการส่วนใหญ่เน้นด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ มากกว่าด้านการส่งเสริมและการป้องการเจ็บป่วย พบว่าบริการยังเป็นที่นิยมของประชาชน ทั้งนี้เพราะบริการเข้าถึงง่าย

ขั้นตอนการใช้บริการไม่ยุ่งยาก ราคาส่วนใหญ่จะไม่แพง ลักษณะของการให้บริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

โดยสรุปผู้ให้บริการประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งพบว่าจำนวนของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบันยังน้อย ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งขาดศรัทธาต่อบริการของสถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลในชุมชน และมักมีการข้ามขั้นไปใช้บริการของโรงพยาบาล ขอบเขตของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิครอบคลุมการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ การจัดบริการในชุมชนยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล ส่วนการฟื้นฟูสภาพจะไม่ค่อยได้รับความสำคัญ ปัจจุบันมีการทดลองให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดย พยาบาลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบทำในระดับชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในประเทศทำหน้าที่เป็น gate keeper ในบางส่วน ได้แก่ กลุ่มที่มีการขึ้นทะเบียน คือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือ กลุ่มผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม ซึ่งรวมทั้งสิ้นมีประมาณร้อยละ 65 ของประชาชนทั้งหมด ระบบการส่งต่อสำหรับผู้รับบริการกลุ่มนี้ จะเป็นระบบที่ชัดเจน แต่จะเป็นการเชื่อมโยงเฉพาะสถานบริการที่อยู่ในเครือข่ายเท่านั้น นอกนั้นไม่ต้องขึ้นทะเบียนและสามารถใช้บริการได้อย่างเสรี ไม่จำเป็นต้องผ่านสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ

ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 70 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) จะได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลฟรีตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่วนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประชาชนจะจ่ายเองตามปริมาณบริการที่ใช้ โดยสถานบริการสุขภาพของรัฐจะเก็บค่าบริการที่ถูกกว่าสถานบริการของเอกชน อย่างไรก็ตามการจ่ายบริการสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนอย่างสิ้นเชิงในต้นปี พ.ศ. 2544 โดยรัฐบาลใหม่ภายใต้การนำของพันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศใช้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกกันติดปากว่านโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกโรค ซึ่งดำเนินการคลอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ถือได้ว่าเป็นนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน ที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ นโยบายดังกล่าวเน้นการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักการสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ จะเป็นหลักประกันการมีสุขภาพดี ไม่ใช่แค่หลักประกันเข้าถึงการซ่อมสุขภาพเสียเท่านั้น หลักประกันนี้จะรวมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และเป็นบริการทั้งบุคคลและครอบครัว (personal and family care) ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย 30 บาทต่อการใช้บริการ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นเพียงค่าธรรมเนียม เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็น ค่าธรรมเนียมนี้ไม่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข, 2544) การให้

บริการต้องมีคุณภาพและมีมาตรฐานเสมอหน้ากัน ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการได้ในระดับหนึ่ง ทุกคนสามารถเข้าถึงชุดบริการหลัก (core package) ได้เท่าเทียมกัน เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ บริการเป็นแบบผสมผสาน เป็นองค์รวม และมีบริการเชิงรุกถึงครอบครัวและชุมชน มีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าได้อย่างมีประสิทธิภาพในกรณีที่สถานบริการใกล้บ้านไม่สามารถดูแลได้ ระบบประกันสุขภาพที่ดีจึงต้องมีกลไกการควบคุมคุณภาพ กลไกควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เกิดการสิ้นเปลืองเกินจำเป็น (กองบรรณาธิการ, 2544) อย่างไรก็ตามการให้บริการสุขภาพนี้ยังไม่สามารถคลอบคลุมบริการสุขภาพบางรายการที่ต้องมีค่าใช้จ่ายมาก เช่น ค่ายารักษาเอดส์ และการฟอกไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งรัฐพยายามที่จะลดช่องว่างดังกล่าวต่อไป

ในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านคือ ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2544 ได้มีข้อเสนอทดลองจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยจัดตั้งเป็น Primary Care Unit (PCU) ซึ่งในแต่ละ PCU จะคลอบคลุมประชากรประมาณ 10,000 คน โดยมีแพทย์ให้บริการเต็มเวลา 1 คน ให้บริการใน PCU และมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการสุขภาพ 1: ประชากร 1,250 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน (1: 5,000 คน) ในจำนวนพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด 8 คน กรณีไม่มีแพทย์หรือแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ เพิ่มเติมรวมเป็นอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเวชปฏิบัติ : ประชากร 1: 1,000 คน ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1: 20,000 คน

บทที่ 3

โครงสร้างประชากร โครงสร้างชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพ

ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สามารถพิจารณาได้จาก 1) โครงสร้างทางประชากร สถิติชีพ ภาวะความเจ็บป่วย และการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพ 2) ลักษณะโครงสร้างของชุมชนด้านสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีผลต่อสุขภาพ และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งผลของการศึกษาในภูมิภาคต่างๆ พบดังนี้

1. โครงสร้างทางประชากร

โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาตามภาวะการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น โดยในระยะ 40 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรของไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุค่อยๆเพิ่มสูงขึ้นแต่สัดส่วนเด็กลดลง พบว่าประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในปี พ.ศ. 2539 ลดลง 1.5 เท่าของปี พ.ศ. 2523 ในขณะที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ในปี พ.ศ. 2541 ประชากรประเทศไทยมีทั้งสิ้น 61,155,888 คน เป็นชายร้อยละ 49.8 ประชากรอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 34.7 ภาคกลางร้อยละ 24.2 ภาคเหนือร้อยละ 19.8 ภาคใต้ร้อยละ 13.1 และกรุงเทพมหานครร้อยละ 8.2 และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนและพื้นที่รายภาค พบว่าภาคกลางมีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ดังรายละเอียดลักษณะและประชากรแยกตามรายภาค ดังนี้

กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางของความหนาแน่นของประชากร เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นมีประชากรโดยเฉลี่ย 4,028.9 คนต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร ขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ย 3.8 คนต่อครัวเรือน

ภาคกลาง มีประชากรทั้งสิ้น 14,179,473 คน (สถิติสาธารณสุข, 2541) เป็นพื้นที่มีการเพิ่มของประชากรมากเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร คือประมาณร้อยละ 24.2 เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นของวัยแรงงานทำให้สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานต่อประชากรรวมเพิ่มขึ้น ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม

ภาคตะวันออก มีประชากร รวมทั้งสิ้น 3,881,644 คน คิดเป็นอัตราส่วนประชากร เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.01 ต่อ 1 จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด คือจังหวัดชลบุรี (241 คน : ตารางกิโลเมตร) จังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุด คือ จังหวัดจันทบุรี และสระแก้ว (75 คน : ตารางกิโลเมตร)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภาคที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดของประเทศ ประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีฐานะยากจน โดยมีรายได้ต่อหัวเพียง 24,331 บาท/คน/ปี

ภาคเหนือ มีประชากรรวมทั้งสิ้น 12,159,930 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งประเทศ เป็นเพศหญิง 6,104,135 คน เพศชาย 6,055,795 คน โดยจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด คือ 1.569 ล้านคน(จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ย 3.5 คนต่อครอบครัว มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวต่อเดือน 9,660 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2542)

ภาคใต้ เป็นภาคที่มีจำนวนประชากรน้อยที่สุดของประเทศและมีการอพยพของแรงงานต่างด้าวจากพม่าเข้ามาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะจังหวัดระนอง

สถิติชีพ

ภาวะการเจริญพันธุ์ ภาวะการเจริญพันธุ์รวมทั้งประเทศในปี 2539 มีเท่ากับ 2.02 ต่อสตรี 1 คน ภาคใต้มีอัตราการเจริญ-พันธ์รวมสูงสุดคือ 2.85 คนต่อสตรี 1 คน รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2.43 คน ต่อสตรี 1 คน และ ภาคเหนือ 1.89 คน ต่อสตรี 1 คน

อัตราเกิดรวมทั้งประเทศมีเท่ากับ 14.7 คนต่อประชากรพันคน ภาคใต้มีอัตราเกิดสูงสุดคือ 17.4 ต่อประชากรพันคน รองลงมา คือ ภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร 14.2 ต่อประชากรพันคน ภาคตะวัน-ออกเฉียงเหนือ 13.9 ต่อประชากรพันคน

ภาวะการตาย อัตราตายรวมทั้งประเทศ ในปี 2539 มีเท่ากับ 5.2 ต่อประชากรพันคน ภาคเหนือมีอัตราตายรวมสูงกว่าภาคอื่นคือ 6.2 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือภาคกลาง 5.2 ต่อประชากรพันคน และภาคตะวันออก-เฉียงเหนือร้อยละ 4.8 ต่อประชากรพันคน และพบว่าอัตราทารกต่ำกว่า 1 ปีตายของประเทศมีเท่ากับ 4.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ทั้งนี้ภาคเหนือมีอัตราสูงกว่าภาคอื่นคือ 4.7 ต่อการเกิดมีชีพพันคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคนและภาคกลาง 4.3 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ส่วนอัตรามารดาตายรวมของประเทศเท่ากับ 16.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุดคือ 6.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภาคใต้มีอัตรามารดาตายเท่ากับ 4.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยมีสาเหตุการตายของประชากรไทย 10 อันดับแรกได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต สาเหตุภายนอกรวมทั้งอุบัติเหตุ เนื้องอก โรคระบบทางเดินทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อและปรสิตบางอย่าง โรคระบบประสาท โรคระบบย่อยอาหาร โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติของภูมิคุ้มกันโรค โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอริซึม และโรคระบบสืบพันธุ์รวมระบบทางเดินปัสสาวะ

ภาวะการเจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2541 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ตามข่ายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรกมีดังนี้ โรคท้องร่วงรุนแรง โรคตาแดง ไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคปอดบวม อาหารเป็นพิษ และพบโรค 3 อันดับ

แรกของทุกภาคคือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคระบบกล้ามเนื้อรวม โครงร่างและเนื้อยึดเสริม ตามลำดับ

ในส่วนจำนวนผู้ป่วยใน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (75 โรค) จากรายงานจากสถานบริการ สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบสาเหตุ 5 อันดับแรกได้แก่ โรคที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกที่มิได้ระบุไว้ที่อื่น โรคติดเชื้ออื่นๆ ของลำไส้ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอดและภาวะอื่นๆทางสูติกรรม บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยในทุกภาคพบสาเหตุการเจ็บป่วย 3 อันดับแรกคือ โรคที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกที่มิได้ระบุไว้ที่อื่น โรคติดเชื้ออื่นๆ ของลำโรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะหลังคลอดและภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรม

ภาวะสุขภาพ

โดยทั่วไปใน 6 พื้นที่ที่ทำการศึกษา การเจ็บป่วยที่พบในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร ไข้ ปวดศีรษะ โรคเรื้อรังที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อและกระดูก นอกจากนี้ยังพบโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พบโรคเอดส์ โรคมะเร็ง ปัญหาสุขภาพจิต และอาจแบ่งโรคที่พบบ่อยตามกลุ่มอายุ ดังเช่น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าโรคที่พบในวัยเด็กและวัยทำงาน ส่วนใหญ่เป็นโรคเฉียบพลัน คือ

- โรคที่พบบ่อยในเด็ก คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคตาแดง โรคขาดสารอาหาร โรคฟันผุ ไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคธาลัสซีเมีย
- โรคที่พบในวัยทำงาน ส่วนใหญ่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น โรคฉี่หนู โรคผิวหนังจากการใช้สารเคมี ความเครียดจากการใช้สารเสพติด
- โรคในวัยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคต้อเนื้อ ต้อกระจก โรคไต โรคปอด โรคอัมพาต มะเร็ง โรคประสาท โรคหัวใจ

ภาคกลาง พบว่า โรคที่พบในวัยเด็ก คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคไอกรน โรคหัด สุกใสไข้ตัวร้อน โรคพยาธิในลำไส้ โรคขาดสารอาหาร ในวัยรุ่น พบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้สารเสพติด อุบัติเหตุ ในวัยทำงาน ส่วนใหญ่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ โรคผิวหนังจากการใช้สารเคมี โรคหอบหืด และพบโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคที่พบในวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปวดเข่า

ภาคใต้ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยจะเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต และพฤติกรรมเสี่ยงตามกลุ่มวัยต่างๆ เช่น วัยเด็ก จะพบปัญหาสุขภาพของเด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กเร่รอน วัยรุ่น จะพบปัญหาโรคเอดส์ การสำส่อนทางเพศ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด วัยแรงงาน จะพบโรคติดต่อที่นำพาจากแรงงานเถื่อนที่เข้ามาอาศัยในพื้นทีเช่น โรคเท้าช้าง โรคมาลาเรียที่ดื้อยา วัยผู้สูงอายุ จะพบโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง

กรุงเทพมหานคร ประชาชนส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม โรคไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรัง เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โรคเครียด โรคเอดส์ โรคด้านอาชีวอนามัย การติดสารเสพติด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย

ภาคตะวันออก ประชาชนส่วนใหญ่จะมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคเชิงพฤติกรรมใหม่เช่น อุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดจามลภาวะจากการประกอบอาชีพอุตสาหกรรม ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเกษตรที่ใช้สารเคมี และปัญหาโรคติดต่อทางชายแดนเช่น โรคเท้าช้าง โปลิโอ และโรคระบาดต่างๆ

ภาคเหนือ ประชาชนส่วนใหญ่จะมีโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคจากการขาดการออกกำลังกาย อุบัติเหตุ และโรคเรื้อรังต่างๆเช่น โรคปวดข้อ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคหัวใจ และโรคเอดส์

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกพื้นที่ที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพดีแข็งแรง ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เช่น

- **ภาคเหนือ** ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนอุตสาหกรรม ชาวเขา และหัตถกรรม ไม่สามารถระบุภาวะสุขภาพของตนเองได้ ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนแออัด ชุมชนเมือง และชุมชนชนบทรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี นอกจากนี้ การศึกษาในภาคเหนือพบว่าภาวะสุขภาพของประชาชนตามการรับรู้ของผู้นำชุมชนอยู่ในระดับดีเช่นกัน
- **กรุงเทพมหานคร** ประชาชนส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความแออัด สังคมเมือง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้อาการเจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าการตระหนักถึงการปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้อาจจะมีสาเหตุมาจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ
- **ภาคใต้** ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี และมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นอย่างมาก โดยมีแนวคิดในการพึ่งพาตนเองสูงมาก
- **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** การรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนส่วนมหญ่จะมีการรับรู้ตั้งแต่สุขภาพแข็งแรงดี ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย บางกลุ่มมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรง หรือมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน บางกลุ่มรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเจ็บป่วยที่เรื้อรังโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และยังมีกลุ่มที่มี

ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพที่เสมือนมีสุขภาพดี แต่ประชาชนกลุ่มนี้ตระหนักถึงความเสี่ยงดังกล่าวด้วยเช่นกัน

2. ลักษณะโครงสร้างของชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์โครงสร้างของชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยสรุปเป็น 3 ลักษณะดังนี้

2.1. ลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

ลักษณะของชุมชนด้านสภาพแวดล้อม เน้นที่โครงสร้างการคมนาคม การใช้ถนน สภาพถนนที่อาจส่งผลให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการใช้ถนน การใช้รถยนต์และรถจักรยานยนต์โดยไม่มีการป้องกันตนเอง ส่วนการจัดการกับสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อันเป็นผลจากการลักษณะการตั้งบ้านเรือน ซึ่งมีทั้งที่อยู่ในพื้นที่เกษตรกรรมและในเขตเมือง ชุมชนที่อยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม อาจพบปัญหาที่เกี่ยวกับ ผลกระทบของสารพิษหรือของเสียที่ถูกกำจัดจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น ฝุ่นละออง น้ำเสีย สารพิษตกค้าง และกลิ่นเหม็น หรือแม้แต่การเพิ่มประชากรแมลงนำโรคต่างๆ เช่น แมลงวัน ยุง ชุมชนเขตเมืองอาจมีปัญหาจากความแออัดของการตั้งบ้านเรือน โดยเฉพาะในชุมชนแออัด ปัญหาควันพิษ ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติภัยเช่น เพลิงไหม้ หรือปัญหาเสียงดังจากการจราจร ส่วนสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่การจัดสภาพบ้านเรือนให้สะอาดเรียบร้อย ให้ภายในบ้านอากาศถ่ายเทสะดวก การกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดสัตว์นำโรคที่ไม่เหมาะสม ประชาชนที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาจเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคต่างๆ ได้เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรคระบบทางเดินหายใจและโรคภูมิแพ้ต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวกหรือสภาพบ้านเรือนที่แออัด และจากควันหรือสารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ชุมชนเกษตรกรรมอาจมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีในการเกษตร การใช้ผลผลิตทางการเกษตรที่มีการปนเปื้อนสารเคมี เป็นต้น

2.2. สภาพเศรษฐกิจ

ประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาตามภาคบังคับ มีรายได้น้อย บางคนไม่มีรายได้ประจำและมีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตเมืองเมื่อหมดฤดูการทำนา ส่งผลให้ประชาชนให้ความสนใจกับการทำงานหรือหางานทำมากกว่าสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะเห็นได้จากอัตราการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคเอดส์ โรคเครียด และโรคมะเร็งปอดเป็นต้น สำหรับการประกอบอาชีพของประชาชนแตกต่างกันไปตามลักษณะของชุมชนที่อาศัย ซึ่งพบว่าประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เกษตรกรรมประกอบอาชีพทางด้านการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ทำการประมง และการเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น คนกลุ่มที่ทำนา ทำสวน และทำไร่ พบว่าเป็นโรคฉี่หนู หรือเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีใน

การเกษตร ส่วนประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองหรือใกล้โรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีบางส่วนที่ประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว บางส่วนประกอบอาชีพหัตถกรรม และอุตสาหกรรมในครัวเรือน คนกลุ่มที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมจะมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน เช่น การได้รับสารพิษ อุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานไม่เหมาะสม หรือ การทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่ทำงานรับจ้างเป็นกรรมกรที่ทำงานหนัก หรือกลุ่มที่ทำงานหัตถกรรมและอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่นั่งอยู่ท่าเดียวเป็นเวลานาน มักเป็นโรคปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดตามกล้ามเนื้อ ส่วนในกลุ่มที่ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้ไม่แน่นอน หรือมีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม อาจมีปัญหาเรื่องหลักประกันสุขภาพ ถึงแม้ว่าคนบางกลุ่มสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้เองหรือได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย แต่ยังพบว่ามีบางส่วนเป็นผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเลย ทำให้เมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องมีการกู้ยืมเงิน เพื่อมาใช้ในการรักษาสุขภาพ ทำให้ความยากจนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.3. สภาพสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน

สภาพสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่ละชุมชน มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของชุมชน โดยชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากเขตเมืองหรือในชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เกษตรกรรม มักมีความผูกพันทางสังคมมีการอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติมีการช่วยเหลือกัน มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม คนในชุมชนให้ความร่วมมือกับกิจกรรมชุมชนเป็นอย่างดี มีการจัดตั้งคณะกรรมการชุมชน และมีกองทุนต่างๆ ซึ่งจะเห็นได้ใน บางชุมชนที่มีการรวมกลุ่มคนทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคต่างๆ การจัดตั้งกองทุนเพื่อที่จะให้ประชาชนที่มีรายได้ไม่เพียงพอในชุมชนมีบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น แต่ในบางชุมชนพบว่ามีปัญหาของความขัดแย้งที่ชัดเจน ขาดความเข้มแข็ง ในการดำเนินกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ชุมชนแออัดหรือชุมชนเขตเมืองบางแห่ง โดยลักษณะสภาพสังคมของชุมชนมีความหลากหลาย เช่น ความผูกพันทางสังคมตั้งแต่การอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติให้การช่วยเหลือกันดีจนกระทั่งความสัมพันธ์ที่ผิวเผิน ในบางชุมชนที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น มีทั้งที่อยู่ในพื้นที่มาก่อนและที่มาจากต่างถิ่นซึ่งทำให้ไม่ค่อยมีความผูกพันกันหรือต่างคนต่างอยู่ และมีปัญหาของ ความขัดแย้งในการทำกิจกรรม ส่วนในบางชุมชนประชาชนขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของชุมชน และการรวมคนกลุ่มต่างๆขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม อาจส่งผลให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

การศึกษาลักษณะชุมชน สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยของประชาชนในชุมชนของพื้นที่ต่างๆ ในประเทศชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้น มาจากสภาพชุมชน และวิถีชีวิต ซึ่งปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยหรือโรคสามารถป้องกันได้ หากคนเห็นความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนและปัญหาสุขภาพหรือโรค

3. **พฤติกรรมสุขภาพ**

นอกจากนี้ในชุมชนที่ศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ ว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของตนเอง และ ครอบครัว และไม่มีความต้องการการช่วยเหลือหากอยู่ในภาวะสุขภาพดี ไม่สนใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการเจ็บป่วยหรือฟื้นฟูสุขภาพ แต่เมื่อภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพจัดได้หลายกลุ่ม ดังนี้

*3.1. **พฤติกรรมสุขภาพเมื่อไม่เจ็บป่วย***

พฤติกรรมด้านการบริโภค เช่น อุปนิสัยการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการ เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย หรือการส่งผลให้อาการของโรคหรือการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือควบคุมไม่ได้ ซึ่งโรคซึ่งเกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากพฤติกรรมการบริโภคอาจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ประชาชนในชุมชนไม่ค่อยมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายน้อย จึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือ มีผลต่อโรคหรือภาวะ การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องได้

พฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ประชาชนมีการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดการกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องในบางชุมชน เช่น การรักษาความสะอาดบริเวณรอบบ้านและในตัวบ้าน ความสะอาดของน้ำดื่ม ความสะอาดของห้องน้ำห้องส้วม การควบคุมและกำจัดแมลงนำโรคที่ถูกต้อง การมีที่รองรับขยะที่ถูกหลักสุขาภิบาล ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดโรคติดต่อหรือโรคระบาดต่างๆเช่นโรคติดเชื้อของลำไส้ โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง ไข้เลือดออก โรคฉี่หนู เป็นต้น

พฤติกรรมการดำเนินชีวิต (life style) เนื่องจากภาวะวิกฤตทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันทำให้ประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท มีภาวะเครียด เพราะรายได้ไม่พอเพียง ความยากจน และการย้ายถิ่น และประชาชนบางส่วนยังขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด ขาดการสร้างทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการกับความเครียดโดยการพักผ่อน นอนหลับ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ตลอดจนการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เที่ยวนอกบ้าน การดื่มสุรา หรือแม้แต่การใช้สารเสพติดต่างๆ เป็นต้น

*3.2 **พฤติกรรมเสี่ยง***

ประชาชนในชุมชนที่ศึกษา มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ ซึ่งพฤติกรรมบางอย่างเป็นปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาครอบครัว และปัญหาของชุมชน ได้แก่

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ทุกชุมชนมีปัญหาการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ ได้แก่ บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยาบ้า พบในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น และวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในชุมชนแออัดเขต

เมือง และเขตชนบท พฤติกรรมนี้อาจนำสู่การเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆได้ เช่น ปัญหาการใช้ความรุนแรง อาชญากรรม หรือปัญหาครอบครัว และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พบว่าประชาชนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่นิยมสวมหมวกนิรภัย โดยเฉพาะวัยรุ่นในเขตเมือง และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท บางส่วนของผู้ที่ขับรถยนต์ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมโดยเปลี่ยนคู่นอน และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานย้ายถิ่น และกลุ่มชุมชนแออัด ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาว อาจเป็นสาเหตุนำสู่การเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ เป็นต้น

พฤติกรรมเสี่ยงในการประกอบอาชีพ ประชาชนทั้งที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างในโรงงาน ไม่มีและ / หรือไม่นิยมใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเอง เช่น ไม่ใช้อุปกรณ์ปิดปาก-จมูก เมื่อพ่นสารเคมี ยาฆ่าแมลงในไร่นา หรือเมื่อทำงานในที่มีฝุ่นละออง ไม่มีอุปกรณ์ ป้องกันเมื่อทำงานก่อสร้าง ทำงานในนาที่มีน้ำขังตลอด เป็นต้น

3.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาทุกพื้นที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีส่วนที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น มีไข้ตัวร้อน ไอ ปวดศีรษะ ปวดหลังปวดเอว เป็นหวัด จะเป็นการดูแลรักษาด้วยตนเอง โดยการ

ซื้อยารับประทานเองจากร้านยา ร้านขายของชำ มีการรักษาโดยวิธีพื้นบ้าน เช่นการใช้ยาสมุนไพร บางรายใช้วิธีทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย หรือ แม้แต่การปล่อยให้หายเอง

เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเฉียบพลัน ได้แก่ พวกได้รับสารพิษ ฝีที่ต้องผ่า ไข้จับสั่น มีบาดแผล การอักเสบต่างๆ จะไปรับการรักษาจากสถานบริการการรักษา เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลต่างๆ คลินิกส่วนการช็อก หมดสติ หรือมีอาการรุนแรง มักไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกระดูกและข้อ ประชาชนไปใช้บริการทางด้านการรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าบริการสุขภาพระดับต้น เนื่องจากเชื่อมั่นในการรักษามากกว่า

พฤติกรรมเหล่านี้ ทั้งพฤติกรรมสุขภาพ และ พฤติกรรมเสี่ยงหรือคุกคามต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรค ในคนท้องถิ่นหรือมีผลต่อสุขภาพ และชี้ให้เห็นความต้องการด้านสุขภาพด้วย

4. ความต้องการบริการสุขภาพ

จากการสำรวจความต้องการการบริการสุขภาพระดับต้นของประชาชนจากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นความต้องการการบริการสุขภาพในด้านต่างๆ พบว่าความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่จะต้องการการดูแลพฤติกรรมของตนเองตามภาวะไม่เจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วย และพฤติกรรมเสี่ยง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจความต้องการการดูแล

สุขภาพครั้งนี้ มีประชากรตัวอย่างที่ให้ข้อมูลจำนวน 3108 คน ใน 3108 ครัวเรือน โดยแบ่งตามพื้นที่ดังนี้ ภาคเหนือ 790 คน ภาคกลาง 512 คน กรุงเทพมหานคร 288 คน ภาคตะวันออก 430 คน ภาคใต้ 800 คน สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจ 200 คนและ ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพด้วย ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า

4.1 ความต้องการการดูแลสุขภาพเมื่อไม่เจ็บป่วย

4.1.1 พบว่าร้อยละ 50-70 มีความต้องการความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา ในเรื่องของการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเนื้อหาที่มีความต้องการมากที่สุดใน 5 อันดับแรก คือ 1) แนวทางการป้องกันโรค 2) การตรวจสุขภาพตนเอง เช่น การตรวจเต้านม 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4) การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออก-กำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด และ 5) สิทธิประโยชน์ในการใช้บัตร สวัสดิการสุขภาพชนิดต่าง ๆ

4.1.2 ความต้องการกิจกรรมการดูแล พบว่า ประมาณร้อยละ 25-50 ต้องการได้รับการบริการ ภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว เช่น การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดการฉีดยาคุม ที่เหลือไม่เกินร้อยละ 15-20 ต้องการการดูแลสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด

4.2 ความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน

4.2.1 อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยประมาณร้อยละ 60-80 ไม่ต้องการการช่วยเหลือมีเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 20-30 ต้องการได้รับคำแนะนำในการเลือกซื้อยามารับประทานเอง อาการเหล่านี้ได้แก่ ไข้ ไอ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้อาเจียน

4.2.2 อาการที่ต้องการการรักษาประมาณร้อยละ 80 ได้แก่ อาการดีซ่าน ตัวเหลือง การได้รับสารพิษซีด โลหิตจาง รองลงประมาณร้อยละ 70-79 ได้แก่ ดูแลบาดแผล ขาดสารอาหาร สิ่งแปลก-ปลอมเข้าหู ไข้จับสั่น และโรคผิวหนัง

4.3 ความต้องการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อที่พบส่วนใหญ่ เป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง หัวใจ และโรคข้ออักเสบ รวมทั้งอาการปวดหลังปวดเข่า ประมาณร้อยละ 80 ต้องการไดรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประมาณร้อยละ 35 - 40 ต้องการการดูแลติดตามโรค เช่นการเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต ร้อยละ 15-20 ต้องการการเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฉีดยาและทำแผล

4.4 สถานบริการสุขภาพ

สถานบริการที่ประชาชนต้องการมากที่สุดประมาณร้อยละ 30 - 40 เป็นสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนรองลงมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน

4.5 บุคลากรให้บริการ

บุคคลที่ประชาชนต้องการให้การดูแลร้อยละ 50 เป็นแพทย์ ซึ่งต้องการให้รักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย รองลงมาประมาณร้อยละ 30 ต้องการได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา การทำแผล การเจาะเลือด บุคคลที่ต้องการให้ดูแลรองลงมา คือพยาบาลที่ให้คำแนะนำและปรึกษา สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การวางแผนครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม

4.6 ค่าใช้จ่าย

ประชาชนอยากให้เป็นบริการฟรี หากจะให้จ่ายค่าบริการจะจ่ายเมื่อเมื่อบริการดีเป็นที่พอใจ ในภาวะที่ไม่เจ็บป่วยประชาชนมีความพึงพอใจที่จ่ายค่าบริการในกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน ประชาชนไม่พึงพอใจจะจ่ายค่าบริการ ส่วนในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีความพึงพอใจจ่ายค่าบริการในกิจกรรมการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

บทที่ 4
ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การศึกษาความต้องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้สะท้อนความต้องการและความคิดเห็นจากบุคคล 4 กลุ่ม คือ 1) ประชาชน 2) ผู้นำชุมชน 3) ผู้ทรงคุณวุฒิ และ 4) ผู้ให้บริการ ดังนี้

1. ประชาชน

มุมมองของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนที่ทำการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่นั้น เนื่องจากในปัจจุบันโครงสร้างและระบบบริการสุขภาพที่ไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุม และนำพาไปสู่สุขภาวะที่ดีแก่ประชาชนทั้งมวลได้อย่างถ้วนหน้า ดังนั้นการที่ประชาชนจะมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง กลับกลายเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมมีเสี่ยงต่อสุขภาพ และเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย ตามลักษณะพื้นที่ โครงสร้างประชากร โครงสร้างชุมชนแล้ว ประชาชนยังสะท้อนคิดว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จากผลการศึกษาทั้ง 6 พื้นที่พบว่า

- ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการในปัจจุบันระดับปานกลาง ถึงมาก และมีบางรายไม่พึงพอใจในบริการของสถานบริการ
- จำนวนสถานบริการในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้บริการ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล หรือสถานบริการอื่นๆในชุมชน
- ระบบการบริหารจัดการมีศักยภาพไม่เพียงพอ ขาดประสิทธิภาพในการให้บริการ เช่น สถานบริการสถานีอนามัยไม่บริการตลอด 24 ชั่วโมง ประชาชนไม่ได้รับความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ เนื่องจากการคมนาคมไม่ทั่วถึง การบริการล่าช้า เลือกปฏิบัติ ขาดส่งรักษาต่อยังสถานบริการแบบเครือข่าย ขาดการประสานงาน ความไม่เข้าใจในระบบบัตรประกันสุขภาพ
- ศักยภาพของผู้ให้บริการในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิยังไม่ตอบสนองต่อสภาพปัญหา ความต้องการ และการแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการของประชาชนในชุมชน ตั้งแต่ อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ ความเข้าในเรื่องการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ขาดความเชื่อถือ และความเชื่อมั่นจากประชาชนในชุมชน ผู้ให้บริการในสถานบริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ปฏิบัติงานไม่เต็มความสามารถ ขาดความรับผิดชอบต่องาน ไม่ทันสมัย พฤติกรรมการให้บริการไม่ประทับใจ
- การได้รับโอกาสในการร่วมมือต่อการจัดบริการสุขภาพของประชาชนมีน้อย และประชาชนบางส่วนไม่เข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และการมีส่วนในการจัดบริการสุขภาพ

ความต้องการของประชาชนต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ

- พัฒนาการบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ โดยสถานบริการอยู่ในชุมชน เดินทางสะดวก บริการ 24 ชั่วโมง บริการครบวงจร ได้รับบริการจากพยาบาลและแพทย์ ช่วยส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่นที่เป็นเครือข่าย พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานเท่าเทียมสถานบริการในชุมชนเมือง
- ต้องการให้ผู้ให้บริการเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการจัดบริการเสริมเช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ที่บ้าน การจัดกิจกรรมแก่เด็กในชุมชน
- พัฒนาความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นระยะๆ เพื่อเสริมความรู้และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังต้องพัฒนาองค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนต้องการให้มีแพทย์ 1 คน พยาบาล 2-3 คน เข้ามาดูแลประชาชนในชุมชน อย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์ และต้องการให้พยาบาลวิชาชีพจัดฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อสม. เป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง
- จัดหาแพทย์หรือพยาบาลมาให้บริการในชุมชนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 วัน และต้องการให้สถานบริการต่างๆเปิดทำการนอกเวลาราชการ และในวันหยุด ที่ประชาชนสามารถใช้บริการได้ทั้งเมื่อฉุกเฉิน
- ต้องการให้เปิดโอกาสแก่ประชาชนในการเข้าร่วมการจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชน มีส่วนร่วมในการปลูกจิตสำนึกให้ตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย
- ค่าใช้จ่ายการบริการถ้ารักษาฟรีได้จะดี แต่ถ้าจะให้จ่ายค่าบริการสามารถทำได้ถ้าได้รับบริการที่ดีและพึงพอใจในบริการ

2. กลุ่มองค์กร ผู้นำชุมชน

สภาพความเข้าใจขององค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรพัฒนาท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ต่อเรื่องการบริการสุขภาพแก่ประชาชน ที่เป็นภารกิจหนึ่งของชุมชน มีความหลากหลาย เช่น ชุมชนในภาคใต้มีความเข้มแข็งในเรื่องการเสนอบทบาทขององค์กรต่อการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ในภาพของกองทุนสุขภาพชุมชนที่ชัดเจน มากกว่าชุมชนในภาคอื่นๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร องค์กรปกครองท้องถิ่นคือกรุงเทพมหานครที่เป็นองค์กรโดยชอบธรรมในการจัดบริการสุขภาพ ส่วนในชุมชนภาคอื่นๆ เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน ทำให้ความร่วมมือและการสนับสนุนเกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพน้อย ไม่ชัดเจน หรือในบางพื้นที่การจัดบริการสุขภาพให้

ประชาชนในชุมชนไม่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน ขาดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา ไม่มีความเข้าใจในระบบงานของศูนย์บริการสุขภาพและแนวคิด ทัศนคติของกลุ่มองค์กรและผู้นำชุมชนยังยึดติดกับแนวความคิดที่รับจากหน่วยงาน ยังไม่สามารถปรับกระบวนทัศน์ให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูปสุขภาพ และการกระจายอำนาจสู่การปกครองท้องถิ่นได้ เป็นต้น

ความต้องการของกลุ่มองค์กร ผู้นำชุมชน ต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ

- วางแผนนโยบายในการพัฒนาแนวคิดให้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ที่ต้องช่วยพัฒนาสุขภาพของชุมชน โดยกำหนดนโยบายตั้งแต่ระดับรัฐบาลจนถึงระดับหมู่บ้าน ให้มีการสนับสนุนการบริการเชิงรุกแบบครบวงจร ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- ให้รัฐจัดสรรงบประมาณให้แต่ละชุมชนไปดำเนินการเอง ซึ่งอาจเป็นการจัดตั้งกองทุนเพื่อสุขภาพของคนในชุมชนโดยในรูปความร่วมมือเชิงสหกรณ์ การจัดการแบบเทศบาล การจัดการโดยองค์กรปกครองท้องถิ่น หรือการสนับสนุนงบประมาณในส่วนสถานบริการ เป็นต้น
- กำหนดนโยบายในการพัฒนารูปแบบการบริการ สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพของสถานบริการในชุมชนให้สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น การจัดคลินิกเฉพาะ มีผู้เชี่ยวชาญ ให้บริการวันอาทิตย์เช้า 1 วัน จัดสถานบริการเป็นแบบ polyclinic ที่ให้บริการหลากหลาย ขยายเวลาทำการ เป็นต้น
- สนับสนุน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ทุนและจัดสรรงบประมาณในการศึกษาต่อ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชน
- สนับสนุนให้ทุกองค์กรมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพตามความต้องการของประชาชนในชุมชน
- สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว สนับสนุนให้ดูแลแบบผสมผสาน มีการจัดการบุคลากรที่เหมาะสม เช่น การฝึกอบรม การรณรงค์ การสร้างสวนสุขภาพ การจัดหาหน่วยเคลื่อนที่ การเยี่ยมบ้าน การประสานงานในการดูแลสุขภาพ

3. กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ

มุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเป็นลักษณะการนำเสนอข้อคิดเห็นที่ครอบคลุมในการจัดรูปแบบการให้บริการระดับปฐมภูมิที่ต้องอาศัยกลไกต่างๆร่วมกันผลักดันให้การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมในพื้นที่ มีระบบการเงินและงบประมาณที่ชัดเจน และที่สำคัญยิ่งคือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ตระหนักถึงและให้ความสำคัญโดยย้ำถึงเจตนารมณ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถดำเนินการได้ภายใต้เงื่อนไขต่างๆตามศักยภาพและความสามารถของผู้จัดบริการ

และที่สำคัญสุดคือ เป้าหมายของการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินั้นเพื่อต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเช่นกัน

ความต้องการของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มองว่า

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรเป็นด่านแรกที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน และมีขอบเขตของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้บริการแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยที่ครอบคลุมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่บ้าน และการส่งต่อผู้ป่วยในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเน้นให้ประชาชนมีการดูแลตนเองและใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งพิจารณาว่า การจัดบริการที่ง่าย และสะดวกต่อประชาชนมากที่สุด จำเป็นต้องใช้นักวิชาชีพบางกลุ่มที่เข้าไปจัดบริการให้ประชาชน เป็นการบริการที่เข้าถึงบ้าน โดยการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประชาชนเกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรจะรวมถึงการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม หรือความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน การประเมินการส่งต่อในสถานบริการที่สูงขึ้น ซึ่งระบบบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพที่นำมาสู่สุขภาวะได้อย่างแน่นอน

ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมองว่า ผู้ให้บริการควรที่จะเป็นนักวิชาชีพที่อยู่ในทุกสาขาวิชาชีพ โดยมีหัวใจการทำงานที่เป็นทีม มีจิตใจรักเพื่อนมนุษย์ มองประชาชนอย่างมีศักดิ์ศรี มีความรู้และเข้าใจในบทบาทและขอบเขตการทำงานในระดับปฐมภูมิ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และผสมผสานกับการให้บริการ โดยใช้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีทักษะในการคัดกรองโรคและการรักษาโรคเบื้องต้น มีทักษะของชุมชน การสื่อสาร การประสานงาน การสร้างเครือข่าย และการสร้างความร่วมมือ โดยบุคคลนั้นต้องมีความตื่นตัว และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

สำหรับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีทั้งรูปแบบใหม่ที่ทำงานเป็นอิสระ มีโครงสร้างและรูปแบบที่แตกต่างจากระบบเดิมตามประเด็นสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นเป็นหลัก แต่รูปแบบการทำงานต้องมีการตระหนักการบริหารจัดการในเรื่องการเงิน การคลัง การเบิกจ่าย หรือในเรื่องการรองรับด้านกฎหมายเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อ หรือรูปแบบการจัดบริการแบบเดิมในสถานบริการของรัฐที่ต้องมีการกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน และเสริมสร้างประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ หรือการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล รับผิดชอบการบริหารจัดการในหลายชุมชน โดยอาจกำหนดแบ่งเขตและผู้รับผิดชอบเช่น พยาบาล 1 คนต้องดูแลกี่ครอบครัว ซึ่งการสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีความเข้มแข็ง ประชาชนสามารถยอมรับได้ เนื่องจากเป็นระบบที่ใกล้ตัวประชาชนมากที่สุดและเป็นที่พึ่งของประชาชนมากที่สุดเช่นกัน

นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมองว่า การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะสำเร็จได้ต้องมีการสร้างกลไกการรองรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ กลไกระดับชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่ต้องตระหนักว่าเป็นเจ้าของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้องค์กรท้องถิ่นต้องมีการเตรียมพร้อม เข้าใจบริบทและกลไก

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างรอบด้าน รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องเข้ามาจัดการระบบสุขภาพใหม่ให้หน่วยบริการมีความหลากหลาย และสร้างเกณฑ์มาตรฐานเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความเท่าเทียมกันทั่วประเทศ และมีการดำเนินการจัดโครงสร้าง จัดสรรงบประมาณ การประเมินผลงานให้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค องค์กรวิชาชีพแสดงบทบาทในการสร้างรูปแบบกลไกต่างๆในทางกฎหมายคุณภาพมาตรฐาน และการกำหนดทิศทางการผลิตและการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งมีการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อรองรับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนด้านการเงินและงบประมาณรัฐและประชาชนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยอาศัยกลไกที่ร่วมกันสร้างจิตสำนึก การตระหนักรู้ถึงความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงแก่ประชาชน จะทำให้การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

4. กลุ่มผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะสะท้อนภาพของระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน พบว่า

- จำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานตามสถานบริการต่างๆในชุมชน เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข มีปริมาณไม่เพียงพอกับจำนวนผู้มาใช้บริการ และขาดบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการในพื้นที่มีความต้องการเฉพาะ
- คุณสมบัติ และสมรรถนะของผู้ให้บริการไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มารยาทในการให้บริการไม่ประทับใจ ขาดใจรักในการทำงานให้ชุมชน ขาดความรับผิดชอบ ให้การปฏิบัติไม่เสมอภาค ปฏิบัติงานไม่เต็มศักยภาพ บางสถานีอนามัยปฏิบัติงานเกินขอบเขตหน้าที่ที่กำหนด ขาดการรองรับทางกฎหมาย เป็นต้น
- ระบบการบริหารจัดการดูแลสุขภาพขาดความต่อเนื่องในการให้บริการ ขาดการสนับสนุนแหล่งเงินทุน และงบประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการในพื้นที่ หรือการเยี่ยมบ้านในชุมชน ขาดสถานบริการอย่างถาวรในชุมชน อุปกรณ์ในการให้บริการไม่เพียงพอ การให้บริการเน้นการตั้งรับ ทำการรักษาที่สถานบริการมากกว่าการบริการเชิงรุกในชุมชน การจัดตั้งสถานบริการห่างไกลจากประชาชน ไกล ไม่สะดวก
- กิจกรรมของระบบการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิขาดการควบคุมและมาตรฐานในการให้บริการ ซึ่งกิจกรรมการบริการตามระบบในปัจจุบันจะเน้นกิจกรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ให้การบริการรักษาโรคเบื้องต้น มีคลินิกเฉพาะทาง มีการเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำหัตถการตามบทบาทหน้าที่ในขอบเขตที่กฎหมายกำหนด การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในชุมชนโดยตรวจรักษาพยาบาล ส่วนกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคจะเน้นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำแนะนำและบริการต่างๆที่ดำเนินการในคลินิกหรือสถานบริการ ซึ่งจัดมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพยามเมื่อเจ็บป่วยเช่น หญิงหลังคลอด

ผู้ป่วยเรื้อรัง และเพื่อให้มีสุขภาวะเช่น วางแผนครอบครัว การตรวจพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โภชนาการ งานสุขภาพจิต เป็นต้น

ความต้องการของผู้ให้บริการต่อการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ

- พัฒนารูปแบบการบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน เช่น สถานบริการที่อยู่ในชุมชน เดินทางสะดวก บริการ 24 ชั่วโมง มีบริการที่ครบวงจร การบริหารงานง่าย มีบริการจากพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการส่งต่อการรักษาที่ครอบคลุม เป็นเครือข่าย ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และสถานบริการควรมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการ และมีคุณภาพ
- รูปแบบการบริการควรส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ที่สนับสนุนภูมิปัญญาพื้นบ้านให้บุคคลมีการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนสามารถช่วยดูแลแบบองค์รวม ครบทั้ง 4 มิติคือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดหลักการบริหารการดูแลแบบเศรษฐกิจแบบพอเพียง และครอบคลุมทั้งการรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพให้เกิดความประทับใจในบริการ
- การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรเป็นการทำงานที่อิสระในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ถ้ามีทีมงานจากโรงพยาบาลจะมีทั้งทีมบริการเชิงรุก และเชิงรับ และการจัดบริการควรเปิดโอกาสให้ประชาชนทำประชาพิจารณ์ กำหนดขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบและให้บริการอย่างชัดเจน มีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน ทำงานเป็นทีม มีคณะกรรมการระดับชุมชนร่วมกันแบบประสานงาน เป็นเครือข่าย หรือจัดในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชน ที่บริหารจัดการโดยชุมชนและองค์กรท้องถิ่น โดยจัดบริการตามกลุ่มและความต้องการด้านสุขภาพ
- ลักษณะการจัดบริการเช่น ให้พยาบาลส่วนหนึ่งลงในชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมที่องค์กรท้องถิ่นกำหนด หรือจัดตั้งเป็นศูนย์สาธารณสุขชุมชนให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัวในการดูแลสุขภาพในชุมชน จัดทีมบริการเคลื่อนที่ ที่บริการรถออกไปดูแลที่บ้าน จัดบริการคลินิกเฉพาะโรคในชุมชน และจัดบริการแบบ home health care ซึ่งอาศัยกลไกการสร้างศรัทธาและเชื่อมั่นในการให้บริการ ปรับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และจัดพยาบาลประจำชุมชน
- บริการที่ควรจัดให้ได้ ระดับปฐมภูมิควรประกอบด้วย การสอน การแนะนำ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้คำปรึกษา การให้บริการผสมผสาน
- สนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการบริการระดับปฐมภูมิเพื่อให้เกิดการบริหารงานอย่างโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีระบบงานชัดเจน สามารถจัดการประสานงาน สร้างเครือข่ายสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพระหว่างกลุ่มได้ ร่วมกันจัดตั้งกองทุนสุขภาพ ร่วมค้นหาปัญหาสุขภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้กลไกในการบริหารจัดการดำเนิน

การได้คือ กำหนดให้มีนโยบายที่ชัดเจน สถานบริการขึ้นตรงกับองค์กรท้องถิ่น มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ มีการจัดสรรงบประมาณเน้นการสร้างสุขภาพ และสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน

- พยาบาลวิชาชีพควรมีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ ได้รับการพัฒนาด้านองค์ความรู้แบบบูรณการ เป็นผู้ให้คำปรึกษาบริการแบบองค์รวม และบริการแบบเชิงรุก พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สร้างเสริมทักษะชีวิตแก่ประชาชน สร้างความรู้ให้ชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการบริการสุขภาพ สร้างการทำงานเป็นทีมโดยมีประชาชนเป็นผู้ร่วมทีมในการดำเนินการบริหารจัดการกิจกรรม
- พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการให้เพิ่มกิจกรรมการบริการที่ครอบคลุมตามความต้องการ โดยเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพิ่มสถานบริการสุขภาพในชุมชนอย่างถาวร จัดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน จัดรูปแบบการให้บริการในชุมชน และในสถานบริการ กำหนดขอบเขตการบริการที่ชัดเจน กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ จัดสรรงบประมาณเรื่อง ยา และอุปกรณ์ที่จำเป็น เปิดโอกาสให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกำหนดกิจกรรมการบริการ ควรมีการรักษาความปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการด้วย ทั้งนี้ลักษณะการให้บริการระดับปฐมภูมิควรมีกฎหมายรองรับในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการอย่างครอบคลุม
- พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนได้ตอบทางแบบสอบถามเรื่องเอกสิทธิ์วิชาชีพพยาบาล โดยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ดังนี้
    1. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรประกอบด้วยกิจกรรมเกี่ยวกับการสอน แนะนำ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (99.1%) บริการรักษาโรคเบื้องต้น (91.1%) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (89.3%) รวมทั้งการให้คำปรึกษาการให้บริการแบบผสมผสาน
    2. บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพดับปฐมภูมิได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (91.1%) พยาบาลเทคนิค (83.9%) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (84.8%) แพทย์แผนไทย (71.4%) แพทย์ (62.5%) เภสัช (51.8%)
    3. กิจกรรมพยาบาลในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา (98.2%) สอน (93.8%) ให้บริการรักษา (85.7%) ส่งต่อ (76.8%)
    4. เอกสิทธิ์ของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ สอน แนะนำด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษา สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในเรื่องสุขภาพ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคเบื้องต้น รักษาโรคเบื้องต้น ทำวิจัย วิเคราะห์งาน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
    5. สถานที่ที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนหมอพื้นบ้าน คลินิกอิสระ ร้านขายยา ภายในครอบครัว

6. การงบประมาณควรมาจากส่วนต่างๆ คือ ประชาชนรับผิดชอบ องค์กรปกครองท้องถิ่น รัฐจัดสรรให้บางส่วน สถานบริการอื่นๆ และภาคเอกชน
7. กลไกที่จะทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ประชาชนเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของประชาชน การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น การติดตามตรวจสอบ องค์กรวิชาชีพ เครือข่าย กฎหมาย การบริหารจัดการที่มีคุณภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง มีอัตรากำลังที่เหมาะสม
8. ผู้ที่ควรมีบทบาทในการกำหนดรูปแบบบริการสุขภาพระดับต้น คือ ประชาชน องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพ พยาบาล NGO ในพื้นที่ และทุกคนในสังคม
9. ข้อคิดเห็นอื่นๆ ต่อการจัดบริการและการพัฒนาบริการ
   1) เตรียมคนเข้าสู่ระบบใหม่
      1.1 การจัดหาหลักสูตร เชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ส่งเสริมเจตคติของผู้เรียนในการบริการเชิงรุก จัดการศึกษาต่อเนื่อง
   2) พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว
      2.1 จัดระบบใหม่ / รื้อระบบ โดย ลดขั้นตอนไม่ซับซ้อน มีค่าตอบแทนชัดเจน งบประมาณเพียงพอ ปรับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน ขึ้นกับองค์กรท้องถิ่น
      2.2 พัฒนาบุคลากรในระดับสถานีอนามัยให้มีศักยภาพเพียงพอ
      2.3 องค์กรวิชาชีพควรปกป้องรักษาสิทธิและสร้างขวัญกำลังใจแก่สมาชิก
      2.4 ปรับเจตคติในการทำงาน เน้นการสร้างสุขภาพ
      2.5 กำหนดขอบเขตการให้บริการชัดเจน ดำเนินการโดยอิสระภายใต้กฎหมายวิชาชีพ มีอำนาคในการต่อรอง
      2.6 ดูแลผู้รับบริการตั้งแต่วัยเด็ก ถึงวัยชรา
      2.7 ให้บริการอย่างเสมอภาค มีมาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ เน้นการประสานงาน
      2.8 ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน สร้างความเข้มแข็งของชุมชน
      2.9 ให้การดูแลบุคคลแบบองค์รวม และครอบคลุมทั้งการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ
      2.10 ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของ Home care, Ambulatory care
      2.11 ปฏิบัติงานโดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ

บทที่ 5
รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อตอบสนองความต้องการและการปฏิรูประบบสุขภาพ

หลักการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

หลักการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและการปฏิรูประบบสุขภาพได้นั้นต้องมีลักษณะดังนี้คือ

- เป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย อย่างเท่าเทียม ทั่วถึง
- เป็นบริการที่จัดโดยมีการกำหนดพื้นที่ให้บริการชัดเจน (ครอบคลุมทุกคนในพื้นที่ ไม่นับตามทะเบียน)
- เป็นบริการอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องครอบคลุมคน ทุกคน ทุกกลุ่ม ทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เป็นบริการที่เสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
- เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรรูปแบบอื่นๆมีส่วนร่วมในการดำเนินการหรือร่วมเป็นเจ้าของ
- เป็นบริการที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน/เครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวังและแก้ไขในทุกมิติของปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- เป็นการให้บริการโดย นักวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เภสัชกรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย

ขอบเขต กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ขอบเขตกิจกรรมของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเน้นการให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ที่มีการจัดการบริการสุขภาพ และช่วยเสริมสร้างศักยภาพ บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและ ชุมชน ดังนี้

1. ***ให้บริการสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน****(health service)* โดยประเมินภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน อย่างเป็นองค์รวม เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์และประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ สามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้ สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผน

ปัจจุบัน และการรักษาทางเลือกอื่นๆที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ใช้บริการ สามารถตัดสินใจวางแผน ให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ใช้บริการทั้งภาวะฉุกเฉิน ปกติ และเรื้อรัง ได้อย่างปลอดภัย สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้น ต่างๆตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพ สามารถให้การบริการแบบองค์รวม ติดตามให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว ประชาชน ฟื้นฟูสุขภาพสภาพของผู้ป่วย และ กลุ่มบุคคล ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว รวมทั้งปัญหาด้านสังคม สามารถทำกิจกรรม สนับสนุนและเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร ผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบคลุมทั้งทาง กาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ สามารถตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่กำหนด

2. ***การจัดการบริการสุขภาพ*** *(service management)* โดยเน้นการบริหารจัดการหน่วยบริการทางสุขภาพ การบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน การบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงินและงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ และการบริหารจัดการข้อมูลทางสุขภาพ เป็นต้น

3. ***การเสริมสร้างศักยภาพ บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และ ชุมชน*** *(empowerment)* โดยเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และ ทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชน รวมทั้งส่งเสริม และกระตุ้น ให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ สร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่าย ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ

กิจกรรมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย เช่น
    - บริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
    - บริการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และการทำคลอด
    - บริการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียนและในโรงเรียน
    - บริการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองและลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งในสถานประกอบการ
    - บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. การเฝ้าระวัง การควบคุมและ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย ความรุนแรง (violence) และสารพิษ
    - การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ
    - การค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการคัดกรอง

3. การรักษาโรคและการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และการส่งต่อเมื่อเกินความสามารถ โดยจัดให้มีบริการครอบคลุม เช่น

- บริการรักษาโรค ปัญหาสุขภาพ และการเจ็บป่วยเบื้องต้น
- บริการรักษาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเกินขีดความสามารถในการรักษาเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- การดูแลผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้พิการ
- การดูแลผู้เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพในประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน

5. การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

- กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มกันของคนกลุ่มต่างๆเพื่อทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ต่างๆ
- สื่อสาร กระจายความรู้ที่รับมาสู่ประชาชน
- ให้คำแนะนำ คำปรึกษาและสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน
- ประเมินสภาวะสุขภาพ และ ค้นหาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น พร้อมปัจจัยสาเหตุเพื่อการจัดทำโครงการสุขภาพของท้องถิ่น
- ให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เช่น การผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้รถใช้ถนน การทำงานที่ต้องใช้สารเคมี หรือ เครื่องจักรที่อันตราย เป็นต้น
- ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพคนในชุมชน

จากการพิจารณาหลักการของขอบเขตกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำให้สะท้อนความเป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่ที่ทำการศึกษาตามภูมิภาคต่างๆได้ เช่น

- **กรุงเทพมหานคร** เน้นขอบเขตการบริการที่ขึ้นอยู่กับพื้นที่บริการที่เหมาะสมตามจำนวนชุมชน 1-2 ชุมชน หรือจำนวนครอบครัวประมาณ 100-150 ครอบครัวต่อพยาบาลชุมชน 1 คน โดยเน้นกิจกรรมการบริการด้านสุขภาพมากกว่าภาวะเจ็บป่วย
- **ภาคใต้** ขอบเขตการบริการจะเน้นทั้งในและนอกสถานที่ที่ดูแลที่บ้านและบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ โดยมีกิจกรรมครอบคลุมความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มวัยในทุกภาวะสุขภาพคือ การส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต และบริการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อ

- **ภาคกลาง** ขอบเขตกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะมีการจัดบริการแบบผสมผสานต่อเนื่อง องค์รวม อย่างเสมอภาคและครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบอย่างแน่นอน และมีสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ 1 ต่อ 3,000 คน และจัดให้มีกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับสถานบริการอื่นในการส่งต่อเพื่อการรักษา
- **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ขอบเขตกิจกรรมจะเน้นในเรื่องของชุดบริการสุขภาพครบวงจรตามรายบุคคลและรายกลุ่มเป้าหมาย และชุดบริการชุมชนที่มีการเฝ้าระวัง เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้พึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพโดยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
- **ภาคเหนือ** เน้นขอบเขตกิจกรรมการบริการในพื้นที่เฉพาะของการรับผิดชอบ โดยกำหนดพยาบาล 1 คนต่อการรับผิดชอบประมาณ 300-400 หลังคาเรือน หรือครอบคลุมประชาชน 1,000- 2,000 คน ให้ครอบคลุมทุกตำบลและทุกมิติของการดูแล
- **ภาคตะวันออก** เน้นการบริการที่สอดคล้องกับพื้นที่ให้มีกิจกรรมการบริการที่เป็นทางเลือกหลากหลาย มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น แพทย์แผนไทย และแผนปัจจุบัน กับการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม

ผู้ให้บริการ

คุณสมบัติ

คุณลักษณะของผู้ให้บริการในสถานดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในมุมมองของผู้รับบริการ ค่อนข้างให้ความสำคัญกับการคุณลักษณะส่วนตัวของผู้ให้บริการ ในด้านอัธยาศัยส่วนตัว กล่าวคือ มีสัมพันธภาพที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาไพเราะ ไม่ดุ มีน้ำใจ ไม่แสดงท่ารังเกียจ ให้ความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ เข้ากันได้ดีกับชาวบ้าน มีความยืดหยุ่น ให้การดูแลเสมือนญาติ ไม่เล่นพรรคพวก สม่ำเสมอ ตรงต่อเวลา เสียสละ ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีความคิดริเริ่ม มีคุณธรรม จริยธรรม มีใจรักเพื่อนมนุษย์ รักในการทำงานชุมชน ตื่นตัวและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

สำหรับด้านความสามารถของผู้ให้บริการ ควรมีความรู้ขั้นต่ำปริญญาตรี มีความรู้ตามมาตรฐานของวิชาชีพรับรอง มีความรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะในการวิเคราะห์ รักษาโรคเบื้องต้น จ่ายยา แก้ปัญหาเร่งด่วน คัดกรองโรค สามารถต่อรอง สื่อสาร และประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องและเครือข่าย รู้ปัญหาโรคท้องถิ่นและสามารถจัดการกับปัญหาโรคท้องถิ่น ทันต่อเหตุการณ์ เข้ากับชุมชนได้ เข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน พูดภาษาท้องถิ่น รู้จักระบบ ระเบียบ และวิธีการทำงาน มีแนวคิดในการเสนอโครงการ ตลอดจนสามารถพิทักษ์สิทธิ์ของตนเองและผู้รับบริการ

องค์ประกอบของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 2 ฝ่าย คือ ผู้ให้บริการประจำ และผู้ให้บริการไม่ประจำ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพ (health professional) ประจำสถานบริการตลอดเวลา โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในจำนวนที่แตกต่างกัน และถ้าเป็นไปได้อยากได้บุคลากรครบทุกสาขา คือ แพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ แต่หากไม่สามารถจัดให้ตามที่พึงประสงค์ ก็ขอให้มีการสนับสนุนบุคลากรด้านสุข

ภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และแพทย์แผนไทยมาให้บริการที่สถานบริการเป็นบางวัน หรือร่วมให้บริการ

สมรรถนะ

ผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะตามขอบเขตของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรเป็นดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน อย่างเป็นองค์รวม
2. เฝ้าระวังติดตามสถานการณ์และประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน
3. สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ
4. สามารถให้ภูมิคุ้มกันโรคได้
5. สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางเลือกอื่นๆที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ใช้บริการ
6. สามารถตัดสินใจวางแผน ให้การรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ใช้บริการทั้งภาวะฉุกเฉิน ปกติ และเรื้อรัง ได้อย่างปลอดภัย
7. สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้น ต่างๆตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพ
8. สามารถให้การบริการแบบองค์รวม
9. ติดตามให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของบุคลากรด้านสุขภาพ ครอบครัว ประชาชน
10. ฟื้นฟูสุขภาพ สภาพของผู้ป่วย และ กลุ่มบุคคล
11. ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว รวมทั้งปัญหาด้านสังคม
12. สามารถทำกิจกรรม สนับสนุนและเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหาร ผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนให้ครอบคลุมทั้งทาง กาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ
13. สามารถตรวจสอบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานที่กำหนด
14. สามารถบริหารจัดการหน่วยบริการทางสุขภาพ
15. สามารถบริหารจัดการบริการสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน
16. สามารถบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเงิน และงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์ต่างๆ
17. สามารถบริหารจัดการข้อมูลทางสุขภาพ
18. มีความรู้ ความเข้าใจ และ ทักษะด้านวิถีชีวิตชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยม ของชุมชน
19. สามารถส่งเสริม และกระตุ้น ให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ

20. สามารถสร้างสัมพันธภาพ สร้างเครือข่าย ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
21. ส่งเสริมการให้ข้อมูลที่เหมาะสมในเรื่องการพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านสุขภาพ

รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากหลักการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการให้เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน บริการที่ได้รับเป็นแบบผสมผสานที่เน้นการให้บริการที่เบ็ดเสร็จ และหลากหลาย มีรูปแบบการบริการทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและโรค การรักษาขั้นต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้บริการที่ครบวงจร มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิควรที่จะตอบสนองปัญหาสุขภาพ และตรงตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้ โดยตามสิทธิของประชาชนคนไทยของรัฐธรรมนูญแห่งอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 ที่ประชาชนชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ โดยรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีศักยภาพและความเป็นไปได้ในการดำเนินการได้ ควรเป็นดังนี้

รูปแบบที่ 1

ใช้โครงสร้างเดิมแต่เพิ่มศักยภาพการบริการ ปัจจุบันโครงสร้างเดิมของระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขชุมชนสังกัดเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น ต้องมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านคุณภาพและมาตรฐานการบริการ พร้อมทั้งกำหนดสัดส่วนของผู้ให้บริการต่อประชากรในพื้นที่บริการให้เหมาะสม ซึ่งควรเป็น 1: 3000 ประชากร จึงจะสามารถให้บริการที่พึงประสงค์ได้ครอบคลุม

รูปแบบที่ 2

ให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ สถานบริการสุขภาพในปัจจุบันมีสถานบริการเอกชนที่สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ เช่น คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพในการดูแลรักษาเบื้องต้น คลินิกแพทย์ภูมิปัญญาไทย เน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านในท้องถิ่นในการให้บริการ ศูนย์สุขภาพในลักษณะต่างๆเช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์สาธิตพัฒนาการเด็ก การให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการตามโรงงานอุตสาหกรรม ฯลฯ โดยหน่วยงานรัฐสามารถจ้างสถานบริการสุขภาพของเอกชนเหล่านี้มาให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเป็นการทำสัญญาว่าจ้างให้ดำเนินการดูแลสุขภาพอนามัยแก่คนในชุมชนในระบบของบริการที่ครอบคลุม ครบวงจร และเบ็ดเสร็จ ภายใต้กระบวนการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการที่รัฐกำหนด

รูปแบบที่ 3

เน้นความร่วมมือระหว่างไตรภาคี ระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เช่น

- คลินิกสุขภาพแพทย์แผนไทย ที่ดำเนินการโดยองค์กรในท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งคลินิกสุขภาพแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ที่สามารถจัดระบบการแข่งขันคุณภาพให้เป็นกลไกในการจัดบริการ ทั้งนี้หน่วยงานรัฐและเอกชนสามารถร่วมให้บริการได้
- โครงการสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบล จากจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจการปกครองด้านสุขภาพให้ท้องถิ่นบริหารจัดการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนของตนเอง ซึ่ง อบต. ในฐานะของผู้จัดหาบริการสามารถให้หน่วยงานรัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของเครือข่ายระหว่างหน่วยงานก็ตาม หน่วยงานต่างๆสามารถเข้าร่วมจัดหาบริการได้ โดยใช้ระบบคุณภาพในการแข่งขันในการทำสัญญาว่าจ้างในการดูแลสุขภาพ และหน่วยงานรัฐและเอกชนสามารถจัดสรรระบบการจ่ายเป็นการร่วมจ่ายในการให้บริการ และสามารถเลือกสถานบริการสุขภาพมีคุณภาพได้

บทวิเคราะห์โครงสร้างการบริการตามภูมิภาคต่าง ๆ

- **กรุงเทพมหานคร** มีโครงสร้างภายใต้ชื่อว่า “**ศูนย์สุขภาพชุมชน**” ที่จัดตั้งบนแหล่งการเงินและงบประมาณจากงบประมาณของรัฐบาล การสนับสนุนจากงบประมาณจากนักการเมืองระดับท้องถิ่น และกองทุนสุขภาพชุมชน เงินบริจาคจากผู้ใช้บริการ ผู้มีจิตศรัทธา และระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยกำหนดเกณฑ์ในระบบการจ่ายเงินแบบใหม่ เป็นระบบสัญญา (catchment area) ที่จ่ายเงินตามหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตามพื้นที่บริการ ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนจะอยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการชุมชนที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ ดังนั้นรูปแบบระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิตามสภาพพื้นที่ในกรุงเทพมหานครจะมีกำลังคนในการให้บริการคือพยาบาล คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชาชนมากกว่าวิชาชีพอื่น (1:306) ใช้สถานบริการเดิมที่มีอยู่ เป็นการบริการด่านแรก ใกล้บ้าน ให้บริการแบบเชิงรุก เป็นศูนย์กลางในการส่งต่อ และมีเครือข่ายระบบคู่สัญญา ทั้งนี้ยังสามารถจัดจ้างการบริหารจัดการเชิงธุรกิจในรูปแบบบริษัท มาให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ แบบองค์รวม และให้มีชุดบริการหลักเป็นเครือข่ายกัน

- **ภาคใต้** จัดตั้งเป็น “**ศูนย์สุขภาพระดับต้น**” ที่มีความเข็มแข็งในการมีส่วนร่วมของประชาชน

จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจากพหุภาคี และขอแสดงสิทธิในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างชัดเจน จากการจัดตั้งกองทุนด้านสุขภาพที่หารายได้จากชุมชนจัดหาเอง บริจาค และร่วมจ่ายค่าใช้บริการ ทั้งนี้กองทุนสุขภาพจะเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน และสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพตามความพร้อมและความต้องการของชุมชน ซึ่งจะกำหนดกลไกการบริหารงบประมาณจากคณะกรรมการบริหารจัดสรรเป็นการเหมารายหัว จากเงื่อนไขดังกล่าวทำให้ภาคใต้มีการจัดการรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นแบบโครงสร้างเดิม แต่มีการพัฒนาศักยภาพ หรือโครงสร้างใหม่ที่เป็นหน่วยงานอิสระในการซื้อชุดบริการตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และมีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ที่เป็นอิสระในการบริหารการเงินและงบประมาณจากกองทุนสุขภาพชุมชนมาดำเนินการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

- **ภาคกลางมีโครงสร้างที่ผสมผสาน** ระหว่างองค์กรรัฐบาล องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง องค์กรชุมชน และแหล่งประโยชน์ภาคเอกชน ที่ทำการบริหารจัดการให้บริการ เพื่อให้เกิดลักษณะการบริการที่เข้าถึงได้ง่าย เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ภายใต้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อ และการจัดระบบข่าวสารสุขภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ภายใต้การจัดการการเงินงบประมาณจากการสนับสนุนทั้งภาครัฐ เอกชน ส่วนท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพ โดยมีกลไกการบริหารงบประมาณที่ชัดเจนจากการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบ มีกลไกในการดูแลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แบบร่วมกันจ่าย (co payment) และมีการจัดสรรงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยและโรค แก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของภาคกลางจะมีการกำหนดกำลังคนที่เหมาะสมต่อพื้นที่ มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเสมือนเป็นการใช้รูปแบบที่ 1 คือ โครงสร้างเดิมเพิ่มศักยภาพ

- **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** เป็นรูปแบบ**โครงสร้างเดิมที่ต้องการเสริมศักยภาพ**และความเข้มแข็งในการให้บริการ และการจัด **โครงสร้างใหม่** ที่มีการกำหนดพื้นที่บริการโดยมีอัตราส่วนประชาชนต่อผู้ให้บริการ 1 ต่อ 2,000-3,000 คน โดยที่มาของการเงินจะมาจากการสนับสนุนของส่วนกลางรัฐบาล และภาษีส่วนท้องถิ่นเช่น จากเทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล โดยมีการกำหนดขอบเขตพื้นที่การให้บริการที่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ประชาชนและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องในการบริหารงบประมาณ ซึ่งถือว่าเป็นกลไกการบริหารงบประมาณ นอกจากนี้ในโครงสร้างใหม่จะเป็นการจัดหาบริการที่เสริมจากภาคเอกชนให้เข้ามาสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนจนสามารถพัฒนาสุขภาพของชุมชนได้

- **ภาคเหนือ** ใช้**โครงสร้างแบบเดิมการบริการเน้นการเสริมศักยภาพ**ของสถานบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยจัดพยาบาลประจำสถานบริการในวันหยุดราชการ และจัดให้มีพยาบาล

ประจำครอบครัวตามพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนโดยมีการประสานงานและสร้างเครือข่ายในการบริการ และภายใต้ **โครงสร้างใหม่** ที่พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระภายใต้เงื่อนไขความร่วมมือขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

- **ภาคตะวันออก** เน้นการจัดโครงสร้างของ "**ศูนย์สุขภาพชุมชน**" ที่มีหัวใจหลักของการให้บริการอย่างกองทุนสุขภาพในระดับชุมชน ที่มีคณะกรรมการพหุภาคีเช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ผู้แทน อบต. ผู้แทนหมู่บ้าน ประชาชนที่ใช้บริการ อาสาสมัคร องค์กรเอกชน และธุรกิจในท้องถิ่น เป็นรูปแบบการบริหารงานที่มีอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ มีการสนับสนุนงบประมาณในรูปของประกันคุณภาพ เบี้ยประกัน และค่าบริการ โดยใช้กลไกในการบริหารงบประมาณตามพื้นที่ที่กำหนดอย่างชัดเจน มีการเปิดโอกาสให้คณะกรรมการบริหารจากสหสาขาวิชาชีพ และตัวแทนสหกรณ์ชุมชนเป็นผู้กำหนดนโยบายหลักในการให้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนและบริหารจัดการ นอกจากนี้ยังมีการให้ค่าตอบแทนในรูปของเงินโบนัสแก่ผู้ที่รับบริการน้อย หมายถึงสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย ก็จะได้รับโบนัส ซึ่งรูปแบบนี้จะทำให้เกิดการแข่งขันกับสหวิชาชีพอิสระ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และเกิดการตรวจสอบกำกับควบคุมมาตรฐานคุณภาพการให้บริการกันเอง

บทที่ 6
ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเด็นที่ 1 ปรัชญาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเป้าหมาย

ปรัชญาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประเทศไทยได้ยึดหลักในการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างทั่วถึง ซึ่งถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2540 โดยระบุไว้ในหมวด 3 มาตรา 52 " บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ" นอกจากนี้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นหัวใจสำคัญในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และ 9 ดังนั้นเพื่อให้มีการใช้ศักยภาพของประชาชนได้อย่างเต็มที่ประชาชนจึงต้องมีสุขภาพที่ดี

สุขภาพที่ดีแบบองค์รวมหมายถึงการปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ การดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการคือ 1) แนวคิดที่เน้นตัวบุคคล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะกระทบกับคนซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ของกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เกิดขึ้นอย่างผสมผสาน และจากผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม 2) สุขภาพเป็นพลวัตร ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์หนึ่งของชีวิต ระยะของการเจ็บป่วยบ่งบอกศักยภาพของมนุษย์ในการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองด้านต่างๆและความต้องการการดูแลสุขภาพ 3) เน้นการจัดการการดูแลทั้งด้วยตนเองและการเลือกใช้บริการสุขภาพโดยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสุขภาพ การลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่เกิดจากพฤติกรรม การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม 4) การจัดการกับความเจ็บป่วยรวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชน กับระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นบริการที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสาน คลอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วย ไปรับบริการที่เหมาะสม โดย

เน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เน้นที่ กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาในระดับที่ตนไม่สามารถทำได้ ดังนี้

1. ประชาชนในชุมชนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ มีความเท่าเทียมกันและเหมาะสมกับทั้งเมื่อเจ็บป่วยและเพื่อสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพ ตามสิทธิภายใต้เงื่อนไขที่ชุมชนยอมรับได้
2. เพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงคุณภาพการบริการทั้งระบบ
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยลดการใช้บริการที่ไม่เหมาะสมและเสนอทางเลือกใหม่ที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพด้วยต้นทุนการจัดบริการต่ำ

โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน คาดหวังให้

1. ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพของตนเองและชุมชน ได้
2. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดี อย่างเหมาะสม ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น
3. ประชาชน ครอบครัวและองค์กรท้องถิ่น ได้รับการเสริมพลังอำนาจและ มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ และเป็นผู้จัดหาและควบคุมกำกับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน

กลุ่มประชากรเป้าหมาย

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดบริการครอบคลุมประชากรทุกคนในพื้นที่ให้บริการ โดยไม่ละเลย กลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น ประชากรที่ไม่มีทะเบียนบ้าน ประชากรที่ไม่มีสิทธิบัตรต่างๆ เป็นต้น การจัดบริการเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมายในการให้บริการได้ 3 กลุ่มดังนี้

1. ประชากรทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบ ประชากรกลุ่มนี้จะได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แบบเบ็ดเสร็จที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาเบื้องต้น การส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยที่การบริการสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพฉุกเฉินได้ การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2. ประชากรกลุ่มตามวัยและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยทารก และเด็กเล็ก วัยรุ่น สตรีวัยเจริญพันธุ์ ผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้เสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัว หรือการใช้สารเสพติด ผู้เสี่ยงต่อภาวะคุกคามหรือปัจจัยเสี่ยงจากการประกอบอาชีพหรือในสถานประกอบการ เน้นการบริการที่เสริมสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพในการลดภาวะเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง หรือภาวะคุกคามต่างๆ
3. ประชากรที่ มีโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง เอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ จิตเภท กลุ่มนี้จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ประเด็นที่ 2 โครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในการกำหนดโครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบย่อยต่างๆได้แก่ กลยุทธ์ในการจัดบริการตามปรัชญาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการ ทั้งเรื่องการเงินงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ คุณภาพบริการและเครือข่าย การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กลยุทธ์ในการจัดบริการตามปรัชญาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยทุกกลุ่มวัยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งที่บ้าน โรงเรียน สถานบริการและสถานประกอบการ การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนการส่งต่อไปยังสถานบริการขั้นสูง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน
2. เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสานที่มีบริการสุขภาพที่หลากหลาย รวมทั้งบริการสุขภาพที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น
3. เป็นบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและครบวงจร โดย มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างเครือข่ายสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่าย และมีความต่อเนื่องของการดูแลที่ไม่ต้องมีการเริ่มต้นการรักษาใหม่ทุกครั้งที่เปลี่ยนสถานบริการ โดยใช้ฐานข้อมูลของประชาชนแต่ละคน ตามลักษณะบริการสุขภาพที่ต้องใช้

4. การบริหารจัดการเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน และองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ที่สามารถตรวจสอบได้
5. บริการอื่นๆที่เสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำให้คนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรักษาที่มีความหลากหลายในชุมชนทั้งแผนไทยแผนปัจจุบัน ต้องรู้จักหมอพื้นบ้าน โดยให้ประชาชนมีโอกาสเลือกตัดสินใจ ใช้วิธีการรักษาต่างๆที่มีในชุมชนได้ โดย ให้การยอมรับหมอพื้นบ้าน หรือแม้แต่การจัดทำประชาคมสุขภาพ การบริการที่กระตุ้นให้คนมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาพต่างๆในชุมชน

<u>บทวิเคราะห์</u>

ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนแต่ละภาคของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มลภาวะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในชุมชนเมือง และชุมชนแออัดที่อยู่กันอย่างหนาแน่น การระบายอากาศและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี หรืออยู่สภาพแวดล้อมในเขตโรงงานอุตสาหกรรม ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ อีกทั้งลักษณะการประกอบอาชีพของประชาชนในชนบทที่เป็นเกษตรกรรม ในเขตชุมชนกึ่งเมืองและเขตเมืองที่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงาน ประชาชนในชุมชนแออัดที่เป็นกรรมกรผู้ใช้แรงงานล้วนส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบกล้ามเนื้อเช่นปวดหลัง ปวดเอว การแพ้สารพิษ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบทางเดินอาหาร โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุเป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีการใช้บริการข้ามขั้นตอนที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ด้วยโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถให้การดูแลที่สถานบริการสุขภาพระดับต้นได้ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะอาหาร โรคหู และบาดแผลจากผิวหนัง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความไม่พึงพอใจจากการใช้บริการ ณ.สถานบริการระดับปฐมภูมิจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งในเรื่องความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ และคุณภาพการบริการ ประกอบกับประชาชนรับรู้ถึงสิทธิในการเลือกใช้บริการ รวมทั้งการคมนาคมสะดวกทำให้ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการในสถานบริการที่มีชื่อเสียงได้ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะประชาชนผู้ที่ยากจนและด้อยโอกาส

อีกทั้งประชาชนเห็นว่าสถานบริการสุขภาพต้องสามารถให้บริการสุขภาพได้ทุกเรื่อง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ไม่ยุ่งยาก รวมทั้งการค้นหาและคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน ได้แก่ การทำแผล การวางแผนครอบครัว การทำฟัน การทำคลอด การให้วัคซีน การเฝ้าระวังทางโภชนาการในเด็ก การตรวจสุขภาพเด็กนักเรียน การอบรมครูให้ดูแลสุขภาพเด็กที่โรงเรียน การตรวจหาไข่พยาธิ การตรวจเสมหะเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำและการเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว และสามารถจ่ายยาที่จำเป็นได้ เป็นต้น

กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดเป็น ชุดกิจกรรม ที่ผสมผสาน ได้แก่

1. **ชุดบริการสุขภาพครบวงจร** เน้นการบริการรายบุคคล ตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่
   1.1. ประชากรทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น
      1.1.1.บริการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ และการทำคลอด
      1.1.2.บริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
      1.1.3.บริการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียนและในโรงเรียน
      1.1.4.บริการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองและลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง จากพฤติกรรมเสี่ยง ความรุนแรง การประกอบอาชีพ รวมทั้งในสถานประกอบการ
      1.1.5.บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
   1.2. ประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ ทั้งฉุกเฉิน เรื้อรัง และในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง เอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ จิตเภท ตัวอย่างชุดบริการได้แก่
      1.2.1.การรักษาเบื้องต้น และฉุกเฉิน
      1.2.2.การส่งต่อไปยังระดับ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
      1.2.3.การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
   1.3. ประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่นผู้พิการ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ เช่น
      1.3.1.การฟื้นฟูสุขภาพบุคคล
      1.3.2.การคลายเครียด
      1.3.3.การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

2. **ชุดบริการสุขภาพชุมชน**
   2.1. การเฝ้าระวัง การควบคุมและ การป้องกันโรค ความรุนแรงและสารพิษ
      2.1.1.การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ในชุมชน
      2.1.2.การเฝ้าระวังประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ การค้นหาผู้ป่วย และการคัดกรองประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน
   2.2. การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ของชุมชนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
      2.2.1.บริการส่งเสริมการจัดกระบวนการกลุ่มด้านสุขภาพต่างๆ
      2.2.2.บริการชุดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การกระจายความรู้ที่รับมาสู่ประชาชน
      2.2.3.บริการให้คำแนะนำ คำปรึกษาและสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน

2.2.4.บริการประเมินภาวะสุขภาพคนในชุมชนเพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในท้องถิ่น พร้อมปัจจัยสาเหตุเพื่อการจัดทำโครงการสุขภาพของท้องถิ่น

2.2.5.ให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆแก่ประชาชนในชุมชน เช่น การผสมไอโอดีนในน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้รถใช้ถนน การทำงานที่ต้องใช้สารเคมี หรือ เครื่องจักรที่อันตราย เป็นต้น

2.2.6.ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายในการจัดทำโครงการเพื่อสุขภาพในชุมชน

กระบวนการในการจัดกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเหล่านี้ ต้องแสดงมาตรฐานในการบริการและ ชี้คุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

กิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่จัดให้ในระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่พบหลักฐานการแสดงมาตรฐาน คุณภาพและผลลัพธ์การบริการที่เกิดขึ้น ขาดความครอบคลุม และขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านสัดส่วนผู้ให้บริการกับประชากรในพื้นที่ ศักยภาพผู้ให้บริการ และกลไกการบริหารจัดการงบประมาณของรัฐและการควบคุมคุณภาพการบริการ

<u>ตัวอย่าง กิจกรรมการบริการที่พบในบริบทการดูแลสุขภาพ</u>

กิจกรรมบริการสุขภาพครบวงจรเป็นการบริการรายบุคคล

กิจกรรมการบริการดูแลสุขภาพเด็กด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การประเมินภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่างๆในเด็ก การส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการเกิดโรคและความเจ็บป่วย เป็นต้น

กิจกรรมการบริการเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ส่วนใหญ่เน้นที่กิจกรรมบริการสุขภาพในโรงเรียน ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่างๆเช่น การออกกำลังกาย การเสริมสร้างทักษะชีวิต การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเสพสารเสพติด การขาดสารอาหาร อุบัติเหตุ ความรุนแรง การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและป้องกันโรค เป็นต้น

กิจกรรมการบริการสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมในการมีบุตร และการเริ่มครอบครัวใหม่ การตรวจครรภ์และการฝากครรภ์ การทำคลอด การประเมินภาวะเสี่ยง หรือ ภาวะผิดปกติ ในการตั้งครรภ์และการคลอด การช่วยเหลือขั้นต้นในกรณีที่มีความผิดปกติ

หรือมีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์และการคลอด การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดและทารก การช่วยเหลือกรณีการทำแท้ง การวางแผนการมีบุตร การให้บริการคุมกำเนิด ได้แก่ยาฉีดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นต้น

กิจกรรมการบริการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มสมาธิ กลุ่มกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการรักษาเบื้องต้นและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านในกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและในชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

กิจกรรมการบริการกลุ่มเสี่ยง จากการประกอบอาชีพ การมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การประเมินภาวะเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพรายบุคคล การให้ข้อมูลและคำปรึกษาในการลดภาวะเสี่ยง การส่งเสริมพฤติกรรมในการลดภาวะเสี่ยง และการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยง เช่น การใช้สารเคมีในการเกษตรกรรม การป้องกันตนเองในระหว่างการประกอบอาชีพ การเลือกรับประทานอาหารที่ปลอดสารพิษและการมีพฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง การใช้หมวกกันน็อกและการขับขี่ที่ปลอดภัย การใช้ยาที่ถูกต้อง การเลือกมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การหลีกเลี่ยงโอกาสของการเกิดความรุนแรงและการใช้สารเสพติด เป็นต้น

กิจกรรมบริการสำหรับประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะ ทั้งฉุกเฉิน เรื้อรัง และในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่

กิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผล การฉีดยาตามแผนการรักษาหรือการรักษาเบื้องต้น การให้ออกซิเจนทางจมูก การเปลี่ยนอุปกรณ์ช่วยการรักษาต่างๆ เช่น สายยางให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ การดูแลท่อเปิดลำไส้ทางผนังหน้าท้อง และช่องเปิดหายใจที่คอ การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เช่น การสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการ การเตรียมและให้อาหารทางสายยาง การให้ยา การสวนอุจจาระ การทำกายภาพบำบัด การนวดประคบ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เอื้อต่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

กิจกรรมการรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน ดังเช่นปรากฏในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมการรักษาเบื้องต้นและฉุกเฉิน

ลักษณะบริการ	กิจกรรม
การรักษาเบื้องต้น	• บรรเทาอาการ หรือโรค เช่น ไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน การอักเสบต่างๆ โลหิตจาง ดีซ่าน โรคขาดสารอาหาร อาหารเป็นพิษ โรคพยาธิลำไส้ โรคหัด โรคสุกใส โรคคางทูม โรคผิวหนัง เป็นต้น • หัตถการเบื้องต้น เช่น การผ่าฝี การผ่าสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตราย การทำแผล การเย็บแผลที่ไม่สาหัส • การให้ยาตามบัญชีที่กำหนด และรายการยาสมุนไพร • การเจาะเลือด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
การดูแลฉุกเฉิน	• การให้น้ำเกลือ ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียรุนแรง • การฉีดเซรุ่มแก้พิษงู • การล้างกระเพาะอาหารโดยใช้สายยางในรายที่ได้รับสารพิษ • การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับการได้รับสารพิษและสารมีพิษ การแพ้ยา • การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บหนัก การเสียโลหิต ภาวะช๊อค หมดสติ หยุดหายใจ จมน้ำ ชัก • การปฐมพยาบาลผู้ที่กระดูกหัก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าดูด • การดูแลผู้ที่ได้รับสิ่งแปลกปลอมที่ตา หู คอ และจมูก

กิจกรรมบริการสุขภาพชุมชน

กิจกรรมการเฝ้าระวัง การควบคุมและ การป้องกันโรคความรุนแรงและสารพิษ ได้แก่ 1)การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพชุมชน โดย การประเมินปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคาม ของสิ่งแวดล้อมในชุมชน ต่อสุขภาพประชาชนในชุมชน และจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะคุกคามนั้น เช่น สิ่งแวดล้อมกับการระบาดของไข้เลือดออก สิ่งแวดล้อมในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม กับอันตรายจากสารพิษหรือสารเคมีที่ใช้ หรือโรคติดต่ออันตรายซึ่งตัวอย่างที่ชัดเจน คือฉี่หนู 2) ค้นหาผู้ป่วยและประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพและการคัดกรองในชุมชน โดย การประเมินภาวะสุขภาพและภาวะเสี่ยง จากการตรวจสุขภาพ ตรวจคัดกรองต่างๆในโรค หรือ อาการต่างๆอันเป็นปัญหาจากการได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม เป็นต้น

คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นบริการที่ผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่อง เป็นทั้งบริการแผนปัจจุบันและบริการภูมิปัญญาไทย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงต้องมีหลายสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการต้องเป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักการสาธารณสุข แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เภสัชกรในร้านขายยา เป็นต้น ร่วมกับผู้ให้บริการการแพทย์ภูมิปัญญาไทย ผู้ให้บริการต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่สามารถกระทำบทบาทที่หลากหลายตามลักษณะการให้บริการ ได้แก่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา นักวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน นักปฏิบัติการ นักประสานการจัดการดูแลผู้ป่วย นักบริหาร ทั้งนี้ต้องเป็นบทบาทที่อิสระ
2. เป็นผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้อง อยู่ในระบบสากล และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นผู้ที่พิทักษ์สิทธิทั้งตนเองและผู้ใช้บริการ คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก
4. มีพฤติกรรมการให้บริการโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางและมาตรฐานการบริการ เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้บริการด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม มีจิตสำนึกในการให้บริการ
5. มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นนักวางแผนและนักวิเคราะห์ เน้นการพัฒนาวิชาชีพ เล่นการเมืองเป็น และมีอำนาจในการต่อรอง
6. เป็นผู้ที่มีคุณธรรมและจริยธรรม
7. เป็นนักประสานงานและนักประชาสัมพันธ์ โดยเป็นผู้ที่ประสานงานที่ดีทั้งในและนอกวิชาชีพ เป็นนักประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เน้นการให้ความร่วมมือในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ
8. มีการทำงานแบบมีเครือข่ายร่วมกับหลายวิชาชีพได้ และเข้าใจธรรมชาติของคนในชุมชน สามารถเข้ากับคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและตลอดเวลา
9. เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง
10. มีแนวคิดและวัฒนธรรมการทำงานพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ เปิดใจฟังเสียงสะท้อนจากทุกฝ่าย และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนร่วมงาน

นอกจากนี้ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีสมรรถนะดังนี้

1. ความเป็นผู้จัดการมืออาชีพ มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ทั้งในการบริการที่คุ้มทุน และการจัดการที่มีความโปร่งใส
2. ความเป็นผู้ชำนาญการเรื่องโรคและการเจ็บป่วยต่างๆในพื้นที่ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของคนในพื้นที่ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกตามต่อสุขภาพของคนในพื้นที่ ที่เกิดทั้งจาก สิ่ง

แวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ทางวัฒนธรรม และทางพฤติกรรม และวางแผนกิจกรรมบริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาในพื้นที่ได้

3. ความเป็นผู้มีวุฒิภาวะ ในการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ และทำงานร่วมกับประชาชน องค์กรต่างๆ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เพื่อสร้างเครือข่ายสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้ ได้รับการยอมรับจากกลุ่มคนดังกล่าว สามารถต่อรองการให้บริการตามเงื่อนไขของวิชาชีพได้
4. การมีรากฐานความคิดเรื่องการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และ มีสมรรถนะพื้นฐานในการให้บริการพยาบาลกล่าวคือ มีสมรรถนะในระดับพื้นฐานจากการศึกษาระดับปริญญาตรี ก่อนมีประสบการณ์และมีความชำนาญเพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษา อบรม เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
5. ความเป็นผู้มีความสามารถในการสร้างระบบและใช้ข้อมูลข่าวสารให้ทันต่อสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดบริการได้อย่างเหมาะสม

การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการ ประกอบด้วย เรื่องการเงินงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ คุณภาพบริการ และเครือข่าย การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์จากการทบทวนระบบบริการในต่างประเทศและข้อค้นพบในแต่ละภาค มีข้อเสนอดังนี้

การเงินงบประมาณ

ที่มาของเงินและการใช้จ่ายของงบประมาณ *เสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่*

1. ส่วนกลางโดยรัฐจัดสรร ที่เป็นการบริการสุขภาพรวม
2. ส่วนท้องถิ่น เป็นการจัดสรรการบริการสุขภาพเฉพาะท้องถิ่น ได้จากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณท้องถิ่น
3. กองทุนองค์กรต่างๆสนับสนุนบริการสุขภาพเฉพาะเรื่อง และเฉพาะท้องถิ่นได้จากภาษีท้องถิ่นตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

ในระยะที่ผ่านมาการบริหารจัดการด้านงบประมาณของไทยมีหลากหลายรูปแบบ เช่น งบประมาณที่รัฐจ่ายผ่านกระทรวงการคลังในกลุ่มสวัสดิการของรัฐ โครงการบัตรประกันสุขภาพ (สปร) และการจ่ายผ่านกองทุนต่างๆ เช่นกองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทนที่นายจ้างจ่ายให้กับลูกจ้าง การซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน และการที่ประชาชนจ่ายให้กับสถานพยาบาลโดยตรง แต่กลับพบว่า ยังมีประชาชนประมาณร้อยละ 20 ที่ขาดหลักประกันสุขภาพ ประเด็นสำคัญได้แก่ ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการการบริการสุขภาพที่ยังไม่ได้มาตรฐาน และขาดประสิทธิภาพ ประกอบกับกระแสการปฏิรูปการเมือง การ

ปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้กระบวนทัศน์ ของการบริการสาธารณสุขเปลี่ยนไป จึงส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ รวมถึงระบบการคลังและงบประมาณ

เมื่อพิจารณาบทเรียนจากประเทศต่างๆ พบว่าแต่ละประเทศมีวิธีการจัดการคลังสุขภาพที่แตกต่างกัน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2544) บางประเทศใช้เงินจากภาษีทั่วไปเป็นค่าใช้จ่าย บางประเทศใช้การสมทบโดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ และบางประเทศใช้การเก็บเบี้ยประกัน แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน

การสร้างหลักประกันสุขภาพในหลายๆประเทศ เริ่มต้นจากการประกันกลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นลำดับแรก เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การรวมกลุ่มของผู้ใช้แรงงานเป็นกลุ่มพลังทางการเมือง สภาพความยากลำบากของผู้ใช้แรงงาน และความเห็นใจจากกลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ การบริหารจัดการสามารถรวบรวมเงินสำหรับกองทุนได้ง่ายกว่ากลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่เป็นทางการ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้กลุ่มนี้มีโอกาสในเรื่องหลักประกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆในสังคม แต่สำหรับประเทศที่มีประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ เช่นเกษตรกร การบริหารจัดการในระบบนี้จึงเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นเสริมมีทั้งที่จัดตามการจ้างงานและตามพื้นที่ด้วย เช่นระบบกองทุนชุมชนในญี่ปุ่นที่มีฐานอยู่ที่ชุมชน (community- based) มีวิธีการรวบรวมงบประมาณเข้ากองทุน 2 วิธีคือ การเก็บเบี้ยประกันและการเก็บภาษีท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการโดยท้องถิ่นเอง การจัดการในลักษณะนี้น่าจะมีความเหมาะสมสำหรับประเทศไทย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในภาคเกษตรกร

ในส่วนของจำนวนกองทุนสุขภาพก็เช่นกัน แม้ในขณะนี้ยังไม่มีการกำหนดอย่างแน่ชัดว่า จะกำหนดอย่างไรแต่จากการศึกษาเรื่องกลุ่มประชาคมภาคอีสานได้เสนอวิสัยทัศน์ต่อระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ (บัญชา แก้วส่อง, 2543) เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพว่าควรมีระบบเดียว เป็นบัตรเดียวโดยใช้ระบบอิเลคทรอนิกส์หรือคอมพิวเตอร์ตรวจสอบเพื่อให้การบริการรวดเร็วครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและมีองค์กรประกันสุขภาพร่วมบริหารจัดการแบบภาคี ซึ่งจำนวนกองทุนประกันสุขภาพนี้จากการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศพบว่าจำนวนกองทุนสุขภาพมีทั้งกองทุนเดียว และหลายกองทุน ซึ่งก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาเช่นกัน ข้อดีของการมีเพียงกองทุนเดียว คือความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน (simplicity) บริหารจัดการง่ายการกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆทำได้พร้อมกันทีเดียว และมีต้นทุนในการจัดการรวมต่ำกว่า เนื่องจากไม่มีการซ้ำซ้อนกันระหว่างงานที่มีลักษณะเดียวกัน และการมีกองทุนเดียวหรือจำนวนน้อยทำให้มีฐานสมาชิกมาก ซึ่งจะส่งผลให้กองทุนมีอำนาจในการเจรจาต่อรองในการซื้อบริการสูงขึ้น ส่วนบางประเทศที่ใช้ระบบประกันที่มีกองทุนจำนวนมาก โดยที่กองทุนเหล่านี้มีการจัดตั้งโดยแบ่งตามอาชีพ ตามพื้นที่ หรือตามอายุ การมีกองทุนย่อยๆจำนวนมากมีข้อดีในแง่ที่เกิดการแข่งขันระหว่างกองทุน แต่ละกองทุนสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้โดยตรงมากกว่า เนื่องจากมีจำนวนสมาชิกที่น้อยลงกว่าประเภทกองทุนเดียวทั้งประเทศ แต่มีข้อเสียในแง่ที่การแข่งขันนี้อาจเป็นไปในลักษณะที่แต่ละกองทุนพยายามคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายสมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า กีดกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบรวม การมีกองทุนจำนวนมากจำเป็นต้องมีระบบกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนเกิดขึ้น มิฉะนั้นบางกองทุนอาจไม่

สามารถอยู่รอดได้ นอกจากนี้การมีกองทุนจำนวนมากยังอาจเกิดปัญหาในทางการบริหารจัดการในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน

อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะใช้รูปแบบใด ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือบทบาทของกองทุนประกันสุขภาพ เนื่องจากบทบาทของกองทุนมีส่วนสำคัญในการบริหารประสิทธิภาพของระบบ หากกองทุนทำหน้าที่เป็นเพียงตัวกลางรวบรวมเงิน และผ่านเงินโดยเบิกจ่ายไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น ไม่ได้มีส่วนในการช่วยจัดการด้านค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะมีจำนวนกองทุนมากหรือน้อยก็คงไม่เกิดประโยชน์ ดังนั้นกองทุนจึงควรทำหน้าที่ในการเป็นผู้ซื้อที่ฉลาด ทำการคัดเลือก เจรจาต่อรองตลอดจนกำกับตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะของประชาชนในท้องถิ่นด้วย ดังนั้นที่มาของกองทุนสุขภาพเฉพาะท้องถิ่น ควรมาจากส่วนท้องถิ่น และองค์กรต่างๆที่สนับสนุนบริการสุขภาพเฉพาะเรื่องและเฉพาะท้องถิ่นตามวัตถุประสงค์ขององค์กรจึงจะเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

กลไกการบริหารงบประมาณ เสนอเป็น 3 แนวทาง ได้แก่

1. กำหนดขอบเขตพื้นที่ ให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในพื้นที่ ทั้งคนที่มีทะเบียนบ้านหรือเป็นแรงงานย้ายถิ่น หรือไม่มีทะเบียนบ้าน กลไกการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายตามรายหัวตามจำนวนประชากรที่ปรากฏ ในลักษณะของบริการพื้นฐาน แต่ประชาชนร่วมจ่ายในกรณีที่ประชาชนต้องการบริการมากกว่าความจำเป็น
2. ใช้ระบบทำสัญญา โดยรัฐเป็นผู้จัดหาบริการ ส่วนสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการอิสระสามารถ รับสัญญาได้เช่นกัน ทั้งนี้ต้องมีกระบวนการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการตามสัญญาได้ รัฐอาจกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นได้โดยการจัดงบประมาณด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่น หรือ โดยตรงต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้
3. เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ

จากฐานข้อมูลงานวิจัยต่างๆได้สนับสนุนปรากฏการณ์ของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยอย่างชัดเจนขึ้นว่า ระบบบริการสุขภาพยังประสบปัญหาหลายภาคส่วน เช่น ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดหาให้เป็นการบริหารจัดการแบบบนลงล่าง ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคเอกชน ก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน สิ้นเปลืองงบประมาณ (บัญชร แก้วส่อง และคณะ 2543) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพในโครงการปฏิรูประบบการสาธารณสุขของจังหวัดต่างๆตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2541-2543 พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีพื้นที่เริ่มต้น แต่ยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการจัดประชุมต่อเนื่อง เพราะขาดบุคลากรที่รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้

ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่า ประชาชนอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแต่ไม่ทราบว่าจะเข้าไปได้ด้วยวิธีการใด ดังนั้นในช่วงแรกองค์กรภาครัฐจะต้องช่วยกระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริม รวมทั้งให้ข้อมูล และเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้ประชาชนได้พัฒนาตนเองในระยะหนึ่งก่อน ประเด็นสำคัญคือต้องทำให้ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งรูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมควรมีหลายรูปแบบ เช่นในต่างประเทศ ประชาชนมีส่วนร่วมในหลายระดับตั้งแต่ การให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการ การบริจาคเงินสมทบ การเป็นอาสาสมัคร การเป็นที่ปรึกษาสถานบริการ และการตรวจสอบบริการต่างๆ เป็นต้น

กำลังคน สถานบริการ คุณภาพบริการ และเครือข่าย การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เสนอเป็นทางเลือกในการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังนี้

จากหลักการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องการให้เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน บริการที่ได้รับเป็นแบบผสมผสานที่เน้นการให้บริการที่เบ็ดเสร็จ และหลากหลาย มีรูปแบบการบริการทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้บริการที่ครบวงจร มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิควรที่จะตอบสนองปัญหาสุขภาพ และตรงตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้ โดยตามสิทธิของประชาชนคนไทยของรัฐธรรมนูญแห่งอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 ที่ประชาชน ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ โดยรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิพอจะมีศักยภาพและความเป็นไปได้ในการดำเนินการดังนี้

รูปแบบที่ 1

ใช้โครงสร้างเดิมแต่เพิ่มศักยภาพการบริการ ปัจจุบันโครงสร้างเดิมของระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์สาธารณสุขชุมชนสังกัดเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น ต้องมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านคุณภาพและมาตรฐานการบริการ พร้อมทั้งกำหนดสัดส่วนของผู้ให้บริการต่อประชากรในพื้นที่บริการให้เหมาะสม ซึ่งควรเป็น 1: 3000 ประชากร จึงจะสามารถให้บริการที่พึงประสงค์ได้ครอบคลุม

รูปแบบที่ 2

ให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ สถานบริการสุขภาพในปัจจุบันมีสถานบริการเอกชนที่สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ เช่น คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์ ที่ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพในการดูแลรักษาเบื้องต้น คลินิกแพทย์ภูมิปัญญาไทย เน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านในท้องถิ่นในการให้บริการ ศูนย์สุขภาพในลักษณะต่างๆเช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์สาธิตพัฒนาการเด็ก การให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการตามโรงงานอุตสาหกรรม ฯลฯ โดยหน่วยงานรัฐสามารถจ้างสถานบริการสุขภาพของเอกชนเหล่านี้มาให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิให้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเป็นการทำสัญญาว่าจ้างให้ดำเนินการดูแลสุขภาพอนามัยแก่คนในชุมชนในระบบของบริการที่ครอบคลุม ครบวงจร และเบ็ดเสร็จ ภายใต้กระบวนการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการที่รัฐกำหนด

รูปแบบที่ 3

เน้นความร่วมมือระหว่างไตรภาคี ระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เช่น

- คลินิกสุขภาพแพทย์แผนไทย ที่ดำเนินการโดยองค์กรในท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งคลินิกสุขภาพแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ที่สามารถจัดระบบการแข่งขันคุณภาพให้เป็นกลไกในการจัดบริการ ทั้งนี้หน่วยงานรัฐและเอกชนสามารถร่วมให้บริการได้
- โครงการสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบล จากจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจการปกครองด้านสุขภาพให้ท้องถิ่นบริหารจัดการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนของตนเอง ซึ่ง อบต. ในฐานะของผู้จัดหาบริการสามารถให้หน่วยงานรัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของเครือข่ายระหว่างหน่วยงานก็ตาม หน่วยงานต่างๆสามารถเข้าร่วมจัดหาบริการได้ โดยใช้ระบบคุณภาพในการแข่งขันในการทำสัญญาว่าจ้างในการดูแลสุขภาพ และหน่วยงานรัฐและเอกชนสามารถจัดสรรระบบการจ่ายเป็นการร่วมจ่ายในการให้บริการ และสามารถเลือกสถานบริการสุขภาพมีคุณภาพได้

ประเด็นที่ 3 เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและข้อเสนอของวิชาชีพการพยาบาล

เงื่อนไขแห่งคุณภาพระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในบริบทของประเทศไทยต้องการรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นจริงได้ บนเงื่อนไข เหล่านี้ คือ

1. รัฐมีนโยบายการจัดบริการที่ชัดเจน ที่ครอบคลุมตามลักษณะของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และมีการสร้างกลไกการจัดการระบบ การเงิน และการพัฒนาบุคลากร
2. ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพต้องมีจำนวนเพียงพอที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่บริการที่กำหนด ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สัดส่วนต่อประชากรในพื้นที่บริการที่ดีที่สุดคือ 1:3000
3. ต้องมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน
4. ต้องมีมาตรฐานการให้บริการและมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการ
5. ต้องมีการทำงานอย่างเป็นเครือข่าย

ข้อเสนอจากผลการวิจัย

1. **รัฐต้องมีนโยบายและมาตรการทางการเงินและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์**
   1.1. มาตรการทางด้านกฎหมาย ให้มีสาระบัญญัติเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการจัดสรรงบประมาณในระดับปฐมภูมิ ไว้อย่างชัดเจน
   1.2. มาตรการในการจัดสรรงบประมาณ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น รัฐจะต้องจ่ายไปยังเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิโดยตรง ไม่จ่ายแบบประกันสังคมปัจจุบัน
   1.3. มาตรการ การจัดสรรการเงินภายใต้โครงการสาธารณสุขต่างๆ
   1.4. มาตรการการผลิตและพัฒนากำลังคน ให้มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอ
   1.5. มาตรการการกระจายอำนาจและมาตรการในการกระตุ้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองมากขึ้น โดยส่งเสริมให้มีองค์กรอิสระของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ประชาคมสุขภาพ กองทุนสุขภาพ
2. **สภาวิชาชีพด้านสุขภาพต้อง**
   2.1. มีการบัญญัติข้อกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ รองรับการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ
   2.2. มีการจัดทำมาตรฐานและแนวทางการให้บริการในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ
   2.3. มีมาตรการในการควบคุม ตรวจสอบและประเมินคุณภาพการให้บริการ
   2.4. มีมาตรการเร่งสร้างความเข้าใจกับสมาชิกเกี่ยวกับแนวคิดและการจัดบริการในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
   2.5. มีมาตรการสร้างความเข้าใจกับสหวิชาชีพในบทบาทและกิจกรรมการให้บริการในระดับปฐมภูมิ
3. **ในภาวะปัจจุบัน ผู้ให้บริการสุขภาพระดับวิชาชีพที่เป็นไปได้สูงสุด ทั้งในเรื่องจำนวน และสมรรถนะคือ พยาบาลวิชาชีพ เพราะ**
   3.1. อัตราส่วนของพยาบาลต่อประชากร เป็นอัตราส่วนที่ดีที่สุด ในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ คือ 1:1,073 เมื่อเทียบกับ อัตราส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่เป็น 1:3, 136 1:9, 741 และ 1:4,588 ตามลำดับ
   3.2. การผลิตพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศ สามารถผลิตได้ ปีละ 8000-9000 คน โดยมีการลงทุนไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับการผลิตบุคลากรอื่น ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ที่สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ 65แห่ง
   3.3. พยาบาลวิชาชีพได้รับการเตรียมสมรรถนะให้สามารถปฏิบัติงานในขอบเขตของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
   3.4. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของงานบริการสุขภาพชุมชนที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติอยู่แล้ว วิชาชีพการพยาบาลทำหน้าที่นี้มาโดยตลอดในระบบสุขภาพไทย

4. **การจัดโครงสร้างการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มี 2 ลักษณะ**

4.1. **ใช้โครงสร้างเดิม** เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น โดย**เสริมสร้างความเข้มแข็งในส่วนต่าง ๆ**ดังนี้

- ผู้ให้บริการและผู้บริหารจัดการ ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ
- ต้องปรับแนวคิด ภารกิจและ วิธีการทำงานของผู้ให้บริการ
- เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการในแต่ละสถานบริการ ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น
- ต้องสร้างเครือข่าย กับสหวิชาชีพอื่น หน่วยงาน องค์กรท้องถิ่น
- กำหนดมาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบและควบคุมการปฏิบัติงาน

4.2 **จัดโครงสร้างใหม่** โดย

- มีการกำหนดพื้นที่บริการ โดยคำนึงถึง อัตราส่วนประชาชนกับผู้ให้บริการ เป็น 1: 2000-3000 คน ดังนั้นควรเพิ่มสถานบริการหรือหน่วยบริการ
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถทำสัญญาจ้างผู้ประกอบวิชาชีพอิสระเพื่อให้บริการในพื้นที่ ได้
- หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่ายสามารถร่วมทำสัญญาจ้างได้

โดยทั้งนี้ บริการที่จัดในโครงสร้างทั้ง 2 รูปแบบต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชน และสอดรับกับกลไกการบริหารจัดการเรื่องการเงินและงบประมาณจากรัฐในรูปแบบผู้จัดหาบริการแยกจากผู้ให้บริการ

5. **สถาบันการศึกษาต้องผลิตพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะครอบคลุมการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ**

5.1 ในระยะการเปลี่ยนผ่าน

5.1.1 จัดทำหลักสูตรอบรมระยะสั้นในพื้นที่ เพื่อปรับวิธีคิดและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ หรือพยาบาลที่จบใหม่ให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับบทบาทใหม่ในชุมชน

5.1.2 ปรับการจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีและปริญญาโทให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

5.1.3 เร่งดำเนินการศึกษาวิจัย ฐานความคิดเรื่องระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพัฒนาเครื่องมือทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นฐานในการกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาล และแนวทางการบริการ กลไกการตรวจสอบและควบคุมการบริการ

5.2 ในระยะยาว

5.2.1 เพิ่มการผลิตกำลังคนในระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์

5.2.2 พัฒนากำลังคนในวิชาชีพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

5.2.3 ผลิตกำลังคนในระดับปริญญาโท เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการ สร้างองค์ความรู้ สอน เป็นที่ปรึกษา และพัฒนาการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

5.2.4 ดำเนินการวิจัยและพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ อย่างต่อเนื่อง

6. สถานบริการสุขภาพหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

6.1 ในระยะเปลี่ยนผ่าน

6.1.1กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนาและการกระจายกำลังคน รองรับบทบาทใหม่ ในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเพียงพอ

6.1.2 กำหนดนโยบายให้ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการนำฐานความคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่บริการที่รับผิดชอบ

6.1.3 เร่งสร้างความเข้าใจในบุคลากร ปรับฐานความคิด ภารกิจและวิธีการทำงานของผู้ให้บริการ

6.2 ในระยะยาว

6.2.1 กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

6.2.2 กำหนดแผนและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพการพยาบาล

7. องค์กรวิชาชีพการพยาบาล ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด เช่น สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สาขาภาคต่าง ๆ ผู้แทนสภาการพยาบาล ในจังหวัดต่าง ๆของแต่ละภาค ชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย สมาคมศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เป็นต้น

7.1. เร่งสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพเกี่ยวกับฐานความคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ

7.2. ร่วมกับองค์กรวิชาชีพอื่นในการกำหนดมาตรฐานการบริการและพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่อง

7.3. พัฒนาเครือข่ายการประกอบอาชีพอิสระของพยาบาลในชุมชน ในฐานะองค์กรที่ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไร

เอกสารอ้างอิง

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ (2544). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร** : เอกสารอัดสำเนา.

กองบรรณาธิการ. (2544). 30 บาทรักษาทุกโรคกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. **วารสารหมออนามัย, 10** (6), 31-34.

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2544). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. เอกสารอัดสำเนา.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข. (2544). **"อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง"**. เอกสารประชาสัมพันธ์ของโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข.

จเร วิราไทย. (2542). **รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2453). **สถานะสุขภาพคนไทย ชุดสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

ปรีดา แต้อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปถะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมฬี และสุรศักดิ์ อรัคมานนท์ (2543). **ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน (ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ**. รายงานวิจัยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ทัศนา บุญทอง. (2543). **ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย**. กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ. (2542). **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

วชิรา กสิโกศล และคณะ (2544). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับต้นปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคกลาง**. เอกสารอัดสำเนา.

วิชิต เงานิล. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน**. รายงานการวิจัยสถาบัน

วิจัยระบบสาธารณสุข.

วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2544). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคเหนือ**. เอกสารอัดสำเนา.

สมจิต หนุเจริญ, ทัศนา บุญทอง และวรรณวิไล จันทราภา, (2544). **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการออกวุฒิบัตรรับรองในประเทศสหรัฐอเมริกา**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่องการจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง วันที่ 22-24 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.

สมศักดิ์ ธรรมธิติวัฒน์. (2543). **การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถิติสาธารณสุข. (2541). **สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2541**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา และประภาพรรณ คำคม. (2539). **ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุนทราวดี เธียรพิเชษ และคณะ (2544). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคตะวันออก**. เอกสารอัดสำเนา.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2544). **"ร่าง" กรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2544). **ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศุภสิทธ์ พรรณารุโณทัย. (2543). **ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อาทร ริ้วไพบูลย์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมาเลเซีย**. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อนุวัฒน์ ศุภชูชาติกุล และจิรุตม์ ศิรีรัตนบัลล์. (2543). **คุณภาพของระบบสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อุไร หัตถกิจ และคณะ (2544). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้**. เอกสารอัดสำเนา.

Brown , S.A. and Grimes , D. E. A Meta-Analysis of Nurse Practitioners and Nurse Midwives in Primary Care . **Nursing Research** Nov/Dec 1995 (P 332-339)

Thailand Ministry of Public Health. (1997-1998). **Thailand Health Profile 1997-1998**. Bangkok, Thailand: Author.

ภาคผนวก

ผู้อำนวยการโครงการ : รศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

ที่ปรึกษา

(1) รศ.ดร.ทัศนา บุญทอง

(2) ศ.ดร.สมจิต หนุเจริญกุล

(3) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ และ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ของทุกมหาวิทยาลัยที่ดำเนินการวิจัย

(4) ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นักวิจัยหลัก

ภาคกลาง	รศ.วชิรา	กสิโกศล
	ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	
กทม.	รศ.ดร.กอบกุล	หนุเจริญกุล
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
ภาคตะวันออก	ผศ.ดร.สุนทราวดี	เธียรพิเชษฐ
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	
ภาคเหนือ	รศ.วิลาวัณย์	สนารัตน์
	รศ.ดร.วิจิตร	ศรีสุพรรณ
	ผศ.ดร.ประคิณ	สุจฉายา
	รศ.ระยงค์	ลิ้มตระกูล
	รศ.ชมนาด	พจนามาตร์
	รศ.ดร.สุสัณหา	ยิ้มแย้ม
	รศ.ธนารักษ์	สุวรรณประพิศ
	รศ.ดร.วิภาดา	คุณาวิกติกุล
	ผศ.ดร.สุจิตรา	เทียนสวัสดิ์
	อ.ดร.ยุวยงค์	จันทรวิจิตร
	อ.ประพิมพ์	พุทธิรักษ์กุล
	อ.เดชา	ทำดี
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ผศ.ดร.ขนิษฐา	นันทบุตร
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
ภาคใต้	ดร.อุไร	หัตถกิจ
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	