

รายงานการวิจัย
รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ในชุมชน กรุงเทพมหานคร

คณะผู้วิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล	พันธ์เจริญวรกุล
รองศาสตราจารย์ ปนัดดา	ปรียทฤณ
รองศาสตราจารย์ พัสมนต์	คุ้มทวีพร
รองศาสตราจารย์ สุธมนทา	สิทธิพงศ์สกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธิติมา	จำปรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา	สินสุกใส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาวดี	ลิมนานาทร
อาจารย์ ดร.จงจิต	เส่นหา
อาจารย์ ดร.นันทวัน	สุวรรณรูป
อาจารย์ ดร. วันเพ็ญ	พิชิตพรชัย
อาจารย์ ดร. วัลยา	ธรรมพนิชวัฒน์

สารบัญ

	หน้า
บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์.....	3
ขอบเขตการศึกษา.....	3
วิธีการศึกษา.....	3
ส่วนที่ 1: สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน	
กรุงเทพมหานคร.....	5
1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพโดยรวมของประชาชน.....	5
1.2 การจัดระบบบริการสุขภาพ.....	5
1.3 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน.....	10
1.4 การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน.....	10
1.5 ปัญหาในการจัดและการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	12
1.5.1 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของประชาชน.....	13
1.5.2 ปัญหาของระบบบริการสุขภาพ.....	14
ส่วนที่ 2: ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร.....	18
2.1 ความต้องการการบริการสุขภาพ ในทัศนะของผู้ใช้บริการ.....	18
2.2 ความต้องการการบริการสุขภาพ ในทัศนะของผู้ให้บริการ.....	21
2.3 ความต้องการการบริการสุขภาพ ในทัศนะของผู้จัดหาบริการ.....	22
ส่วนที่ 3: รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อตอบสนอง	
ความต้องการของประชาชนและการปฏิรูประบบสุขภาพ.....	25
3.1 ขอบเขตของการให้บริการ.....	25
3.1.1 พื้นที่บริการ.....	26
3.1.2 กิจกรรมบริการ.....	27
3.2 ผู้ให้บริการ.....	28
3.2.1 คุณสมบัติ.....	29
3.2.2 สมรรถนะ.....	30
3.3 กลไกและการบริหารจัดการ.....	31
3.3.1 การเงินและงบประมาณ.....	31
3.3.2 กำลังคน.....	33
3.3.3 สถานบริการ.....	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3.4 เครือข่าย.....	38
3.3.5 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ.....	42
3.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน.....	44
3.5 รูปแบบและแนวคิดในการจัดและให้บริการระดับปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร.....	45
3.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	54
ส่วนที่ 4: สรุปและข้อเสนอแนะ.....	59
บรรณานุกรม.....	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 1: อัตราการตายตามสาเหตุที่สำคัญประชากร 1,000 คน	5
ตารางที่ 2: ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร	12
ตารางที่ 3 จำนวนและสังกัดของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนตามสังกัด	33

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1: Point of Entry	52
รูปที่ 2: รูปแบบการจัดการและให้บริการระดับปฐมภูมิในกรุงเทพฯ	58

รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชน กรุงเทพมหานคร

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานครในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงทั้งระบบการจัดการ และกระบวนการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงการบริการ สิทธิต่างๆ ที่ควรจะได้รับบริการ และคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มประชาชนยากไร้และด้อยโอกาสในกรุงเทพมหานครอีกจำนวนหนึ่ง ที่ยังขาดหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัย และไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 พศ. 2540-2544: 105)

ด้วยเหตุนี้ แผนพัฒนากรุงเทพมหานครได้วางแนวทางในการพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนที่จะพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของรูปแบบและระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในลักษณะการให้บริการเชิงรุกและการบริการเชิงรับ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้แนวโน้มของการใช้ทรัพยากรในด้านต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนจำนวนเกือบ 10 ล้านคนในเมืองหลวงของประเทศไทยได้

กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในเมืองหลวง ซึ่งมีความแออัดของประชากรสูงมากแห่งหนึ่งของโลก การจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้สะท้อนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขพบว่า ประชาชนให้ความสนใจต่อการให้บริการในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับการรักษา และมีความเชื่อ ความนิยมที่จะไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา สำนักงานมัยกรุงเทพมหานครจึงได้มีแนวนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเชิงรับเพื่อตอบสนองความต้องการการบริการรักษาของประชาชน โดยหันมาใช้มาตรการในการพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข ให้เป็นศูนย์การแพทย์ และสาธารณสุข (แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 พศ. 2540-2544: 106) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ สามารถครอบคลุมปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนในกรุงเทพมหานคร ในขณะเดียวกัน การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพในเชิงรุก ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเฉียบพลัน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพในชุมชน แม้ว่าจะมีแนวนโยบายในการดำเนินการมาโดยตลอด แต่ผลการดำเนินการยังไม่เกิดผลที่ชัดเจนมากนัก ยังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนา ทั้งการพัฒนาศักยภาพขององค์กรชุมชน ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อให้มีความสามารถในการ

ดำเนินกิจกรรมในชุมชนโดยเน้นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องต่อไป

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระบบบริการสำคัญด้านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และเป็นสิทธิอันชอบธรรมในการได้รับบริการ ทั้งในด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ปัจจุบันนานาประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับต้น ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ และการบริหารจัดการการบริการ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เพื่อแก้ไขปัญหาระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ ให้เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการจัดระบบ และกลไกการดำเนินงานที่สามารถตอบสนองความต้องการตามสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่พึงได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โจทย์คำถามที่สำคัญในการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ก็คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการอย่างสะดวกและทั่วถึง ราคาไม่แพง จะเป็นรูปแบบใด ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและตรวจสอบคุณภาพบริการได้อย่างไร บุคลากรในทีมสุขภาพและองค์กรของประชาชนควรมีบทบาทอย่างไร และพยาบาลในฐานะบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิและการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยควรมีบทบาทอย่างไรในรูปแบบการบริการดังกล่าว ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่จะเกิดขึ้นนั้น จะเป็นไปตามความคาดหวังได้ ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนแนวคิด และการจัดการในระบบที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ตั้งแต่ระบบการให้บริการ ระบบการเงินและงบประมาณ ระบบการประกันสุขภาพ ระบบการบริหารที่เน้นการกระจายอำนาจ และระบบการจัดการกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องและเกิดผลเป็นแรงผลักดันนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่เป็นไปตามกลไกการตลาด ภายใต้การสนับสนุนในเชิงนโยบายจากภาครัฐบาลอย่างเต็มที่ ตลอดจนสามารถผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวในภาคีประชาคมต่างๆ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหนึ่งในสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ตระหนักในความสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยได้ให้ความร่วมมือกับสภาการพยาบาล โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประชาชน ในชุมชนกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการพัฒนาระบบการพยาบาลในการดูแลสุขภาพตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งหมด ในชุมชนกรุงเทพมหานคร และเป็นส่วนหนึ่งในการนำไปเป็นแนวคิดในการพัฒนาระบบ

สุขภาพของประชาชนในระดับประเทศต่อไป นอกจากนี้ยังคาดว่าจะสามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ได้จากข้อค้นพบนี้ไปดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาล การศึกษาวิจัย และการเป็นแหล่งฝึกที่สำคัญของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดการพัฒนาทางการศึกษาพยาบาลต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสภาพปัญหาการใช้บริการสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประชาชน ในชุมชนกรุงเทพมหานคร
2. ศึกษารูปแบบการบริการ การบริหารจัดการ และระบบการเงิน การคลัง ในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต
3. วิเคราะห์บทบาทพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
4. เสนอแนะแนวทางในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาตามโครงการนี้ครอบคลุมข้อมูลจากผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้จัดหาบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในชุมชน กรุงเทพมหานคร โดยเลือกศึกษาข้อมูลในชุมชน 2 แห่ง คือ ชุมชนในกลุ่มธนบุรีใต้ 1 แห่ง และชุมชนในกลุ่มนุรพาอีก 1 แห่ง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้จัดหาบริการสุขภาพ วิธีการที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. การศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร รูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนสถิติชีพที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร
2. การสำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนจำนวน 288 ครอบครัว ในชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ ซึ่งเป็นชุมชนแออัดในกลุ่มธนบุรีใต้ กรุงเทพมหานคร
3. การศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ต่อรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย
 - 3.1 การสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ทั้งหมด 8 คน ได้แก่
 - 3.1.1 ผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน แพทย์แผนโบราณ ในชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ 3 คน
 - 3.1.2 ผู้อำนวยการศูนย์ หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุขวัดประยุรวงศ์ 3 คน

- 3.1.3 รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข และรองผู้อำนวยการสำนักอนามัย 2 คน
- 3.2 การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group interview) ทั้งหมด 41 คน ได้แก่
- 3.2.1 พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพยาบาลเทคนิค 2 คน ในศูนย์บริการสาธารณสุขวัดประยุรวงศ์
- 3.2.2 ประชาชน 20 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 16 คน ในชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์
- 3.3 การประชุมกลุ่มระดมสมอง โดยใช้เทคนิควิทยากรกระบวนการ คณะผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมกลุ่มระดมสมอง 2 ครั้ง คือ
- ครั้งที่ 1: กลุ่มประชาชนและพยาบาล จากชุมชนสามัคคีร่วมใจ ซึ่งเป็นชุมชนแออัดในกลุ่มบูรพา กรุงเทพมหานคร จำนวน 44 คน ประกอบด้วย ประชาชนและผู้นำชุมชน 23 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 8 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข 8 คน และเจ้าหน้าที่ขององค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมในชุมชนอีก 5 คน
- ครั้งที่ 2: กลุ่มพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล ในกรุงเทพมหานครจำนวน 55 คน ประกอบด้วย พยาบาลครอบครัว 35 คน และหัวหน้าพยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุข 18 คน หัวหน้ากองการพยาบาลสาธารณสุข 1 คน และหัวหน้าฝ่ายมาตรฐานการพยาบาลกรุงเทพมหานครอีก 1 คน
4. การศึกษาลักษณะการส่งต่อของเครือข่ายสุขภาพ และกิจกรรมการบริการของผู้ให้บริการวิชาชีพอื่นในระดับปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์คลินิกเอกชน 1 คน แพทย์ทางเลือก 4 คน เภสัชกรชุมชน 3 คน ครูฝึกโยคะ 1 คน

ผลที่ได้จากการศึกษาในประเด็นเหล่านี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะสะท้อนให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เกิดความตระหนักในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนไป ทั้งในเชิงโครงสร้างและในเชิงผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพ ตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้กรอบของกฎหมาย ที่เน้นการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และเน้นความสัมพันธ์ เชื่อมโยงของผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

ส่วนที่ 1: สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร

1.1 สถานการณ์ด้านสุขภาพโดยรวมของประชาชน

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญของประเทศและเป็นศูนย์กลางของความหนาแน่นด้านประชากร โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการอพยพย้ายถิ่นเพื่อเข้ามาประกอบอาชีพซึ่งมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำมะโนประชากรและการเคหะ ปี 2543 พบว่า จำนวนประชากรในกรุงเทพฯ มีประมาณ 6.3 ล้านคน มีขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 คน และอยู่อย่างแออัด คือมีประชากรโดยเฉลี่ย 4,028 คนต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร (วรชัย ทองไทย, 2544) จากสภาพความเป็นอยู่อย่างแออัดของประชากร รวมทั้งกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และภาวะสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม ไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศ น้ำ เสียง ขยะมูลฝอย และกากของเสียอันตราย ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มสูงขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองและชุมชนแออัดเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากรายงานการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ (44%) โรคผิวหนัง (10.4%) โรคระบบไหลเวียนเลือด (9.9%) โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (8.3%) และโรคระบบย่อยอาหารและช่องปาก (7.4%) (สำนักอนามัย, 2543)

นอกจากนี้แนวโน้มทางระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปจากโรคที่ติดต่อ เช่น โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังมีแนวโน้มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ฯลฯ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในปี 2539 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการตายตามสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 1,000 คน

ลำดับ	สาเหตุการตาย	อัตราการตาย
1	โรคหัวใจ	0.98
2	มะเร็งทุกชนิด	0.28
3	อุบัติเหตุ	0.23
4	ปอดอักเสบ	0.12
5	หลอดเลือดในสมอง	0.06

ที่มา: ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ความเจริญและความแออัดในชุมชนเมืองใหญ่ดังเช่นกรุงเทพมหานคร มีผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปคล้ายกับสังคมตะวันตกมากขึ้น นำไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ตามมา คือ

ปัญหาสุขภาพจิต โรคเครียด โรคเอดส์ โรคทางด้านอาชีวอนามัย และการติดยาเสพติด ซึ่งมีแนวโน้มขยายความรุนแรงที่เด่นชัดมากขึ้น เป็นปัญหาทางด้านสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับประชาชนทุกกลุ่ม จากผลการสำรวจถึงความต้องการการดูแลปัญหาต่างๆในชุมชน พบว่าประชาชนต้องการการดูแลทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (33%) เป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านสุขภาพอนามัย (18%) และด้านสาธารณูปโภคและบริการสาธารณะ (16%) (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2542) ซึ่งเป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันส่งผลต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครอย่างชัดเจน

ดังนั้นระบบบริการสุขภาพต้องเน้นการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับแบบแผนโรคที่เปลี่ยนไป เป็นโรคที่ไม่ติดต่อและโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยให้บริการที่ผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการบริการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานครด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ได้กำหนดแนวทางในการพัฒนางานบริการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เช่น การพัฒนาขีดความสามารถของศูนย์บริการสาธารณสุขในการให้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะโรค ขยายเวลาในการให้บริการรักษาที่ศูนย์ฯ นอกเวลาราชการ การให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีโครงการพัฒนาชุมชนแออัด เช่น การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การส่งเสริมความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการฝึกอาชีพให้กับประชาชนที่ไม่มีรายได้ เป็นต้น

1.2 การจัดระบบบริการสุขภาพ

กรุงเทพมหานครมีหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนอยู่ 2 หน่วยงาน คือสำนักงานการแพทย์ และสำนักงานอนามัย ในสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยสำนักงานการแพทย์ให้บริการตรวจรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และรับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพฯ เป็นการให้บริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัด จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ วชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ และโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำหรับสำนักงานอนามัย เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการด้านสาธารณสุขในระดับต้นหรือระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา กระจายอยู่ทั่วไปในชุมชนทุกเขตของกรุงเทพมหานครซึ่งมีการจำแนกประเภทของศูนย์บริการสาธารณสุขตามลักษณะที่ตั้งและความหนาแน่นของประชากร แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ (สำนักงานอนามัย, 2543)

1.2.1 ศูนย์ฯ ชั้นใน เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในบริเวณศูนย์กลางของกรุงเทพมหานคร มีความหนาแน่นของประชากรสูง มีสถานบริการทางการแพทย์หลายประเภทและมากมาย และเป็นแหล่งธุรกิจที่สำคัญของกรุงเทพมหานคร

1.2.2 ศูนย์ฯ ชั้นกลาง เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในบริเวณเขตชั้นกลางของกรุงเทพมหานคร มีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่าในเขตชั้นใน ประชากรตั้งบ้านเรือนอยู่เป็นระยะๆ ไม่หนาแน่น

1.2.3 ศูนย์ฯ ชั้นนอก เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตชานเมืองของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะประชากรที่อยู่กันแบบกึ่งชนบท มีการคมนาคมที่ไม่สะดวก และความหนาแน่นของประชากรไม่มากนัก

ศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนทั้งสิ้น 62 แห่ง มีการให้บริการพื้นฐานเหมือนกันหมด คือด้านการบำบัดรักษาโรคทั่วไปและการบริการทันตกรรมแก่ประชาชนในช่วงครึ่งวันเช้า ช่วงบ่ายมีบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เช่น คลินิกฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว คลินิกสุขภาพเด็กดีและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บริการฉีดวัคซีนเข็มและสัตว์เลี้ยง การให้บริการเป็นทั้งงานบริการภายในศูนย์ที่เป็นบริการตั้งรับ สำหรับงานบริการภายนอกศูนย์ที่เป็นบริการเชิงรุก ได้แก่ งานพยาบาลครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานสังคมสงเคราะห์ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และงานสาธารณสุขมูลฐาน ในส่วนของงานสาธารณสุขมูลฐานมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน และตั้งศูนย์ชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

ในช่วงเช้าของทุกวันจะมีพยาบาลครอบครัวจำนวน 3- 5 คน ออกเยี่ยมบ้านและให้บริการด้านต่างๆ ในชุมชนโดยมีการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข และมีพยาบาลออกให้บริการอนามัยโรงเรียน ศูนย์บริการสาธารณสุขบางแห่งมีกิจกรรมคลินิกพิเศษอื่นๆ เช่น คลินิกยาเสพติด คลินิกสุขภาพจิต คลินิกกามโรค คลินิกโรคหัวใจ และคลินิกเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสถานรับเลี้ยงเด็กเปิดให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุขเปิดให้บริการตามเวลาราชการ เวลาที่เปิดให้บริการมากที่สุดของศูนย์บริการสาธารณสุขคือบริการรักษาพยาบาลทั่วไป คิดเป็นสัปดาห์ละ 17.5 ชั่วโมง รองลงมาคือบริการทันตกรรม และคลินิกดูแลเด็กดี ประชาชนที่มาใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อยพักอาศัยอยู่ในเขตใกล้เคียงกับศูนย์ฯ เป็นหญิงแม่บ้านและประกอบอาชีพภายในครอบครัว รวมทั้งประชาชนที่อพยพมาทำงานในกรุงเทพมหานคร (สุพัตรา ศิริวณิชชากร และคณะ, 2538) ดังนั้นศูนย์ฯ จึงเป็นที่พึ่งของประชาชนกลุ่มนี้อย่างมากทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา เป็นศูนย์บริการขนาดเล็ก เดิมเป็นสถานอนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้วโอนมาอยู่ในความดูแลของกรุงเทพมหานคร มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ปฏิบัติการพยาบาล และให้บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพเหมือนศูนย์บริการ

สาธารณสุข แต่ให้บริการได้ในขีดจำกัด เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่อยู่ศูนย์ละ 2-3 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข พยาบาลเทคนิคหรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ไม่มีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบประชากรประมาณ 5,000 คน ที่ตั้งของสาขามีทั้งในชุมชนที่มีการเดินทางสะดวก และที่ตั้งห่างไกลจากชุมชน พื้นที่ที่มีศูนย์สาขาจำนวนมากคือ เขตหนองจอก ตลิ่งชัน บางขุนเทียน และมีนบุรี ซึ่งเป็นเขตกรุงเทพฯรอบนอกทั้งหมด ในปัจจุบันมีศูนย์สาขาทั้งสิ้น 81 แห่ง ปริมาณงานของศูนย์สาขามีความแตกต่างกันขึ้นกับที่ตั้งของสาขา ความหนาแน่นของประชากร และความเอาใจใส่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่สาขานั้นๆ สุพัตรา ศรีวิธชากร และคณะ (2538) รายงานว่า ศูนย์สาขาเป็นที่พึงของประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และมีสถานพยาบาลน้อย แต่มีข้อจำกัดที่เครื่องมือและเวชภัณฑ์มีน้อย ทำให้ไม่สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพอใจระดับหนึ่งที่มาใช้บริการที่ศูนย์สาขา เพราะสะดวก ใกล้บ้าน หากมีเจ้าหน้าที่ให้บริการประจำ เอาใจใส่ในงาน และมียา อุปกรณ์เพิ่มเติม จะช่วยบริการให้กับประชาชนได้มาก

งานบริการสาธารณสุขทั้งในส่วน of ศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์สาขา เน้นการให้บริการที่สอดคล้องกับโครงการที่ปรากฏอยู่ในแผนกลยุทธ์เพื่อการพัฒนากรุงเทพมหานครฉบับที่ 5 (2540-2544) เช่นโครงการปรับศูนย์บริการสาธารณสุข โครงการจัดตั้งคลินิกต่างๆ และอื่นๆ ซึ่งโครงการเหล่านี้มีความพยายามที่จะพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของการพัฒนาบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว และโครงการพัฒนาศักยภาพคน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม พบว่ายังเป็นงานที่ต้องการการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นต่อไป

การให้บริการสุขภาพระดับต้นหรือปฐมภูมินั้น เป็นบริการด่านแรกที่ทำให้การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน อย่างใกล้ชิด โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี คนไทยทุกคนต้องตระหนักและเข้าใจความหมายของการดูแลสุขภาพ ที่กว้างขึ้น คือเป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมดของประชาชน ซึ่งสุขภาพในความหมายใหม่นั้น จะต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพด้วย จึงเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มิใช่หน้าที่ของหน่วยงานดูแลสุขภาพเพียงอย่างเดียว (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543)

ดังนั้นการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จะต้องเป็นการบริการที่ครอบคลุมมิติด้านสังคมจิตวิทยา โดยคำนึงถึงการผสมผสาน ความต่อเนื่อง และมีลักษณะเป็นองค์รวมของการบริการ เพื่อให้เกิดการทำงานที่เป็นระบบ ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ความเสมอภาค และเป็นธรรม เงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการผสมผสานของบริการสุขภาพ คือการเชื่อมโยงบริการสุขภาพในระดับ

ต่างๆ เข้าด้วยกันซึ่งอาศัยกลไกระบบส่งต่อการเชื่อมโยงการบริการ การบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน ทำให้มีโอกาสสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกับชุมชน เข้าใจธรรมชาติของปัญหาและความเป็นอยู่ของประชาชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

การจัดบริการสุขภาพระดับต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งดังที่ได้กล่าวมา จากการประเมินผลการทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2538) พบว่าศูนย์ยังให้บริการไม่ครอบคลุมประชาชนจำนวนมาก เนื่องจากต้องรับผิดชอบดูแลประชาชนในขอบเขตที่กว้างมาก ใช้ต้นทุนสูง งานบริการถูกจำกัดด้วยเวลาและวิธีการจัดบริการ ระบบเครือข่ายการส่งต่อไม่ได้เป็นไปตามลำดับขั้นดังลักษณะที่ระบุในแผนพัฒนาสาธารณสุข ก่อให้เกิดปัญหาด้อยประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ประชาชนส่วนหนึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ สถานะการจ้างงาน หรืออายุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของประสิทธิภาพในการบริหารงาน การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในการพัฒนางาน ลักษณะของงานที่เป็นอยู่เน้นที่การให้บริการแก่คนจำนวนมากในระยะเวลาด้นสั้น ซึ่งผู้บริหารของกรุงเทพมหานครที่ผ่านมาหลายสมัยได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับต้น แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาในด้านต่างๆ ได้อย่างชัดเจน

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2538) รายงานว่าประชาชนไปใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขค่อนข้างต่ำ อัตราเฉลี่ย 0.3 ครั้งต่อคนต่อปี และมีจำนวนผู้มาใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 60 คนต่อวัน อาจเป็นเพราะสาเหตุการกระจายยังไม่เหมาะสม หรือความไม่พอใจในระบบบริการของศูนย์ ตลอดจนมีสถานบริการอื่นๆ ให้เลือกใช้อยู่มากมายก็เป็นได้ ดังจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้มารับบริการอย่างแออัด ใช้เวลารอคอยอันยาวนานเนื่องจากความนิยมและความเชื่อของประชาชนที่คิดว่า จะได้รับบริการที่ดีกว่า กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ปี พ.ศ. 2539 พบว่าประชากรในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ไปใช้สถานบริการของเอกชนเมื่อเจ็บป่วย เช่น คลินิกแพทย์ และนิยมซื้อยาจากร้านขายยา มากกว่าไปใช้สถานบริการของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2538) ระบุว่าศูนย์ให้บริการได้ครอบคลุมประชากรเพียงประมาณร้อยละ 20 ที่ตั้งของศูนย์บางแห่งอยู่ไกลจากชุมชน ทำให้ประชาชนต้องเลือกซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง หรือไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลของรัฐที่การเดินทางไปมาสะดวกกว่า อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า จำเป็นที่จะต้องมีความจำเป็นเพราะเป็นประโยชน์ในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่อยากให้เพิ่มจำนวนศูนย์ใกล้บ้านให้มีศักยภาพในการรักษาเพิ่มขึ้นทั้งในและนอกเวลาราชการ มีบุคลากรทางสุขภาพ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอจะสามารถช่วยชาวบ้านได้อย่างเต็มที่

1.3 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน

เป็นที่ยอมรับว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี อัตราเพิ่มมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี คนไทยใช้เงินไปเพื่อสุขภาพปีละเกือบ 3 แสนล้านบาท โดยคิดค่าเฉลี่ยต่อหัวตกคนละประมาณ 4,000-5,000 บาทต่อปี ซึ่งนับว่าสูงมาก เงินในจำนวนนี้ไม่ถึง 1 ใน 3 เป็นเงินจากภาษีอากร อีกกว่า 2 ใน 3 ประชาชนต้องควักจากกระเป๋าจ่ายเอง (อำพล จินดาวัฒนะ, 2543) ที่สำคัญคือเงินที่ใช้ส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 80 เป็นเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า

ประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายของบริการด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล จากข้อมูลของสำนักงานประมาณ สำนักงานปลัดกรุงเทพมหานคร ระบุว่างบประมาณรายจ่ายด้านการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร ปี 2543 คิดเป็นเงิน 3,107.12 ล้านบาท ข้อมูลที่น่าเสนอนี้เป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร โดยรวมส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลด้วย และค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูงเป็นอันดับ 4 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกรุงเทพมหานคร (สถิติกรุงเทพมหานคร ฉบับย่อ, ปี 2543; หน้า 26)

1.4 การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน

การมีสุขภาพดีของประชาชน ถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตและการพัฒนาประเทศ การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย หรือหากเจ็บป่วยแล้วสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและทันทั่วถึง โดยฐานะทางเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการ นับว่าเป็นการสร้างหลักประกันให้แก่ประชาชนโดยทั่วไป รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ได้กำหนดไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามกฎหมายบัญญัติ” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2543) แต่การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามหลักการที่แท้จริง กล่าวคือ มีการเน้นเฉพาะการรักษาพยาบาล แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค นอกจากนี้อัตราความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ มีความครอบคลุมเพียง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ

ปัจจุบันรัฐบาลได้จัดระบบประกันสุขภาพหลักหลายระบบด้วยกัน ประกอบด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1.4.1 สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งรวมกลุ่มประชากรหลายกลุ่มเข้าด้วยกัน ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุ และสามเณร โดยรัฐจัดงบประมาณสนับสนุนผ่านเครือข่ายสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

1.4.2 บัตรสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุขโดยที่ประชาชนออกเงินซื้อส่วนหนึ่ง และรัฐจ่ายสบทบเพิ่มเติม

1.4.3 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งจะคุ้มครองรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย

1.4.5 ระบบประกันสังคม บังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป โดยเก็บเงินสะสมไว้ในกองทุนจากสามภาคี คือ รัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน กองทุนนี้จะดูแลผู้ประกันตนและครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีการประกันสุขภาพในลักษณะเฉพาะเรื่อง ได้แก่ โครงการกองทุนเงินทดแทน การประกันการประสบภัยจากรถ ในส่วนของภาคเอกชนได้จัดบริการขายประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยบริษัทประกันภัยและประกันชีวิตซึ่งดำเนินการในลักษณะของธุรกิจเอกชน ผู้เอาประกันต้องเสียค่าเบี้ยประกันมากขึ้นตามวงเงินที่เอาประกัน ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม แต่การให้สิทธิประโยชน์ยังได้ไม่เท่าเทียมกัน สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม และการประกันเอกชน ให้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และสามารถเลือกใช้สถานบริการได้อย่างอิสระ ในขณะที่ระบบอื่น เช่น บัตรสปร. จะได้รับสิทธิประโยชน์ต่ำกว่าหลักประกันชนิดอื่นๆ และกำหนดขอบเขตให้รับบริการเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้คนยากคนจนไม่มีทางเลือกในการรับบริการ เกิดปัญหาเชิงระบบของการประกันสุขภาพในประเทศไทย

สำหรับกรุงเทพมหานคร มีระบบการประกันสุขภาพดังเช่นที่กล่าวข้างต้น ในส่วนระบบการประกันสุขภาพของภาครัฐ รัฐบาลได้จัดงบประมาณสนับสนุนให้กับประชาชนทั่วไปโดยผ่านเครือข่ายสถานบริการของกรุงเทพมหานคร ในสถานบริการระดับต้น คือศูนย์บริการสาธารณสุข ประชาชนที่มาใช้บริการจะได้รับบริการฟรี และจ่ายยาฟรีเป็นส่วนใหญ่ยกเว้นยาบางประเภท และการบริการทันตกรรม ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเรียกเก็บเงิน แต่จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทั้งตัวประชาชนเองและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ

กรุงเทพมหานครได้มีนโยบายในการให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนให้ประชาชนทำบัตรประกันสุขภาพ และบัตรสวัสดิการด้านการรักษายาบาลฟรีสำหรับผู้มีรายได้น้อย เด็ก และผู้สูงอายุ แต่บริการนี้จะได้รับเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์เท่านั้น ในรายที่มีปัญหาสุขภาพเกินขีดความสามารถของศูนย์ หรือในกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร หรือสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตใกล้เคียง ถึงแม้ว่าความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ จะมีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล แต่ก็ยังพบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครมีปัญหาในการเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ

ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2539 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมีสูงถึงร้อยละ 42.8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

การได้รับสวัสดิการ	ร้อยละ
ไม่มีสวัสดิการ	42.8
เด็ก/ คนชรา	19.5
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	11.7
ประกันสังคม	10.7
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	5.9
ประกันสุขภาพนักเรียน	2.7
นายจ้างเอกชนที่มีสัญญาับสถานพยาบาล	2.6
บัตรรายได้น้อย สังคมสงเคราะห์	1.6
กองทุนเงินทดแทน	0.3
บัตรสุขภาพ	0.2
อื่นๆ	2.1
รวม	100.0

1.5. ปัญหาในการจัดและการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากสภาพความเจ็บป่วยและปัญหาสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ส่งผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครอย่างมาก เห็นได้จากแผนพัฒนากรุงเทพมหานครด้านสาธารณสุข ที่มีวัตถุประสงค์ชัดเจนที่จะจัดบริการการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นดังที่กล่าวมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความต้องการการดูแลเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย และภาวะการตายด้วยโรคเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงและโรคที่สามารถป้องกันได้ รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ดีขึ้น การปรับปรุงและขยายเวลาบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุข เน้นรูปแบบบริการเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพทุกด้านอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส ส่งเสริมประชาชนให้มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อเสริมสร้างองค์กรชุมชนให้เข้มแข็ง และมีแผนงานย่อยในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ได้แก่ 1) แผนงานการ

จัดบริการในลักษณะเชิงรุก 2) การพัฒนาบริการเฉพาะทาง 3) พัฒนาบริการด้านอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุภัย 4) การประกันสุขภาพ 5) การควบคุมและป้องกันโรค 6) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน 7) การส่งเสริมอนามัยบริโภค สุขากิจาอาหาร และอาชีวอนามัย และ 8) แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด (แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 2540 – 2544, หน้า 114 – 116) อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าสามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ในระดับหนึ่ง ทำให้คนไทยมีสุขภาพอนามัยโดยรวมดีขึ้น ดังจะให้เห็นได้จากการมีอายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น ภาวะการขาดสารอาหารลดลง อัตราตายของมารดาและทารกลดลง แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมและโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง อุบัติเหตุ เอดส์ ฯลฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้รัฐมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพดีก่อนเกิดการเจ็บป่วย ขาดการมองมิติทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมควบคู่กัน จึงทำให้เกิดปัญหาอื่นที่สำคัญตามมาทั้งด้านคุณภาพการจัดบริการ ค่าใช้จ่าย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งพอสรุปตามประเด็นได้ดังนี้

1.5.1 ปัญหาในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ประเด็นที่ชัดเจนของความพยายามของกรุงเทพมหานคร ในการแก้ปัญหการจัดบริการ สาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง คือ การเร่งขยายบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการมาได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถขยายพื้นที่บริการได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากนี้ยังพยายามที่จะพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคให้มากขึ้นด้วย (แผนพัฒนา กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 2540 – 2544, หน้า 105) ดังนั้นแนวทางที่ชัดเจนแนวทางหนึ่งของนโยบายด้าน สาธารณสุข กรุงเทพมหานครคือการขยายพื้นที่บริการ และการจัดบริการเชิงรุกให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะมีการระบุแนวนโยบายดังกล่าว แต่การดำเนินงานย่อมมีปัญหาและอุปสรรคโดยเฉพาะในส่วน of ประชาชนที่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแนวคิดของประชาชนในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ เนื่องจากประชาชนถูกปลูกฝังให้พึ่งหมอ พึ่งยา พึ่งโรงพยาบาล เพราะระบบการแพทย์แผนตะวันตกได้แพร่เข้ามาในเมืองไทยเพื่อแก้ไขปัญหาโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ทำให้ละเลยภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มีวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพตนเองดีอยู่แล้ว ความรู้และเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ รวมทั้งการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามา ทำให้สภาพสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนไทยในกรุงเทพมหานครใช้ชีวิตอย่างฟุ่มเฟือย ไม่ดูแลสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร ทำให้เกิดโรค ความด้อยสุขภาพ และความพิการขึ้นโดยไม่จำเป็น

นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา (2543) ได้ยกตัวอย่างดังเช่น เด็กวัยรุ่นมั่วสุมกันในผ้าที่มีเสียงดนตรีดัง อากาศเต็มไปด้วยควันบุหรี่ รวมทั้งเหล้า ยาเสพติด การมั่วสุมทางเพศ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่อนทำลายสุขภาพและก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา ในส่วนของกลุ่มลูกจ้างในโรงงานที่มีนายจ้างที่ไม่ดูแลสุขภาพในโรงงาน เกิดมีเสียงดัง ฝุ่นละออง สารพิษ และความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุต่างๆ มีผลให้เกิดความเจ็บป่วย พิกุลและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้โรคต่างๆที่เกิดจากความกินดี อยู่ดี เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคสมอง และโรคมะเร็ง ถ้าประชาชนรู้จักป้องกันโรคไว้ก่อน หรือตรวจพบในระยะแรก และดูแลรักษาตนเองเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคเหล่านี้ ย่อมรักษาได้ผลดีกว่า สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย และโอกาสที่จะเกิดความพิการหรือเสื่อมสุขภาพระยะยาวมีน้อยกว่า

ดังนั้นสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคนที่จะต้องตระหนักและเข้าใจความหมายของการดูแลสุขภาพที่ไม่ใช่เรื่องของโรงพยาบาล หรือการพึ่งพาปัจจัยภายนอก แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทั้งหมดของประชาชน เป็นเรื่องของชีวิตประจำวัน ทั้งเรื่องกิน นอน ทำงาน พักผ่อน และการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเป็นใช้ยารักษาแพลงแคไหน และใช้วิธีการตรวจรักษาที่ทันสมัยเท่าใดก็ตามไม่สามารถแก้ไขการเจ็บป่วยได้ถ้าประชาชนละเลยในเรื่องสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องที่จะต้องช่วยกันสร้างให้เข้าใจว่าการดูแลสุขภาพต้องเกิดจากการกระทำของตนเอง มิใช่หน้าที่ของหน่วยงานที่จัดการบริการทางด้านสุขภาพเท่านั้น (ปรีดา แต่อาวัณ และคณะ, 2543)

1.5.2 ปัญหาของระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกได้ดังนี้

1.5.2.1 คุณภาพการบริการ

ศูนย์บริการสาธารณสุขแม้จะมีทรัพยากรมาก แต่เนื่องจากข้อจำกัดของการบริหารงานไม่คล่องตัว ไม่มีการจัดระบบที่ดี ทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่สูงเท่าที่ควรจะเป็น บุคลากรในองค์กรส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการพัฒนางานให้มีคุณภาพ เป็นลักษณะการทำงานตามหน้าที่หรือตามสั่งมากกว่าการคิดริเริ่มพัฒนางาน การทำงานมีข้อจำกัดของระเบียบต่างๆ ในการบริหารงาน ทำให้เกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อสถานการณ์ การดำเนินกิจกรรมเป็นลักษณะที่เหมือนกันทุกแห่ง ไม่ยืดหยุ่นในการให้บริการแก่ผู้มารับ ทั้งที่ประชาชนมีความต้องการในการใช้บริการมาก นอกจากนี้ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและบริหารงาน มิได้ถูกจัดไว้เพื่อการให้บริการกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อการประเมินผลกระทบ ทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพงานของงานที่ตนเองรับผิดชอบได้ ถึงแม้ว่าจะมีการขยายการบริการเป็นศูนย์สาขาเพื่อให้บริการที่ใกล้ชิดประชาชนในเขตชุมชนเมือง แต่ไม่ได้มีการพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านกำลังคนและทรัพยากรทำให้ไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2543: หน้า 28)

1.5.2.2 ความครอบคลุมการบริการ

ที่ตั้งของศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้จากการบริจาค ทำให้ศูนย์บางแห่งมิได้ตั้ง

อยู่ในชุมชน หรือจุดใจกลางของพื้นที่ที่รับผิดชอบ เป็นผลทำให้การใช้บริการของศูนย์นั้นไม่ครอบคลุมการบริการ สุพรรณบุรี ศิริวิชัย และคณะ (2538) พบว่าศูนย์บริการสาธารณสุขให้บริการครอบคลุมประชากรได้เพียงร้อยละ 20 เช่น งานด้านการฉีดวัคซีน การดูแลหญิงมีครรภ์ และการเฝ้าระวังโภชนาการในเด็ก ขอบเขตประชากรที่รับผิดชอบมีพื้นที่กว้างขวาง ไม่มีการกำหนดเป้าประชากรที่ชัดเจนว่าควรติดตามกลุ่มใดเป็นหลัก บางศูนย์บริการสาธารณสุขกำหนดกลุ่มประชากรแต่ไม่สามารถติดตามข้อมูลความเคลื่อนไหวของกลุ่มได้ทัน ขาดข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อติดตามผู้มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ระบบการติดตามประเมินผลส่วนใหญ่เป็นรายงานปริมาณกิจกรรม ไม่ใช่ระบบความครอบคลุมประชากรเป้าหมาย ทำให้ไม่ทราบสถานะการรับบริการ และปัญหาของประชาชนอย่างเป็นระบบ

ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น การพยาบาลครอบครัว เพื่อให้บริการที่มีความต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยในชุมชนและสมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวได้ สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยใช้ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัย ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มโรคเรื้อรัง เน้นการให้บริการแบบองค์รวม ซึ่งได้มีการดำเนินงานในศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 62 แห่ง ตั้งแต่ปี 2543 แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคดังนี้ (นาฏกา ณ บางช้าง, 2542)

- (1) พยาบาลครอบครัวมีภาระงานมาก ศูนย์ฯ จะมีพยาบาลครอบครัวแต่ละละ 5 คน แต่ละคนจะมีชุมชนในความรับผิดชอบ 3-10 ชุมชน ทำให้มีเวลาในการให้บริการน้อย เนื่องจากให้บริการในชุมชนเฉพาะในช่วงเช้าเท่านั้น ช่วงบ่ายต้องมาให้บริการที่ศูนย์ นอกจากนี้ยังมีนโยบายเร่งด่วนเฉพาะกิจเข้ามามาก กระทบต่อการทำงานของพยาบาลครอบครัว ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่และมีประสิทธิภาพ
- (2) กรุงเทพมหานครเป็นชุมชนเมืองที่สภาพสังคมทำให้ทุกคนต้องทำงานแข่งกับเวลา ประชาชนให้ความสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพน้อยมาก การบริการต้องใช้ความอดทนและใช้เวลาในการสร้างค่านิยมทางสุขภาพให้กับประชาชน และการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง
- (3) จากสภาพเศรษฐกิจที่ถดถอย เกิดปัญหาในด้านงบประมาณ บุคลากรพยาบาลมีจำนวนจำกัดทำให้การบริการไม่ครอบคลุม
- (4) อาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพฯ อุดมคติเวลาและมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานน้อยเนื่องจากภาวะด้านเศรษฐกิจของครอบครัว

1.5.2.3 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ การศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะในเรื่อง

การส่งต่อ พบว่า การส่งต่อและการใช้สิทธิตามโครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ของประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ในทางปฏิบัติ ประชาชนมักจะต้องเสียเงินก่อน ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนและอาการไม่หนักหนาจริงๆแล้ว จะไม่มีสิทธิเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ประชาชนมองว่า ทางโรงพยาบาลไม่เข้าใจหลักเกณฑ์ในการใช้บัตรสปร. ทำให้คนในชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องประสบกับปัญหาในการใช้สิทธิตามบัตรสปร. แม้ว่าในบางครั้ง จะมีการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขก็ตาม ในกรณีฉุกเฉินและอยู่นอกเวลาราชการ ประชาชนต้องประสบกับปัญหามากยิ่งขึ้นเมื่อต้องไปขอรับบริการเอง จึงเห็นว่า โรงพยาบาลควรรับคนไข้ฉุกเฉินไว้รักษาก่อน โดยเฉพาะในยามวิกาล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมองว่า ปัญหาที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ ระบบการส่งต่อและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการใช้บัตรสปร. ของประชาชน ในการส่งคนไข้จากศูนย์บริการสาธารณสุข ไปโรงพยาบาล มีการตกลงกันว่า ถ้าเป็นคนไข้ฉุกเฉินให้ใช้บัตรสปร. ได้เลย แต่ทางโรงพยาบาลมักจะเกี่ยงให้แพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เขียนระบุด้วยว่า “Emergency” ในกรณีที่แพทย์บางคนลืมเขียน คนไข้จะไม่ได้รับบริการรักษาฟรีตามบัตรสปร. นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจที่สับสนและไม่ตรงกันในความหมายของคำว่า “Emergency” ทางโรงพยาบาลไม่ได้กำหนดรายละเอียดที่ชัดเจน ทำให้ทางศูนย์บริการสาธารณสุขไม่แน่ใจในการจัดอาการของคนไข้ว่า ระดับใดเป็น emergency ระดับใดไม่เป็น emergency ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของเจ้าหน้าที่ในเรื่องนี้ ทำให้คนไข้ต้องลำบากในการเดินทางกลับไปกลับมาหลายครั้ง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่าย

ในส่วนของกรุงเทพมหานคร แม้ว่าจะมีการจัดทำเอกสารการส่งต่อที่เป็นระบบและให้ความสนใจกับคนไข้ ยังมีปัญหาว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางคนไม่ให้ความร่วมมือ หรืออาจเป็นเพราะไม่ทราบกฎระเบียบ ทางศูนย์บริการสาธารณสุขจำเป็นต้องโทรศัพท์ไปประสานงาน ทำให้เสียเวลามาก การให้คนไข้ถือบัตรส่งต่อไปเอง ทำให้ทางศูนย์บริการสาธารณสุขไม่สามารถทราบได้ว่า คนไข้ไปโรงพยาบาลตามการส่งต่อหรือไม่ ประกอบกับมีการแบ่งโซนโรงพยาบาลเพื่อรับการส่งต่อ คนไข้บางรายต้องไปรับบริการจากโรงพยาบาลส่งต่อที่อยู่ห่างจากศูนย์บริการสาธารณสุข หรือห่างจากที่อยู่อาศัย จึงไม่ได้รับความสะดวก นอกจากนี้ ยังมีคนไข้บางกลุ่มที่ถือประโยชน์ส่วนตัว ข้ามขั้นตอนไปโรงพยาบาลโดยไม่ผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข และมีข้อจำกัดสำหรับประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ไม่มีสำมะโนครัวในกรุงเทพมหานคร ทำให้ไม่มีสิทธิได้รับบัตรสปร. และไม่สามารถใช้บัตรสปร. ในโรงพยาบาลได้

1.5.2.4 ประสิทธิภาพการของการจัดและการให้บริการ

แม้ว่าศูนย์บริการสาธารณสุข มุ่งเน้นในการให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ แต่รูปแบบในการให้บริการในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน ในการให้บริการแบบองค์รวม ความต่อเนื่อง และการผสมผสาน เน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข บางแห่งในลักษณะ Polyclinic มีคลินิก

เฉพาะทางโดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาให้บริการตรวจรักษาในช่วงเช้าอาทิตย์ละ 1 วัน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อยู่ในลักษณะของการตั้งรับเสียเป็นส่วนใหญ่ ในระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ จะต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

สรุป

สภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆของกรุงเทพมหานครอันเนื่องมาจากความเจริญและการขยายตัวทาง เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมาทั้ง ปัญหาด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประชาชน ในกรุงเทพมหานครมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าวที่เสี่ยงต่ออันตรายในชีวิตและ สุขภาพมากบ้าง น้อยบ้าง แตกต่างกันไป ส่งผลต่อความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น รัฐได้พยายาม ที่จะจัดบริการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนในกรุงเทพมหานครทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติย ภูมิ และตติยภูมิ แต่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยและไม่สามารถพัฒนาการให้บริการสุขภาพได้ อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเงิน กำลังคน และทรัพยากรอื่นๆ นอกจากนี้การบริหารจัดการ ยังขาดความเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆด้วยที่จะเอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักในการมีส่วนร่วมใน การดูแลสุขภาพตนเอง และรัฐต้องปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และประชาชนเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันและมีความเป็นธรรม แนวคิดของการจัดบริการสุขภาพ ระดับต้นได้รับการยอมรับว่าเป็นบริการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนเพราะมุ่งสร้างเสริมให้ ประชาชนรู้จักพึ่งตนเอง และตระหนักถึงความเหมาะสมในการใช้บริการสุขภาพ การสร้างดุลยภาพให้เกิด ความเหมาะสมทั้งในตัวประชาชนให้มีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการกำหนดความ ชัดเจนของสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและการ ส่งต่อไปยังระดับที่สูงกว่า และที่สำคัญคือประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทุกระดับได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้การที่จะกำหนดความชัดเจนได้ดังกล่าว ต้องอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการ ดูแลสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร มาเป็นแนวทางในการกำหนดความชัดเจนของการ จัดบริการสุขภาพต่อไป

ส่วนที่ 2: ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร

จากสถานการณ์การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน ในชุมชนกรุงเทพมหานคร ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชน ระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน การมีหลักประกันการดูแลสุขภาพของประชาชน และปัญหาการจัด และการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่กล่าวมาแล้ว มีผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนกรุงเทพมหานคร คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่เลือกสรร เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาสะท้อนภาพความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพในกรุงเทพมหานครให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างแท้จริง

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชน ในกรุงเทพมหานครได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่างบางส่วนในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้นำชุมชนจำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 3 คน และกรรมการชุมชน 4 คน ผู้บริหารในระดับปฏิบัติการ 2 คน ผู้บริหารในระดับนโยบาย 2 คน

กลุ่มที่ 2 ศึกษาโดยการสำรวจปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนจำนวน 288 ครอบครัว ในชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ ซึ่งเป็นชุมชนแออัดในกลุ่มธนบุรีใต้ กรุงเทพมหานคร

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาวิเคราะห์ความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร ในทัศนะของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้จัดหาบริการได้ดังนี้

2.1 ความต้องการการบริการสุขภาพ ในทัศนะของผู้ใช้บริการ

ความต้องการการบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้บริการเกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตปกติ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนี้

ในกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆส่วนใหญ่ (77.7%) จะมีอาการ มีไข้ตัวร้อน ปวดศีรษะ ไข้ บ่อยๆ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา ข้ออักเสบ ปวดท้อง เจ็บคอ จุกเสียดยอดอก ท้องอืด ท้องเดิน นอนไม่หลับ ปวดฟัน แพ้อากาศ และ โรคผิวหนังผื่นคัน การเจ็บป่วยเหล่านี้ ประชาชนจะพยายามดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่าประชาชนจะพึ่งการซื้อยามารับประทาน เพื่อบรรเทาอาการขั้นต้นไปก่อน วิธีการซื้อยาส่วนใหญ่ จะใช้วิธีเล่าอาการให้ร้านขายยาฟัง หรือนายาที่เคยรับประทานไปเทียบเคียง หรือไปขอมาจากศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ ใช้ยาที่เคยได้รับมาจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในชุมชน บางส่วนจะไม่ยอมรักษา

จะปล่อยให้หายเอง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ประชาชนได้ให้เหตุผลว่า “ส่วนใหญ่จะไปซื้อยา กินเอง ช่วยตัวเอง ถ้าไม่เต็มทีก็ไม่ไปหาหมอหรือหาหมอแล้วก็ไม่ไปหาแพทย์ เหตุผลที่ไม่ไปหา แพทย์ทุกครั้งที่มีอาการเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐต้องเสียเวลาเป็นวันๆ ใน การไปใช้บริการครั้งหนึ่งๆ ถ้าต้องการความรวดเร็วประชาชนเลือกที่จะไปหาแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้านหรือ โรงพยาบาลเอกชนถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าบริการ ค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้น มีประชาชนร้อยละ 18.3 ที่ต้องการ ความช่วยเหลือในเรื่องคำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีบางส่วนที่ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาล หรือแพทย์เยี่ยมบ้าน และต้องการยาฟรี

เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งอาการการเจ็บป่วยเฉียบพลันของประชาชนได้แก่ ปวดท้อง ไข้สูง อักเสบ ใช้เลือดออก ทอลซิลอักเสบ ใช้ไม่ทราบสาเหตุ ปวดบวม หอบ บาดเจ็บ สัตว์กัด และ อาหารเป็นพิษ เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันประชาชนร้อยละ 68 ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้บ้านเป็นส่วน ใหญ่ และร้อยละ 37 ที่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ วิธีการทำแผล ตลอดจนวิธีการบรรเทา อาการปวด

เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาการการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคทางเดินหายใจ และโรคระบบกระดูกและข้อเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังจะไปรับบริการจากโรงพยาบาล ของรัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยประชาชนต้องการการบริการหลังการรักษาเพื่อการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่ เป็นอยู่ซึ่งเป็นกิจกรรมการติดตามโรค ได้แก่ การเจาะเลือด การวัดความดันโลหิต คำแนะนำเกี่ยวกับการ รับประทานยาที่ถูกต้อง คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา ที่ถูกต้อง การนัด ประคบ และคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้เจ็บป่วยที่ญาติสามารถทำได้ ตลอดจนต้องการการติดตามเยี่ยมผู้เจ็บป่วยของพยาบาล

สำหรับความต้องการการบริการการส่งเสริมสุขภาพในภาวะไม่เจ็บป่วยนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ยัง ไม่ได้ให้ความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย และ การผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนใน เขตชุมชนแออัดไม่ตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาจากความจำเป็นทางด้าน เศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงการประกอบอาชีพเรื่องปาก ท้องเป็นหลักจนกระทั่งไม่มีเวลาที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดของประชาชนเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองว่า "ดูแลก็ดูแลนะ แต่บางทีไม่มีเวลา ไม่มีเงิน เลยลืมที่จะดูแลตนเอง ก็ดูได้ เท่าที่ดู รับผิดชอบไป ดูแล้วตัวเองเป็นอะไร พยายามไม่ให้เป็นมากที่จะต้องไปโรงพยาบาล" และจากการ สัมภาษณ์พบว่ากลุ่มประชาชนที่ให้สัมภาษณ์มีรายได้เฉลี่ย 4301.61 บาทต่อเดือน ยิ่งไปกว่านั้นประชาชน ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 65 ไม่มีหลักประกันเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ และลักษณะการบริการเพื่อการส่งเสริม สุขภาพโดยตรงที่มีในชุมชนยังมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเน้นด้านการรักษาหรือการดูแลหลังการรักษา

ยิ่งกว่านั้นผู้ที่ให้ความสนใจด้านการส่งเสริมสุขภาพก็มีอุปสรรคเช่น ขาดสถานที่ในการออกกำลังกาย ขาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นกีฬา เป็นต้น และในประเด็นความต้องการกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนพบว่า ต้องการกิจกรรมการประเมินปัญหาชุมชน ตลอดจนการเฝ้าระวังปัญหา และ โรคที่พบบ่อยในชุมชน การดูแลสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ และการเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนต้องการนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความเห็นไปในด้านของแหล่งบริการสุขภาพ และ คุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการที่ได้รับ ดังนี้

ความต้องการด้านแหล่งบริการสุขภาพพบว่า สถานที่ที่ประชาชนไปใช้บริการส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง ตากสิน ศิริราช และศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้ชุมชน ซึ่งผู้ให้บริการเห็นว่า ยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีศูนย์บริการสาธารณสุข เพราะเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนที่ยากจน มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยและอาศัยอยู่ใกล้ศูนย์ฯ ในกรณีที่มีอาการรุนแรง ส่วนใหญ่คิดว่าควรจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจะปลอดภัยกว่า เพราะมีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย รวมทั้งเวชภัณฑ์ที่พร้อมกว่าศูนย์ฯ ซึ่งมีศักยภาพที่จำกัดในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามประชาชนยังมีความเห็นตรงกันว่าบริการส่วนใหญ่ของสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการในโรงพยาบาลมีความล่าช้า ขาดประสานงาน และการส่งต่อที่ดี บริการที่ให้อย่างมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างคนจนและคนรวย และ ระหว่างผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล กับผู้ที่ไม่มียสิทธิเบิกค่ารักษา โดยที่ผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจะได้รับยาและบริการที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังมีการแซงคิวให้บริการกับคนที่ผู้ให้บริการรู้จักก่อน หรือกับคนบางกลุ่มให้บริการที่รวดเร็วกว่า ดังตัวอย่างคำพูดของประชาชนว่า "คนที่เขารู้จัก เขามาที่หลังเขาจะได้ตรวจก่อน แต่เราออกไปเรื่อย ๆ" และ "รอผลเตี๋ยง คนอื่นเขาได้เอา ๆ เราไม่ได้สักที เขาไม่ตามคิว"

คุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการที่ได้รับ ประชาชนบางส่วน ชอบยาที่ได้จากโรงพยาบาลมากกว่ายาที่ศูนย์ฯ ซึ่งมีราคาถูก ประชาชนส่วนหนึ่งก็ไม่ทราบและไม่แน่ใจว่ายาที่ได้รับจากศูนย์ฯ หรือโรงพยาบาลนั้นเป็นยาอะไร มีคุณภาพแค่ไหน อยากให้มีการแนะนำและเขียนชื่อยาเป็นภาษาไทยกำกับไว้ที่ซองยาด้วย "ยาที่ศูนย์ฯมันอ่อนน ก็เลยไปโรงพยาบาล " "กลัวว่าที่ศูนย์ฯตัวยาไม่เหมือนกับที่โรงพยาบาล"

นอกจากนี้ ประชาชนมีความต้องการที่จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของการใช้บัตร สปร. โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจในการใช้สิทธิตามบัตร ตลอด 24 ชั่วโมง เพราะประชาชนมักได้รับการปฏิเสธที่จะรับไว้ในโรงพยาบาลถ้าไม่ได้รับการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งที่ประชาชนคิดว่าเป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยมีอาการหนัก หรือแม้แต่ในกรณีที่อาการไม่หนักมากจริงๆ โอกาสที่จะได้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีน้อยเพราะโรงพยาบาลจะไม่ยอมรับผู้ป่วยที่ไม่ผ่านศูนย์ฯ ในประเด็นนี้ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ และ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์ฯ ที่เกี่ยวกับการส่งต่อ และการใช้บัตรสปร.ไม่ดีเท่าที่ควร และในส่วนของผู้ให้บริการ แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะรับบริการโดยตรงจากแพทย์หรือพยาบาล มากกว่าบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข และถ้าสามารถ

เลือกได้ตามสภาพที่เป็นจริง การบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขก็มีความสะดวก เพราะเป็นบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่ แต่ยังคงขาดความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้ประชาชนเกิดความเชื่อถือได้ ถ้ามีพยาบาลประจำชุมชน และมีการอบรมสัมมนาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะ เพื่อพัฒนาความรู้ขั้นพื้นฐานเพิ่มเติม ก็จะเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับประชาชน

โดยสรุป ความต้องการการได้รับบริการระดับปฐมภูมิของผู้ใช้บริการ ยังคงมุ่งอยู่แต่เฉพาะการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเท่านั้น โดยเริ่มมีบางส่วนที่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพแต่เป็นส่วนน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลตนเอง และเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นภายในชุมชน พร้อมทั้งมีการสนับสนุนในเรื่องการจัดการสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรที่จะให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และ กระตุ้นให้เกิดจิตสำนึกของการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 ความต้องการการบริการสุขภาพ ในทัศนะของผู้ให้บริการ

ข้อค้นพบเกี่ยวกับความต้องการการบริการสุขภาพในชุมชน เป็นข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ที่มีหน้าที่ให้บริการในชุมชนทั้งที่เป็นคณะกรรมการชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลชุมชนโดยตรง ความคิดเห็นของ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ให้บริการ (พยาบาล) ที่มีต่อภาวะสุขภาพ และความต้องการการบริการสุขภาพของชุมชน มีดังนี้

ผู้ให้บริการในฐานะที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า สภาพแวดล้อมด้านกายภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนมากที่สุดคือ กลิ่นเสียจากคูข่มรด และเสียงรบกวนเตอรืไซด์ ภาวะสุขภาพโดยรวมของประชาชนในชุมชน อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีปานกลาง ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชาชนได้แก่ โรคไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดข้อ โรคของผู้สูงอายุ ปัญหายาเสพติดในชุมชน และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้ในส่วนของการจัดบริการสุขภาพในชุมชนนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการให้มีสถานบริการสุขภาพในชุมชน และต้องการให้มีแพทย์อย่างน้อย 1 คน มาให้บริการในชุมชน และหรือ มีพยาบาล 1 คน มา 1-2 วันต่อสัปดาห์ โดยให้เหตุผลว่า "ไม่จำเป็นที่จะต้องมาทุกวัน คือให้รู้ว่ามีมาอะไรอย่างนี้ ไม่ต้องมาทุกวัน" โดยอาศัยค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานจากงบประมาณแผ่นดิน หรือระดมเงินทุนในชุมชน และต้องการให้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน และช่วยดูแล อสส. นิเทศการทำงาน และสอน อสส. ให้ติดตามเยี่ยมประชาชนในชุมชน การบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ยังไม่ครอบคลุมตามความต้องการด้านสุขภาพตามปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ แม้ว่าจะมีแหล่งบริการอื่นทั้งที่มาให้บริการเป็นครั้งคราว เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หรือ มีองค์กรเอกชนมาให้บริการอย่างถาวร เช่น มูลนิธิปทุมรังสี ก็ตาม ประชาชนก็ยังมีความต้องการได้รับการบริการอื่นๆเพิ่มเติม เช่น -การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ เช่น รถเข็น หรือ walker ให้กับคนไข้ในชุมชน การได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และเด็กในชุมชน ยาที่มีอยู่ในศูนย์สุขภาพชุมชน ก็ต้องการให้มียาเพิ่มเติมสำหรับผู้ใหญ่ด้วย และในส่วนจากรูปแบบของศูนย์บริการ

สุขภาพ ควรเป็นรูปแบบที่มีสถานที่ที่ถาวร มีแพทย์มาเยี่ยมเป็นครั้งคราวประชาชนมีโอกาสบริหารจัดการ
เอง ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่ต้องมากำหนด

ผู้ให้บริการในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพพบว่า ภาวะสุขภาพและความต้องการการบริการสุขภาพ
ประชาชนยังมีปัญหาส่วนใหญ่มาจาก สภาพแวดล้อมด้านกายภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของชุมชนมาก
ที่สุดคือ น้ำเน่า ยุ้งชุม ท่อระบายน้ำอุดตัน และ ความแออัดของที่พักอาศัย ภาวะสุขภาพโดยรวมของ
ประชาชนในชุมชน อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชาชนได้แก่ โรคในระบบทางเดิน
หายใจ โรคข้อเสื่อม และ โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การขาดการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เนื่องมาจากการ
ขาดความรู้ความเข้าใจ และปัญหาทางเศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการให้มีสถานบริการสุขภาพใน
ชุมชน -และต้องการให้มี พยาบาลทำงานในสถานบริการสุขภาพในชุมชน 1-2 วันต่อสัปดาห์ อสส. ที่ผ่าน
การฝึกอบรมการรักษาขั้นต้นมาแล้วจำนวน 2 คน ให้อยู่ประจำ 7 วันต่อสัปดาห์ โดยอาศัยค่าใช้จ่ายในการ
ดำเนินการจากงบประมาณแผ่นดิน หรือระดมเงินทุนในชุมชน และต้องการให้พยาบาลมีบทบาทเป็นพี่
เลี้ยง และ ช่วยดูแล อสส. ให้การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และให้สุศึกษาในชุมชน แหล่งบริการ
สุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ครอบคลุมในระดับต้น แต่ไม่ครอบคลุมความต้องการของประชาชนทั้งชุมชน ควร
เพิ่มสถานที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานที่ออกกำลังกาย เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการในชุมชน และ
เพิ่มงบประมาณในการอบรม อสส. และสุดท้ายรูปแบบของศูนย์บริการสุขภาพ ควรมีการบริหารที่ให้เกิด
ความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ และอสส. ในการให้การรักษายาบาลขั้นต้น และการส่งต่อ

โดยสรุป ข้อค้นพบจากการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของผู้ให้บริการ
เห็นว่า ในประเด็นของภาวะสุขภาพของประชาชนโดยรวมยังอยู่ในระดับที่ไม่ดีเท่าที่ควร ยังมีปัญหาอัน
เนื่องมาจากความแออัดของสภาพแวดล้อมในชุมชน ปัญหายาเสพติด และปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ ใน
ผู้สูงอายุได้แก่ ข้อเสื่อม และอัมพาตเป็นต้น ความต้องการการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่
เป็นความต้องการในการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ และควรมีสถานบริการที่ถาวรในชุมชนเองที่
ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้ใกล้บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาทำงานในสถานบริการนั้น
ช่วงเวลาที่แน่นอนแต่ไม่ต้องอยู่ทุกวัน โดยดึงอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการดูแล และอาสาสมัคร
เหล่านี้ควรที่จะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลเบื้องต้นเพื่อให้การดูแลประชาชนในชุมชนที่มีปัญหา
ได้ การจัด

การอบรมควรอบรมเป็นประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2.3 ความต้องการการบริการสุขภาพ ในทัศนะของผู้จัดหาบริการ

ในมุมมองของผู้จัดหาบริการ ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องที่เป็นผู้บริหารทั้งในระดับ
นโยบาย และในระดับปฏิบัติการในสถานบริการรัฐ ผลการศึกษาพบว่าในฐานะผู้บริหารที่รับผิดชอบวาง
แนวทางการดำเนินงานในการให้บริการแก่ประชาชนนั้น ยอมรับว่าการจัดบริการสุขภาพในปัจจุบันยัง
ไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมี

ประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยมีสาเหตุหลักส่วนหนึ่งมาจากแนวคิดหรือทัศนคติในการดูแลสุขภาพของประชาชนเอง ที่ยังมีความต้องการการรักษามากกว่าการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ เมื่อประชาชนมารับบริการ ต้องได้รับการรักษาจากผู้ให้บริการ จะเป็นแพทย์หรือพยาบาลก็ได้ แต่ต้องได้รับการรักษาและต้องได้รับยาไปรับประทานด้วย ถ้ามารับบริการแล้วไม่ได้ยากลับไปถือว่ายังไม่ได้รักษา นอกจากนี้ประชาชนยังไม่เข้าใจว่างานบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข ยังมีการบริการในเรื่องอื่นๆที่ไม่ใช่การรักษาอีกด้วย เมื่อยังแก้ไขความเข้าใจของประชาชนไม่ได้ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาบริการต้องวางแผนนโยบายในการพัฒนางานบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนในขั้นต้นให้ได้ก่อน คือ การเพิ่มศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข ให้เป็นศูนย์การแพทย์และสาธารณสุขในการตรวจรักษาได้ตามความต้องการของประชาชน โดยมีคลินิกเฉพาะทางจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสังกัดสำนักงานการแพทย์สาขาต่างๆ เช่น ศัลยกรรม อายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม มาให้บริการตรวจรักษาในช่วงเช้าอาทิตย์ละ 1 วัน

นอกจากนี้ยังมีการเปิดบริการเป็นในลักษณะ Polyclinic และมีการขยายเวลาการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขนอกเวลาราชการตั้งแต่ 4 โมงเย็นจนถึง 2 ทุ่ม เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นหรือมีความศรัทธา หันมาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมากขึ้น เป็นผลดีต่อการดำเนินกิจกรรมในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรคต่อไป นอกจากนี้ผู้บริหารยังได้ให้ความเห็นว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนมาก สามารถทำหน้าที่ในการให้บริการด่านแรกได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจากบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ เป็นพยาบาลเทคนิค ถ้าต้องการให้บริการมีประสิทธิภาพมากกว่านี้ ควรได้การสนับสนุนให้บุคลากรได้เรียนต่อในระดับปริญญาตรีเป็นพยาบาลวิชาชีพ งานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาควรจะเป็นคนที่มีศักยภาพ มีความรับผิดชอบในงาน มีความคิดสร้างสรรค์เป็นผู้ทำหน้าที่ดำเนินการและโครงสร้างของศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา แม้จะใช้งบประมาณน้อย และบุคลากรน้อย แต่มีความเด่นชัดในงานในการให้บริการสุขภาพประชาชนด่านแรก โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองก่อนเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน รูปแบบการให้บริการเชิงรุกที่ศูนย์บริการสาธารณสุขดำเนินการอยู่ สามารถตอบสนองความต้องการการบริการของประชาชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ประสิทธิภาพและความครอบคลุมยังไม่ได้เท่าที่ควร เนื่องจากยังขาดแคลนทั้งงบประมาณและกำลังคน แต่ถ้ามีหน่วยงาน หรือองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรในวิชาชีพพยาบาลทำหน้าที่จัดหาผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุในชุมชนร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง ก็จะสามารถตอบสนองความต้องการการบริการสุขภาพได้มากขึ้น

สรุป

ความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ศึกษา มีความสอดคล้องกับภาพรวมของปัญหา และความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชน ในชุมชนกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความ

สลับซับซ้อนในระบบสุขภาพ อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นความเชื่อมโยงทั้งทางกายภาพและมลพิษต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาอันเนื่องมาจากการบริการสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งปัญหาทางจิตและยาเสพติด ในปัจจุบัน ปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้าประชาชนในกรุงเทพมหานคร ได้ส่งผลต่อความต้องการของประชาชนใน กรุงเทพมหานครโดยรวม เป็นความต้องการตามปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการเลือกใช้สถาน บริการสุขภาพตามปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน และในภาวะที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ประชาชน ส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการการบริการสุขภาพ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ให้อ้างอิงว่ามีความต้องการ และใน ความต้องการนั้น เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเมื่อมีความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายที่ยังไม่มีการเจ็บป่วย เกิดขึ้น แต่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีแนวคิด และ ความเชื่อในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เล็กๆ น้อยๆ

ดังนั้นการรณรงค์ให้ประชาชนมีพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ตนเองนั้น เป็นเรื่องที่จะต้องดำเนินการเป็นอันดับแรก ซึ่งพยาบาลในพื้นที่สามารถวางแผนให้บริการขึ้น พื้นฐาน ในการรณรงค์ให้เกิดแนวคิดดังกล่าวได้เป็นอย่างดี โดยการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่าง กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการสร้างกิจกรรมชุมชน เพื่อสุขภาพขึ้น โดยมีฐานชุมชนในการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว พยาบาลสามารถวางแผน ดำเนินการได้ชัดเจนในระดับปฐมภูมิ โดยใช้ศูนย์สุขภาพที่มีอยู่เป็นฐานในการดำเนินการ ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นศูนย์พยาบาลขึ้นในชุมชนเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มากขึ้น ควรเพิ่มความรู้และทักษะในการสื่อสาร การให้คำปรึกษา การทำงานร่วมกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ และการรู้จักเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการจัดบริการต่อไป

ส่วนที่ 3: รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและการปฏิรูประบบสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้น สามารถจัดได้ในรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นกับสภาพของแต่ละพื้นที่และความพร้อมของหน่วยงานที่จัดบริการ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจเป็นทั้งหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และหน่วยงานบริการระดับท้องถิ่น รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรคำนึงถึงคุณลักษณะต่างๆ ดังนี้ (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2543: 12-13)

1. ครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้เป็นอย่างดี
2. จำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีขนาดพอเหมาะเพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง
3. มีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความรู้ และทักษะในการให้บริการสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีความสามารถในการสื่อสาร มีทัศนคติที่ดีและมีความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม สามารถมองปัญหาสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติ
4. บริการที่จัดให้ต้องเป็นบริการที่มีระบบปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการที่สนองต่อความต้องการที่แท้จริงของชุมชน
5. เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สามารถให้ความรู้ด้านสุขภาพกับประชาชนในชุมชน
6. มีระบบการบริหารจัดการที่คล่องตัว

ดังนั้นรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในกรุงเทพมหานคร และการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย จะต้องครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ 1) ขอบเขตการให้บริการ, 2) ผู้ให้บริการ รวมถึงคุณสมบัติและสมรรถนะที่จำเป็น, 3) กลไกและการบริหารจัดการ ทั้งในด้านการเงิน งบประมาณ กำลังคน สถานบริการ เครือข่าย การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ, และ 4) การมีส่วนร่วมของประชาชน

3.1 ขอบเขตของการให้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง ต่อรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการประชุมกลุ่มระดมสมอง และการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า ขอบเขตของการบริการในระดับปฐมภูมิ ควรครอบคลุมทั้งพื้นที่บริการ และกิจกรรมบริการที่ต้องจัดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งทั้ง 2 ส่วนจะสะท้อนให้เห็นรูปแบบการให้บริการในระดับปฐมภูมิของประชาชน ในชุมชนกรุงเทพมหานคร มีดังนี้

3.1.1 พื้นที่บริการ

พื้นที่บริการในการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพในชุมชน ควรคำนึงถึงพื้นที่บริการในเชิงโครงสร้างทางกายภาพ ที่ตั้งอยู่ในจุดที่อยู่ใกล้ชุมชน การเดินทางสะดวกแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงความครอบคลุมจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ด้วย ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่บริการนั้นๆ จึงเป็นตัวชี้วัดทางอ้อมของขอบเขตพื้นที่บริการที่เหมาะสมต่อความต้องการการบริการของประชาชน เขตพื้นที่ที่พบว่ามีความหนาแน่นของประชากร/ตร.กม.สูงที่สุดคือ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย มี 39,670 คน และพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากร / ตร.กม. ต่ำสุดคือ พื้นที่ในเขตหนองจอก มีจำนวน 373คน (สถิติกรุงเทพมหานคร ฉบับย่อ; 2543: 12 –13) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความหนาแน่นของประชากร ต่อสถานบริการสุขภาพ (ศูนย์บริการสาธารณสุข และศูนย์สาขา โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน คลินิกแพทย์ รวมทั้งสถานทันตกรรม และสถานผดุงครรภ์) พบว่า เขตบางซื่อ มีจำนวนประชากรต่อสถานบริการพยาบาลมากที่สุด คือ 94,623 คน และเขตพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชาชน ต่อจำนวนสถานบริการสุขภาพน้อยที่สุด คือ เขตพระโขนง มี 427 คน และยังพบอีกว่าพื้นที่ตั้งของศูนย์ฯ บางแห่งในปัจจุบันเป็นพื้นที่บริเวณที่อยู่ไกลจากชุมชน ประชาชนไปใช้บริการไม่สะดวก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2538)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ความครอบคลุมของสถานบริการในกรุงเทพมหานคร ยังมีความแตกต่างกันอยู่มาก ความจำเป็นของการมีสถานบริการใกล้บ้านยังพบได้ในหลายพื้นที่ทั่วกรุงเทพมหานคร ในต่างประเทศ อย่างเช่น ประเทศมาเลเซีย ความครอบคลุมของบริการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ไม่ได้กำหนดอยู่ที่ขนาดของพื้นที่บริการ แต่อยู่ที่ความครอบคลุมของจำนวนประชาชน โดยกำหนดจำนวนประชาชนประมาณ 20,000 คนต่อหน่วยพื้นที่บริการ (อาทรรักษ์ไพบูลย์, 2543) สำหรับกรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา จัดว่าเป็นสถานบริการหนึ่งในระดับปฐมภูมิ ที่กำหนดพื้นที่บริการให้ครอบคลุมจำนวนประชาชน 5,000 – 10,000 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2538)

ผลการศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการระดับปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ยังจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์บริการสาธารณสุข เพราะเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและอยู่ใกล้ศูนย์ฯ อยากให้มีศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านในชุมชน และให้บริการเฉพาะด้านได้ เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ในส่วนของแนวคิดของพยาบาล พบว่า ศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านนั้น ให้พยาบาลชุมชน 1 คน ดูแลชุมชน 1-2 ชุมชน หรือครอบคลุมครอบครัวประมาณ 100-150 ครอบครัว

ดังนั้นในส่วน of พื้นที่บริการที่เหมาะสม ควรครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน จำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบมีขนาดพอเหมาะจะอยู่ที่จำนวนชุมชนรวมกัน 1-2 ชุมชน หรือจำนวนครอบครัวประมาณ 100 –150 ครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง

3.1.2 กิจกรรมบริการ

ข้อค้นพบจากการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นความต้องการกิจกรรมการดูแลสุขภาพใน 2 ส่วน คือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาวะเจ็บป่วย และในภาวะไม่เจ็บป่วย โดยที่ความต้องการในส่วนแรกมีมากกว่าความต้องการในส่วนหลัง

- (1) เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยเกิดขึ้น กิจกรรมการดูแล คือ การการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ ใช้วิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยการซื้อยารับประทานเอง อาการส่วนใหญ่ที่พบสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ กิจกรรมการดูแลที่จำเป็น คือการเสริมสร้างพลังความรู้ให้กับประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถสังเกตอาการตนเองตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
- (2) ในภาวะที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเฉียบพลัน กิจกรรมการดูแลคือ กิจกรรมการบริการภายหลังการรักษา เพื่อการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างถูกต้อง การติดตามการรักษาที่บ้านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว ไม่ต้องไปโรงพยาบาลหลายหน
- (3) ในภาวะที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการการช่วยเหลือดูแลสุขภาพและไม่สนใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการดูแลในภาวะนี้ แม้ว่าประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญ แต่การรณรงค์ให้ประชาชนมีพื้นฐานแนวคิดในการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ก็เป็นเรื่องที่ควรจะดำเนินการเป็นอันดับแรกในกิจกรรมการดูแล โดยการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการสร้างกิจกรรมชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น

โดยสรุปแล้ว กิจกรรมการบริการตามภาวะความเจ็บป่วย เป็นความต้องการการบริการสุขภาพที่น่าจะเป็นพื้นฐานของการบริการที่ดี กิจกรรมบริการพื้นฐานที่ก่อให้เกิดรูปธรรมที่ชัดเจนสามารถบอกได้ว่าบริการอะไรบ้างที่ทำให้ประชาชนแข็งแรง บริการอย่างไรประชาชนจึงไม่เจ็บป่วย บริการอย่างไรให้ประชาชนหายเจ็บป่วย และจะบริการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยให้หายโดยเร็วได้อย่างไร (สุนัย ทองนพ ในพันธทิพย์ รามสูตร ; 2540: 280) ดังนั้นกิจกรรมบริการพื้นฐานในระดับปฐมภูมิ จึงควรมีลักษณะดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลให้ประชาชนแข็งแรง ได้แก่กิจกรรมการดูแล ส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพบุคคลทุกเพศทุกวัย การดูแลส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญ

พันธ์ การตั้งครรภ์ และหลังคลอด การดูแลทั้งทางด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ เด็กวัยแรกเกิด วัยทารก วัยก่อนเรียน วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

2. กิจกรรมการดูแลที่ทำให้ประชาชนไม่เจ็บป่วย ได้แก่ กิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ แก่บุคคลทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการคัดกรองโรค เช่น คัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก การจัดกิจกรรมการรณรงค์ ป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ ในชุมชน เช่น การป้องกันการติดสารเสพติด การลดความรุนแรงในครอบครัว/สถานประกอบการ การสวมหมวกกันน็อก การใส่เข็มขัดนิรภัย การไม่ขับขี่ยานพาหนะเมื่อมึนเมา การใช้ถุงยางอนามัย การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

3. กิจกรรมการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีปัญาสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ในด้านการฟื้นฟูสุขภาพและการลดภาวะแทรกซ้อน

3.2 ผู้ให้บริการ

ในการให้บริการระดับปฐมภูมินั้น เป็นบริการที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญทางทางการแพทย์เฉพาะด้านมากนัก แต่เป็นบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมการให้บริการต่างๆ เข้าด้วยกันได้เพื่อสนองให้ตรงความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาจประกอบด้วย **“ทีมสุขภาพ”** โดยบุคลากรแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ จะมีบทบาทในการให้บริการหลักที่เน้นหนักแตกต่างกัน แต่ก็สามารถให้บริการทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการในลักษณะที่สนับสนุนซึ่งกันและกันและทดแทนกันในบางกรณี

องค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการผสมผสาน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพต่างๆดังนี้ คือ แพทย์ทั่วไป (แพทย์ประจำครอบครัว) พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เช่น พยาบาลเทคนิค, ทันตภิบาล (ปริดา เต๋ออาร์ักษ์ และคณะ, 2543) องค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับสภาพความต้องการของแต่ละพื้นที่ จำนวนประชากร และจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ บุคลากรหลักในการให้บริการระดับปฐมภูมินั้นมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข อีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มของสหวิทยาการ (Multidisciplinary personnels)

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิอาจมีกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ (Nonprofessional personnels) ซึ่งเป็นผู้ให้บริการใกล้บ้านที่มีอยู่ในปัจจุบัน และมีจำนวนมาก ประชาชนมีความคุ้นเคย เช่น แพทย์แผนโบราณ บุคลากรที่ให้บริการดูแลที่บ้านโดยเอกชน หากจะให้บริการต่อไป ผู้ให้บริการกลุ่มนี้ควรจะต้องให้อยู่ในการดูแลควบคุมของกลุ่มวิชาชีพ เพื่อให้บริการมีคุณภาพ มีมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้

การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความต้องการผู้ให้บริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการเลือกรับบริการจากแพทย์ หรือพยาบาลครอบครัวเท่าๆ กัน และต้องการมากกว่าบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยที่ 73.3% ของกลุ่มตัวอย่างบอกว่า ต้องการพยาบาลประจำครอบครัวหรือแพทย์ประจำครอบครัว และ 69.9% บอกว่า ต้องการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวเป็นผู้ดูแล

3.2.1 สมรรถนะของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ

จากการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน การศึกษาความคาดหวังของ ผู้ใช้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร ร่วมกับข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ปรีดา เต๋ออารักษ์และคณะ, 2543) คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอว่า บุคลากร ที่ให้บริการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีทักษะและความสามารถในการทำหน้าที่เป็นด่าน แรก การให้บริการตามความต้องการของประชาชน และการทำงานในลักษณะเครือข่ายสหวิชาชีพ สมรรถนะที่สำคัญของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ควรประกอบด้วย

- (1) มีทักษะในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวม ในทุกภาวะสุขภาพ
 - 1) การประเมินภาวะสุขภาพบุคคล
 - 2) การส่งเสริม สนับสนุนพลังอำนาจ และศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3) มีทักษะในการดูแลทั้งทางด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกัน
 - 4) มีทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ และหลังคลอด
 - 5) ทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- (2) มีความสามารถในการดูแลป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ แก่บุคคลทุกวัย ในทุก ภาวะสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
 - 1) สามารถสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค และปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหลีกเลี่ยงแหล่งแพร่เชื้อโรค การจัดการสิ่ง แวดล้อมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด
 - 2) สามารถคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก
 - 3) สามารถวางแผนและดำเนินการในการโครงการต่างๆในชุมชนได้ เช่นการรณรงค์ ป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ การป้องกันการติดสารเสพติด การลดความรุนแรง การสวมหมวกกันน็อก การใส่เข็มขัดนิรภัย การไม่ขับขี่ยานพาหนะเมื่อมึนเมา การใช้ถุงยางอนามัย การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น
- (3) มีความสามารถในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น
 - 1) ดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรค

- เรื้อรัง ผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด ผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด และผู้พิการที่บ้าน
- 2) สนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในด้านการฟื้นฟูสภาพและการลดภาวะแทรกซ้อน
 - 3) ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
 - (4) มีความสามารถในการรักษาโรคเบื้องต้นและจัดการในภาวะฉุกเฉินได้ เช่น
 - 1) การประเมินภาวะสุขภาพ
 - 2) คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ
 - 3) ตรวจวินิจฉัยในการดูแลเพื่อบรรเทา และรักษาโรคเบื้องต้น
 - 4) ให้การรักษาโรคเบื้องต้น
 - 5) สามารถบริหารจัดการหน่วยงานและการให้บริการ ประสาน และสร้างความร่วมมือกับประชาชน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงาน
 - (5) มีความรู้ความเข้าใจบริบทของพื้นที่รับผิดชอบและมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต และการดูแลสุขภาพของบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมและท้องถิ่น
 - (6) คิดเป็น และคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อแก้ปัญหาและตัดสินใจ และสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติ
 - (7) สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งการฟัง พูด เขียน และการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ เพื่อการสืบค้น บันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ
 - (8) สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐาน กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย
 - (9) ปฏิบัติงานโดยอิงข้อมูลที่เกิดขึ้นในบริบทนั้นๆ (evidence based practice) และจากการทำวิจัยเบื้องต้น

3.2.2 คุณสมบัติของพยาบาลที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ

จากการประชุมกลุ่มระดมสมองของพยาบาลครอบครัวและหัวหน้าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ควรมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) จบการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีด้านสาธารณสุขศาสตร์หรือพยาบาลศาสตร์ เคยผ่านงานชุมชนไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือผ่านการอบรมด้านพยาบาลชุมชน หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ

- (2) เข้าใจปัญหาชุมชน เข้าเยี่ยมชุมชนสม่ำเสมอ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน
พยาบาลควรได้รับการประเมินโดยคนในชุมชน หรือเพื่อนร่วมงานหลังการทดลอง
ปฏิบัติงาน 6 เดือนว่าสามารถทำงานในชุมชนได้และมีใจรักงานชุมชน
- (3) ยิ้มแย้มแจ่มใส มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์ดี ยอมรับความคิดเห็นคน
อื่น พร้อมที่จะให้คำแนะนำและคำปรึกษา
- (4) มีความเสียสละ ซื่อสัตย์ อดทน มีความรับผิดชอบสูง ดูแลคนไข้ด้วยความ ห่วงใย
และใกล้ชิด ให้บริการอย่างต่อเนื่อง เน้นการให้บริการด้านป้องกันโรค
- (5) รักงาน มีความเป็นอิสระ วิสัยทัศน์กว้างไกล มีความคิดสร้างสรรค์ วางตัวเป็น
กลางทางด้านการเมือง และไม่สับสนเรื่องนโยบายการให้บริการ
- (6) สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ
- (7) เป็นนักบริหารที่ดี มีความสามารถในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และประสานงานได้
ดีทั้งกับภายในและภายนอกหน่วยงาน
- (8) มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ วิจัยค้นคว้า และเขียนบันทึกรายงานได้
อย่างมีประสิทธิภาพ
- (9) มีความรู้ความสามารถในเรื่องเวชปฏิบัติเบื้องต้น และเทคโนโลยีสารสนเทศ
(Informatic Technology) มีการอบรมอย่างต่อเนื่องด้านสาธารณสุข มีความรู้
ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ มีการพัฒนาตนเอง
อยู่ตลอดเวลา รักงานวิชาชีพ

3.3 กลไกและการบริหารจัดการ

กลไกและการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้การจัดและการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กลไกและการบริหารจัดการที่สำคัญในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ เรื่องการเงินและงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ เครือข่าย การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ

3.3.1 การเงินและงบประมาณ

เงื่อนไขที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคน และการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงิน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เกิดการกระจายทรัพยากรและกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม (ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543) ในระบบการจ่ายเงินใหม่ ตามข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2544) เงินส่วนใหญ่จะจ่ายไปยังเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิโดยตรง และแยกการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับลักษณะบริการที่ให้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- (1) กลุ่มบริการผู้ป่วยนอก จ่ายแบบเหมาหัว (Capitation) ปรับตามอายุ เพศ และความเสี่ยง

- (2) กลุ่มบริการผู้ป่วยใน ใช้วิธีตั้งวงเงินรวมสำหรับประชากรของแต่ละพื้นที่ ในวงเงินรวมนี้จะแบ่งแก่สถานพยาบาลตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรค ซึ่งเป็นระบบจ่ายเงินที่เน้นประสิทธิภาพโดยไม่บันทึกต้นทุนสุขภาพ แต่ต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่ทันสมัย
- (3) กลุ่มยา มีกลไกในการควบคุมการสั่งยาฟุ่มเฟือยหรือการสั่งยาด้อยกว่ามาตรฐาน โดย 1) การควบคุมราคายา และ 2) อนุญาตให้ผู้ให้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาได้ที่ร้านจำหน่ายยาที่ลงทะเบียนไว้ (เฉพาะผู้ป่วยนอก)

วิธีการจ่ายเงินตามแนวทางดังกล่าว มุ่งกระตุ้นให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care network) ซึ่งรวมทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยที่ตามสัญญาการจ่ายเงินในระบบใหม่ มีการกำหนดว่า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิตามพื้นที่บริการ (Catchment area) จะต้องมีความพร้อมที่จะให้บริการครบทั้ง 5 กลุ่ม (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, พ.ศ. 2544) ได้แก่ 1) กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป (กรณีผู้ป่วยนอก), 2) กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, 3) กลุ่มบริการทันตกรรม, 4) กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก, และ 5) กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว

การศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยการประชุมระดมความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนแออัดพบว่า ในทัศนะของประชาชนผู้ใช้บริการ การขาดแคลนงบประมาณสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการจัดและให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพราะถ้าไม่มีงบประมาณ จะทำให้มีปัญหาในเรื่องอุปกรณ์ ค่าเครื่องมือเครื่องใช้ ค่าพาหนะ และเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ประชาชนยังมองว่า ชุมชนไม่มีเงินพอที่จะจ้างบุคลากรสุขภาพมาประจำชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นชุมชนแออัด มีแต่คนที่มีรายได้น้อย ฐานะยากจน ทำให้การเรียกรายเงินทำได้ค่อนข้างยาก คนในชุมชนเคยชินกับการได้รับบริการฟรี จึงไม่อยากเสียเงินและไม่ค่อยอยากให้ความร่วมมือ ประชาชนบางส่วนต้องการให้รัฐลดค่าบริการลง โดยอาจไม่จำเป็นต้องให้บริการฟรี เช่น หากค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 500 บาท ให้ลดลงเป็น 200-300 บาท เพื่อช่วยเหลือประชาชน

ในมุมมองของประชาชน แหล่งที่มาของเงินส่วนใหญ่ในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมาจากงบประมาณของรัฐ อาจเป็นงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยแหล่งที่มาของเงินสนับสนุนอาจได้รับเพิ่มเติมจาก

1. การจัดตั้งกองทุนในชุมชน โดยรวบรวมจากการเก็บเงินคนในชุมชนคนละ 5 บาท/เดือน ค่าตอบแทนของอาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชนจัดหาเงินเพิ่มเติมด้วยการจัดงานต่างๆ เช่น การกีฬาเพื่อสุขภาพ โดยเงินจากกองทุนจะนำไปใช้เป็นการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนในชุมชน และอาจนำไปจ่ายเป็นค่ารถในกรณีฉุกเฉิน
2. เงินบริจาคของผู้ใช้บริการให้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขตามความสมัครใจ หลังการได้รับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยการหยอดเงินบริจาคลงกล่องที่ตั้งไว้
3. เงินบริจาคจากคนที่มั่งคั่งศรัทธาในชุมชน บริจาคเงินให้ชุมชนเป็นครั้งคราว

4. งบประมาณที่ได้จากนักการเมืองระดับท้องถิ่น ได้แก่ สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร สมาชิกเขต เพื่อสนับสนุนกองทุนยาให้ชุมชน จัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์

3.3.2 กำลังคน

กำลังคนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถเป็นบริการด่านแรกได้อย่างแท้จริง ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพจะต้องมีจำนวนเพียงพอ และกระจายอยู่ในพื้นที่บริการที่กำหนดอย่างทั่วถึงและครอบคลุม ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2542) แสดงให้เห็นว่า จำนวนบุคลากรในระดับวิชาชีพส่วนใหญ่ยังกระจายตัวหนาแน่นอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากกว่าในต่างจังหวัดและภาคอื่นๆ จำนวนและสัดส่วนของผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามสังกัด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามสังกัด

ประเภทบุคลากร	กระทรวงสาธารณสุข	อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	เทศบาล	องค์กรอิสระ	เอกชน	รวม	สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร
แพทย์	2,507	2,018	112	521	524	1,756	7,438	1:762
ทันตแพทย์	879	508	31	133	19	321	1,891	1:2,996
เภสัชกร	1,813	179	23	121	65	452	2,653	1:2,135
พยาบาลวิชาชีพ	2,809	6,147	185	2,686	1,767	4,949	18,543	1:306

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด และมีสัดส่วนต่อประชากรน้อยที่สุด แสดงถึงศักยภาพและความเป็นไปได้สูงที่พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถให้บริการได้ครอบคลุมพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพยังเป็นกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีทักษะและความสามารถในการให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยผสมผสานการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

การศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารส่วนหนึ่ง (ทั้งที่เป็นแพทย์และพยาบาล) ของศูนย์บริการสาธารณสุขพบว่า ผู้บริหารกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่า พยาบาลสามารถเป็น “ผู้จัดการ” ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ เพราะในปัจจุบันพยาบาลก็ได้ให้การ

ดูแลครอบคลุม 4 มิติอยู่แล้ว ทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แม้ว่าอาจมีข้อจำกัดในด้านการรักษา เช่น ไม่สามารถให้ยาปฏิชีวนะได้ ผู้บริหารกลุ่มนี้ยังเห็นด้วยกับการจัดและให้บริการปฐมภูมิโดยพยาบาลชุมชนหรือพยาบาลครอบครัว เพราะผู้รับบริการจะได้รับความสะดวกและพยาบาลก็รู้จักคนไข้ดี

นอกจากพยาบาลที่ทำงานอยู่ในสถานบริการภาครัฐแล้ว ยังมีความเป็นไปได้ที่พยาบาลที่ทำงานในสถานบริการของเอกชน หรือพยาบาลอิสระ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก จะเป็นกำลังสำคัญในการให้บริการการดูแลที่บ้าน (home care) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น

3.3.3 สถานบริการ

จากการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครพบว่า สถานบริการใกล้บ้านที่จะสามารถตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ควรมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ คือ

- (1) เป็นด่านแรกในการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
- (2) ให้บริการเชิงรุกเป็นหลัก เน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำ/คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบ มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (แกนนำสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถร่วมดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในชุมชน และการให้การดูแลแก่เด็ก/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้
- (3) เป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ มีการประสานงานที่ดีกับสถานบริการของรัฐและเอกชนทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ โดยในช่วงเวลาทำการ ผู้ป่วยทุกรายควรผ่านการตรวจคัดกรองของสถานบริการใกล้บ้านก่อนเสมอ ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินและนอกเวลาทำการ ผู้ใช้บริการอาจตรงไปรับบริการที่โรงพยาบาล/สถานบริการในระดับทุติยภูมิได้เลย ตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน
- (4) การดำเนินงานของสถานบริการใกล้บ้าน ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการชุมชน สถานบริการใกล้บ้านอาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชนก็ได้ ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนและรับบริการจากสถานบริการใกล้บ้านได้ตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากคุณลักษณะของสถานบริการใกล้บ้าน ประกอบกับมาตรฐานการจัดบริการตามสัญญาการจ่ายเงินในระบบใหม่ สถานบริการที่มีศักยภาพในการจัดและให้บริการปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานครตามโครงสร้างในปัจจุบัน ประกอบด้วย

3.3.3.1 สถานบริการของรัฐ

(1) ศูนย์บริการสาธารณสุข มีจำนวน 62 แห่ง สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย ให้บริการด้านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยโรคทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค บุคลากรประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ รวมประมาณ 20-50 คน ให้บริการทั้งภายใน และภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข

(2) ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา มีจำนวน 81 แห่ง มีหน้าที่เช่นเดียวกับศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ให้บริการได้ในเขตจำกัด บุคลากรประกอบด้วยเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข พยาบาลเทคนิคหรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาละ 1-2 คน

จะเห็นได้ว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขน่าจะเป็นสถานบริการใกล้บ้านที่สามารถให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนได้อย่างเป็นอย่างดี แต่การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครกลับพบว่า จำนวนของศูนย์บริการสาธารณสุขยังไม่เพียงพอกับความต้องการบริการของประชาชน ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชากรเพียงประมาณร้อยละ 20 อัตราเฉลี่ยของประชากรต่อศูนย์ฯ ประมาณ 86,671 คน อัตราส่วนนี้อาจสูงเป็นแสนในบางเขต (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2538) นอกจากนี้ ยังพบว่า ที่ตั้งของศูนย์บริการสาธารณสุขบางแห่งอยู่ไกลจากชุมชน ทำให้ประชาชนต้องเลือกซื้อยาจากร้านขายยา รับประทานเอง หรือไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลของรัฐที่การเดินทางไปมาสะดวกกว่า การเพิ่มจำนวนศูนย์บริการใกล้บ้านที่มีศักยภาพทั้งในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้บริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาขึ้นคือ การพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ที่มีอยู่จำนวนมากให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้บริหารในระดับนโยบายด้านสาธารณสุขต่อรูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้บริหารท่านนี้สนับสนุนรูปแบบที่พยาบาลเทคนิคทำงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา โดยมองว่าเป็นรูปแบบที่ดี ใช้งบประมาณและบุคลากรน้อย แต่สามารถให้การช่วยเหลือประชาชนได้อย่างชัดเจน จึงควรเลือกพยาบาลที่มีความสามารถไปอยู่ประจำ และเพิ่มพูนศักยภาพด้วยการสนับสนุนให้เรียนต่อเป็นพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาจะมีศักยภาพในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งอาจเป็นพยาบาลชุมชน พยาบาลครอบครัว หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ไปอยู่ประจำ

(3) โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากและขึ้นอยู่กับการจัดสรรหลายสังกัด เป็นสถานบริการที่สามารถให้บริการได้ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542 อาจจำแนกโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ตามจำนวนเตียงได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) โรงพยาบาลขนาดเล็ก (30-300 เตียง) มีจำนวน 20 แห่ง

2) โรงพยาบาลขนาดกลาง (301-600 เตียง) มีจำนวน 11 แห่ง

3) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มากกว่า 600 เตียง) มีจำนวน 11 แห่ง

3.3.3.2 สถานบริการของเอกชน

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการที่อยู่ในสถานบริการของเอกชน ได้แก่ ร้านขายยา คลินิก แพทย์ สถานบริการการแพทย์ และการดูแลทางเลือก สถานพยาบาลฟักฟั่น และอื่นๆ

(1) ร้านขายยา ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 4,319 แห่ง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข, 2540-2544) เป็นร้านขายยาทั้งที่มีเภสัชกรและไม่มีเภสัชกรประจำ จากการสัมภาษณ์เภสัชกรชุมชนที่ประจำร้านขายยาในกรุงเทพมหานครพบว่า ร้านขายยาเป็นสถานบริการที่มีศักยภาพสูงในการทำหน้าที่เป็นด่านแรก เนื่องจากลักษณะเด่นของร้านขายยา คือ มีจำนวนมาก ที่ตั้งส่วนใหญ่อยู่ในแหล่งชุมชน เช่น ตลาด ช่วงเวลาเปิดให้บริการกว้างกว่าสถานบริการอื่น (8.00-22.00น.) ประชาชนนิยมมาใช้บริการ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เพราะได้รับความสะดวกและรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องคุณภาพและขอบเขตของบริการที่ให้ระหว่างร้านขายยาที่มีเภสัชกรและไม่มีเภสัชกรประจำ ร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรอาจจ่ายยาโดยอาศัยประสบการณ์ แต่ร้านขายยาที่มีเภสัชกรจะมีความรู้หรือใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการจ่ายยา ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ที่มาร้านที่มีเภสัชกรจะได้รับการแก้ปัญหา ไม่มีการจ่ายยาชุดหรือจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างฟุ่มเฟือย มีการเขียนชื่อยาเป็นภาษาไทย (Generic name) และวันที่จ่ายยากำกับที่ชื่อยาทุกซอง

บริการที่ให้ในร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำตลอดเวลา ได้แก่ การจ่ายยารักษาโรคพื้นฐาน มีการซักประวัติ ประเมินอาการและวินิจฉัยโรคก่อนทุกราย แม้ว่าจะมีตัวอย่างยามาซื้อก็ตาม การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการจัดทำแฟ้มประวัติผู้ใช้บริการที่เป็นโรคเรื้อรังและมาซื้อยาประจำ บางครั้งมีการตรวจวัดความดันโลหิตหรือวัดอุณหภูมิให้ด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ พร้อมทั้งแจกเอกสารคู่มือคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ ยังมีการส่งต่อในรายที่มีอาการรุนแรง ส่วนใหญ่มักแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน

(2) คลินิกแพทย์ จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 2,310 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข, 2540) จากการสัมภาษณ์แพทย์ที่ประจำคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า บริการที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่ไม่รุนแรง เช่น โรคหวัด แพ้อากาศ ท้องเสีย และโรคกระเพาะ เวลาเปิดให้บริการเริ่มตั้งแต่ 9.00-18.00 น. มีการส่งต่อในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือมีอาการรุนแรง ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยจะแนะนำให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยเลือกเองว่าจะไปโรงพยาบาลไหน ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงหรือเคยมาใช้บริการของคลินิกเป็นประจำ ส่วนมากไม่เคยไปใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข

(3) สถานบริการการแพทย์/การดูแลทางเลือก ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการส่งต่อของเครือข่ายสุขภาพ และกิจกรรมการบริการของผู้ให้บริการวิชาชีพอื่น คณะผู้วิจัยได้เลือกสัมภาษณ์ผู้ให้บริการการแพทย์/การดูแลทางเลือก ที่ประชาชนนิยมไปใช้บริการ ได้แก่ แพทย์แผนโบราณ (อายุรเวท) แพทย์จีนผสมผสาน และครูฝึกโยคะ

- 1) สถานบริการแพทย์แผนโบราณ (อายุรเวท) จากการสัมภาษณ์แพทย์แผนโบราณที่ให้บริการในกรุงเทพมหานครพบว่า บริการที่ให้เป็นการตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์ มีการใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร และการนวดแผนโบราณ ผู้ที่ให้บริการจะผ่านการอบรมและมีวุฒิปัตรรับรองทุกคน มีการซักประวัติผู้ที่มารับการรักษา เพื่อแยกโรคก่อนว่าเป็นโรคที่จำเป็นต้องรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันก่อนหรือไม่ ถ้าจำเป็น ก็จะแนะนำคนไข้ให้ไปรับการรักษาแผนปัจจุบันก่อน หรือถ้ารักษาไปประมาณ 3-4 ครั้งแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ก็จะแนะนำให้ไปรักษาแผนปัจจุบันต่อ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 สามารถรักษาให้หายได้ การให้บริการยังอยู่ในขอบเขตจำกัด เฉพาะในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีฐานะดี มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ถ้าผู้ใช้บริการสามารถเบิกจ่ายได้เช่นเดียวกับระบบประกันสังคม จะมีคนมาเลือกใช้บริการมากขึ้น และจะเป็นโอกาสในการพัฒนาการบริการด้านนี้ต่อไป
- 2) สถานบริการการแพทย์จีนผสมผสาน จากการสัมภาษณ์แพทย์จีนกลุ่มหนึ่งที่ใช้บริการที่คลินิกพิเศษของโรงพยาบาลหัวเฉียวพบว่า ผู้ให้บริการเป็นแพทย์จีนที่มีความรู้ทั้งการแพทย์แผนโบราณและแผนปัจจุบัน บริการที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการตรวจรักษาโรคที่ซับซ้อนหลายโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่ได้ เช่น โรคมะเร็ง เอดส์ มีบุตรยาก ติดยาเสพติด และรักษาผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น โรคหวัด ภูมิแพ้ รักษาด้วยการฝังเข็ม ใช้ยาสมุนไพร และการนวดผ่อนคลาย มีการซักประวัติ ตรวจจับชีพจร ดูลิ้น และวินิจฉัยโรคตามทฤษฎีแบบจีน มุ่งเน้นการรักษาและปรับสมดุลของร่างกาย นอกจากให้การรักษาแล้ว ยังมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติตัว และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคด้วย ในขณะนี้ ไม่มีระบบการส่งต่อหรือการเชื่อมโยงกับสถานบริการอื่นที่ชัดเจน ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีฐานะดี มีกำลังในการซื้อบริการ
- 3) คลินิกโยคะ จากการสัมภาษณ์เจ้าของสถานบริการและครูฝึกสอนโยคะพบว่า บริการที่ให้ทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลและการฟื้นฟูสภาพ มุ่งเน้นการดูแลตนเองและการพึ่งตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งยา มีการสอนการบริหารร่างกาย การฝึกออกกำลังกายอย่างถูกต้อง การนวดเพื่อการผ่อนคลาย แบบแผนการรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการใช้ชีวิตที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ ยังมีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการฝึกอบรมโยคะอาจารย์ เพื่อให้ไปเป็นครูสอนผู้อื่นได้ ผู้ใช้บริการจะเป็นสมาชิกของคลินิกโยคะ มีทั้งผู้มีภาวะสุขภาพปกติ ผู้มีปัญหสุขภาพที่พบบ่อย เช่น เครียด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้บริการส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้มีฐานะดี เพราะค่าบริการค่อนข้างสูง

(4) คลินิกทันตแพทย์ จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่า มีคลินิกทันตแพทย์ชั้น 1 จำนวน 832 แห่ง และคลินิกทันตแพทย์ชั้น 2 อีก 152 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข, 2540)

(5) คลินิกพยาบาลผดุงครรภ์ จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2536 พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 17 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข, 2540)

(6) โรงพยาบาลเอกชน มีจำนวนทั้งหมด 140 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข, 2540-2544)

(7) สถานพยาบาลพักฟื้น สถานพยาบาลพักฟื้น จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการและพยาบาลที่ให้บริการในสถานพยาบาลพักฟื้นแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการของเอกชน ให้บริการโดยรับผู้ให้บริการเข้าอยู่ในสถานพักฟื้นตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นการดูแลตามอาการและการดูแลขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การให้อาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การช่วยเหลือการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า รวมทั้งให้การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และกายภาพบำบัดตามความเหมาะสม โดยจะอยู่ภายใต้การดูแลของทั้งแพทย์และพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง บริการที่ให้เป็นการอำนวยความสะดวกสบายทั่วไป การจัดนันทนาการ และการไปพักผ่อนนอกสถานที่

นอกจากบริการที่กล่าวข้างต้น ยังมีการจัดตั้งโรงเรียนเพื่อฝึกอบรมผู้ที่ จะให้การดูแลเด็กและผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ใช้บริการ ผู้ที่จะเข้ารับการฝึกอบรมจะต้องจบการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ระยะเวลาของการฝึกอบรมนาน 6 เดือน โรงเรียนจะเป็นผู้จัดหางานให้เมื่อจบหลักสูตรการฝึกอบรม การให้บริการดูแลที่บ้านนี้ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้มีฐานะดี เนื่องจากค่าบริการสูง ประมาณ 6,500-7,500 บาทต่อเดือน

3.3.4 เครือข่าย

การสร้างระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิและการส่งต่อ เป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีความเชื่อมโยงและผสมผสานกัน รวมทั้งเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเน้นการให้การดูแลปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสมและเป็นองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมของการให้บริการที่เป็นลักษณะเครือข่ายในระดับปฐมภูมิในต่างประเทศ Donaldson, Yordy, Lohr, and Venselon (1996) กล่าวถึงบทบาทและลักษณะการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพในการให้บริการที่จุดแรกพบว่า บุคลากรสุขภาพในวิชาชีพต่างๆ ที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ เช่น ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ และเภสัชกร จะให้บริการในจุดแรกพบ (First contact) โดยพบคนไข้โดยตรง ลักษณะของสัมพันธ์ภาพระหว่างวิชาชีพ หรือทีมวิชาชีพกับผู้ให้บริการเป็นแบบ 2 ทิศทาง บริการที่ให้ เช่น การตรวจรักษาฟัน การตรวจตา และบริการด้านยา โดยเน้นว่า คนไข้ทุกคนควรได้รับการด้านการป้องกันและรักษาโรคในช่องปากและฟัน รวมทั้งการคัดกรองปัญหาสุขภาพ และการส่งต่อไปรับบริการที่เหมาะสม ในขณะที่ให้บริการเรื่องฟัน ทันตแพทย์จะค้นหาปัญหาทางสุขภาพอื่นด้วย เช่น การคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง แล้วส่งต่อไปยังสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิต่อไป

ส่วนจักษุแพทย์จะดูแลตรวจตาคนไข้ เภสัชกรจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ขนาดของยา และปฏิกิริยาของยา หากมีปัญหาสุขภาพที่เกินขอบเขตความสามารถในการดูแล จะมีการส่งต่อระหว่างสถานบริการปฐมภูมิและคลินิกเหล่านี้ นอกจากกลุ่มวิชาชีพดังกล่าวแล้ว ยังมีนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนโบราณ และผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ ที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ที่สามารถทำงานร่วมกันโดยใช้การส่งต่อ หรือขอคำปรึกษาจากผู้ให้บริการในวิชาชีพอื่นได้

การศึกษาความเชื่อมโยงของบริการที่ให้ในระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในวิชาชีพต่างๆ เพื่อฟังความคิดเห็นต่อการบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ให้อย่างแยกเป็นส่วนๆ ไม่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ผู้ให้บริการบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะเห็นได้จากทัศนคติของผู้ให้บริการในวิชาชีพต่างๆ ต่อรูปแบบระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

แพทย์ที่ให้บริการในคลินิกเอกชนมองว่า ร้านขายยาจะเป็นด่านแรกจริงๆ เพราะคนไข้ส่วนใหญ่ก็ซื้อยากินเองอยู่แล้ว เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปหาแพทย์ คิดว่าไม่จำเป็นต้องมีศูนย์พยาบาลในชุมชน เพราะเป็นเขตใจกลางเมือง และงานพยาบาลครอบครัวก็เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังไม่คิดว่าจะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการด้วย เพราะไม่ต้องการพบกับความยุ่งยากที่จะตามมาเนื่องจากคนและระบบยังไม่พร้อม โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นตัวอย่างให้เห็นอย่างชัดเจนอยู่แล้ว **การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ควรมุ่งเน้นการเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้ว และให้ครอบคลุมประชากรให้มากที่สุดจะดีกว่า**

ในส่วนของ**แพทย์จีนผสมผสาน**นั้น ไม่เห็นความสำคัญของระบบการส่งต่อหรือการเชื่อมโยงกับบริการอื่น ส่วนใหญ่มักปล่อยให้เป็นการตัดสินใจของผู้ใช้บริการเองว่า ต้องการรับการรักษาต่อกับแพทย์จีนหรือไม่ หรือจะเปลี่ยนไปรับการรักษากับคนอื่น นอกจากนี้ ยังมองว่า การที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่ส่งผู้ป่วยมาให้ เพราะไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์จีนผสมผสาน อย่างไรก็ตาม พยาบาลที่

ทำงานร่วมกับแพทย์จีนให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ในทางปฏิบัติแล้ว มีการส่งต่อผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยที่เป็น วัณโรค ไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และในบางครั้ง ก็มีแพทย์แผนปัจจุบันขอให้แพทย์จีนไปช่วย ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยด้วยเหมือนกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยนัก

เภสัชกร ที่ให้บริการในร้านขายยาเห็นว่า ร้านขายยาเป็นหน่วยบริการที่สามารถช่วยในเรื่องของการดูแลและการป้องกันโรคได้ระดับหนึ่ง **แต่ระบบการส่งต่อที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังไม่เป็นระบบ ไม่มี ความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ** ในขณะนี้ การส่งต่อของเภสัชกรส่วนใหญ่ยังไม่เป็นทางการและไม่ เป็นที่ยอมรับนัก แม้ว่าจะมีการใช้ใบส่งตัวที่จัดทำขึ้นโดยสมาคมเภสัชกรชุมชน เพื่อส่งต่อประวัติและ ข้อมูลของผู้ใช้บริการไปให้แพทย์ที่รักษา เภสัชกรชุมชนมักจะต้องแนะนำผู้ให้บริการไปพบแพทย์ที่ตนรู้จัก เป็นการส่วนตัวเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังอาจกล่าวได้ว่า แทบจะไม่มี การติดต่อกันเลย ระหว่างร้านขายยาที่มีเภสัชกรกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ศูนย์บางแห่งอยู่ไกลจากร้านขายยา ทำให้ไม่สะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย

ในทัศนะของ**เภสัชกรชุมชน** ประเด็นเครือข่ายการให้บริการระดับปฐมภูมินั้นมีความเกี่ยวข้องกับ ขอบเขตของภารกิจและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของผู้ให้บริการในวิชาชีพต่างๆ ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีความพร้อมที่จะทำงานในพื้นที่ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการทำงานด้วยกัน หรือเป็นเครือข่ายกัน ต้องใช้เวลาในการวางระบบให้ดี โดยเฉพาะการกำหนดกรอบให้ชัดเจนในกลุ่มสหวิชาชีพว่า เภสัชกร สามารถทำอะไรได้บ้างในร้านขายยา และอะไรเป็นการทำเกินขอบเขตของวิชาชีพ ปัญหาที่พบอยู่ใน ปัจจุบัน คือ **เภสัชกรทำเกินกรอบวิชาชีพของตนเอง เช่นเดียวกับพยาบาล** แม้ว่าจะงานของเภสัชกร ชุมชนจะเกี่ยวข้องกับพยาบาลน้อยมาก แต่อยากให้มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) ซึ่งมีอยู่ เป็นจำนวนมากในชุมชน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องนอนอยู่กับเตียง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องการไปนอนที่ โรงพยาบาล ทั้งๆที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล มีบ่อยครั้งที่เภสัชกรเคยได้รับการขอร้องให้ไปดู คนไข้ที่บ้านหลายรายที่มีปัญหาเคลื่อนไหวไม่ได้ ท้องผูก หรือมีแผลกดทับ ซึ่งไม่ใช่งานของเภสัชกร แต่ เป็นงานของพยาบาล สำหรับการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรกับพยาบาลในชุมชนนั้น มีความเห็น ว่าไม่จำเป็นต้องทำงานอยู่ในสถานที่เดียวกัน แต่ควรมีการเชื่อมโยงกันในลักษณะของสหวิชาชีพ มีการส่งต่อ และเชื่อมโยงบริการ/ข้อมูลระหว่างกัน **หากระบบประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัย สนับสนุนที่สำคัญให้ทั้งพยาบาล เภสัชกร และแพทย์ได้ให้การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ ประชาชนตามบทบาทหน้าที่ของตน**

ผู้ให้บริการในคลินิกโยคะ มีความเห็นว่า การฝึกโยคะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องโภชนาการมาก จึงต้องการทำงานร่วมกับนักโภชนาการ โดยเฉพาะในเรื่องโภชนาบำบัด ในปัจจุบัน คลินิกโยคะไม่มีการ เชื่อมโยงกับสถานบริการอื่น แต่ถ้ามีพยาบาลทำงานในชุมชนในอนาคต คิดว่าจะร่วมมือกันได้ในการส่ง ต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยคลินิกโยคะอาจส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปให้พยาบาลช่วยติดตาม และดูแลต่อที่บ้าน และอาจช่วยจัดหาครูสอนออกกำลังกายให้กับชุมชน

นอกจากประเด็นปัญหาความไม่เชื่อมโยงกันของบริการที่ให้ในระดับปฐมภูมิแล้ว ผลการประชุมระดมความคิดเห็นของพยาบาลครอบครัวและหัวหน้าพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครยังพบว่า สถานบริการในระดับปฐมภูมิประสบปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการในระดับทุติยภูมิ ทำให้ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิตามบัตรสปร. และเข้าถึงบริการได้ตามความต้องการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขมีความเห็นว่า การแก้ไขปัญหการส่งต่อจากศูนย์บริการสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลและการใช้สิทธิตามบัตรสปร. ของประชาชน สามารถกระทำได้โดย

1. ควรใช้บัตรประชาชนแทนบัตรสปร. จะได้แก้ไขปัญหการทำบัตรผิดๆ ถูกๆ สามารถทำบัตรที่เขตได้เลย ทำให้ประหยัดเวลา ในการใช้บัตรสปร. ควรระบุศูนย์บริการสาธารณสุขเพียงแห่งเดียวก็พอ ไม่ต้องระบุโรงพยาบาล
2. ไม่ควรมีการแบ่งโซนโรงพยาบาลในการส่งต่อ ควรให้ประชาชนมีสิทธิเลือกกว่า ต้องการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลไหน โดยไม่มีข้อจำกัดว่า จะต้องเป็นโรงพยาบาลในสังกัด กรุงเทพมหานครเท่านั้น อาจเป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย หรือสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ โดยต้องมีการประสานงานกันระหว่างผู้บริหารระดับสูง
3. ควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน และควรมีศูนย์กลาง (Center) ในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ มีการประสานงานโดยตรงระหว่างต้นทางกับปลายทาง และควรมีการประชุมเกี่ยวกับปัญหการส่งต่อโดยบัตรสปร. ทุกเดือน
4. ควรมีการแก้ไขในเรื่องผู้มีอำนาจในการส่งต่อ ตามที่เคยปฏิบัติมา แพทย์เป็นผู้มีอำนาจในการส่งต่อเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นในระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ผู้มีอำนาจในการส่งต่อหน้าจะเป็นผู้ที่ให้การดูแลและสามารถตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นได้ว่า คนไข้ควรจะได้รับการส่งต่อไปที่ไหน อาจเป็นสถานบริการในระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิก็ได้

ข้อคิดเห็นในประเด็นการยกเลิกการแบ่งโซนโรงพยาบาลในการส่งต่อนี้ มีความสอดคล้องกับข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ที่เสนอให้แยกหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิไม่ให้เป็นการซ้ำซ้อนกัน ดังเช่นการจัดเครือข่ายในระบบประกันสังคมในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้มีทางเลือก (Choice) ให้กับประชาชน ที่จะไปใช้บริการในระดับทุติยภูมิได้ โดยไม่ขึ้นกับบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการสร้างสมดุลอำนาจการต่อรองระหว่างผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิ ไม่ให้เกิดการผูกขาดโดยผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิหรือผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิโดยเฉพาะ ในขณะที่เปิดโอกาสให้มีการพัฒนาเครือข่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิเพิ่มเติมขึ้นได้ในอนาคตโดยไม่ต้องผูกพันกับโรงพยาบาล

การจัดระบบเครือข่ายการบริการของหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ อาจจัดได้ 3 ลักษณะ โดยยึดพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ประชาชนในพื้นที่เขตนั่นๆ ลงทะเบียนหรือมีภูมิลำเนาอยู่ คือ

1. หน่วยบริการแห่งเดียวให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการ
2. เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ภายในพื้นที่บริการหลัก
3. เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ โดยมีเครือข่ายบริการทั้งภายในและภายนอกพื้นที่บริการหลัก แต่หน่วยคู่สัญญาหลักตั้งอยู่ภายในพื้นที่บริการหลัก

3.3.5 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ

เนื่องจากข้อมูลในเรื่องมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพในประเทศไทยมีอยู่จำกัด คณะผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการในต่างประเทศ Donaldson, Yordy, Lohr, and Venselon (1996: 46-49) กล่าวว่า ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิในทุกวิชาชีพ จำเป็นต้องมีความรับผิดชอบต่อคุณภาพและมาตรฐานของบริการที่ให้ โดยจะต้องคำนึงถึงค่านิยมและความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถอธิบายให้ผู้ใช้บริการเข้าใจถึงกระบวนการและผลที่คาดว่าจะได้รับจากบริการในระดับปฐมภูมิได้ กลไกหนึ่งในการควบคุมคุณภาพของการให้บริการคือ การกำหนดมาตรฐานในการให้ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การให้วุฒิปัต และ การต่อใบอนุญาตฯ โดยสภาวิชาชีพ นอกจากนี้ การบริการในระดับปฐมภูมิ ยังจะต้องพิจารณาถึงประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและการปรับปรุงคุณภาพของการบริการ ดังนี้

- (1) การใช้บริการที่ไม่จำเป็น หรือบริการที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ใช้บริการไม่ปลอดภัย หรือได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ยังทำให้สิ้นเปลืองเงินทองและทรัพยากร ซึ่งอาจนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อื่นได้มากกว่า
- (2) การใช้บริการที่จำเป็น มีประสิทธิผล และเหมาะสมในอัตราที่ต่ำ ประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ โดยควรประเมินว่า ผู้ใช้บริการได้รับบริการด้านการป้องกัน การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ผู้ใช้บริการชะลอการไปรับบริการหรือไม่ หรือได้รับคำแนะนำ/การส่งต่อที่เหมาะสมหรือไม่ ประชาชนอาจไม่สามารถแสวงหา หรือเข้าถึงบริการที่ตนต้องการได้ เนื่องจากต้องเผชิญกับอุปสรรคในด้านภูมิศาสตร์ การบริหารจัดการ วัฒนธรรม ทศนคติ และข้อจำกัดอื่นๆ ในเงื่อนไขของการจัดและให้บริการแบบ managed care ความพยายามที่จะจำกัดการเข้าถึงบริการบางอย่าง อาจส่งผลให้มีอัตราการใช้บริการที่ต่ำได้
- (3) ข้อจำกัดในด้านเทคนิคและสัมพันธภาพในการให้บริการ คุณภาพในด้านเทคนิคหมายถึงวิธีการของการให้บริการ เช่น ทักษะและความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาอย่างถูกต้อง ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นสิ่งที่สำคัญต่อ

คุณภาพของการบริการ บริการที่มีคุณภาพต่ำมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการสุขภาพขาดความรู้ความสามารถในสาขาวิชาชีพของตน นอกจากนี้ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการก็เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ ทักษะในการฟัง การตอบคำถาม การให้ข้อมูล การประเมินและนำเอาความต้องการของผู้ใช้บริการและครอบครัวมาประกอบการตัดสินใจในการให้บริการ ผู้ให้บริการปฐมภูมิจำเป็นต้องใช้ทักษะเหล่านี้ในบทบาทการเป็นผู้ประสานงาน สมาชิกของทีมสุขภาพ และการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น

การประเมินคุณภาพของการบริการ เป็นการประเมินการทำหน้าที่ของระบบ ครอบคลุมถึงการประเมินและปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และระบบการบริการที่ผสมผสานกันทั้งหมด ซึ่งมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินแผนการดูแลสุขภาพและกลุ่มประชากร โดยจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เป็นระบบเดียวกันและน่าเชื่อถือ รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การประเมินคุณภาพของการบริการ โดยอาศัยการทบทวนรายงานของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น มีความสำคัญลดลง

ในการประเมินคุณลักษณะที่สำคัญของการบริการในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ความต่อเนื่อง การประสานงาน ผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการบริการ หน่วยของการประเมินที่เหมาะสมที่สุดคือ ช่วงของการดูแล (Episode of care) ทั้งนี้กำหนดโดยผู้ให้บริการว่า เริ่มต้นและสิ้นสุดเมื่อใด ช่วงของการดูแลหมายถึง การดูแลทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ป่วยสำหรับความเจ็บป่วยในหนึ่งครั้ง เนื่องจากผู้ให้บริการเป็นคนกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของช่วงของการดูแล การใช้ช่วงของการดูแลในการประเมินคุณภาพของการบริการ จึงจำเป็นต้องอาศัยมุมมองของผู้ให้บริการในการตัดสินใจว่า ช่วงของการดูแลดังกล่าวนั้นเป็นการเยี่ยมดูแลเพียง 1-2 ครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี หรือตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินคุณภาพและผลลัพธ์ของการบริการ จะต้องสามารถกำหนดและประเมินช่วงของการดูแลได้ด้วย

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ แหล่งข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวในระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ รายงานผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ รายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ สามารถบอกถึงประสบการณ์ของผู้ป่วย ในการเข้าถึงบริการและการประสานงาน สัมพันธภาพและเทคนิคในการบริการ รวมถึงความเข้าใจต่อข้อมูล/ความรู้ต่างๆ และคำแนะนำในการมาตรวจตามนัด

ประสิทธิภาพของการบริการ ประสิทธิภาพของการบริการเกี่ยวข้องกับการจัดการและการให้บริการที่มุ่งลดความสูญเสียและค่าใช้จ่ายลง การให้บริการที่จำเป็นในอัตราที่ต่ำ หรือการให้บริการที่ไม่จำเป็นและไม่เหมาะสมในอัตราที่มากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและสูญเสียทรัพยากรต่างๆ ซึ่งได้แก่ เวลาของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เงินงบประมาณ และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยคนอื่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ เนื่องจากผลการตรวจครั้งแรกสูญหายหรือผิดพลาด เป็นตัวอย่างหนึ่งของการไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งในด้านคุณภาพของการบริการ การบริการในระดับปฐมภูมิที่ดี จำเป็นต้อง

ใช้ความพยายามในการจัดการบริการที่มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้บริการอื่นๆ ในด้านสุขภาพและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

รูปแบบการประเมินคุณภาพของระบบบริการ Donaldson, Yordy, Lohr, and Venselon (1996: 141) กล่าวถึงรูปแบบการประเมินคุณภาพของระบบบริการในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในประเด็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รูปแบบการประเมินอาจแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. รูปแบบที่เน้นบทบาทของรัฐบาล ในการให้ใบอนุญาตแก่ผู้ให้บริการสุขภาพและสถาบันที่เกี่ยวข้อง การประกันคุณภาพและความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพของโปรแกรมด้านสุขภาพ และการควบคุมดูแลสถานพยาบาลพักฟื้น
2. รูปแบบที่เน้นบทบาทของเอกชน ในการประเมินและให้การรับรองคุณภาพของสถานบริการหรือองค์กรที่จัดและให้บริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ
3. รูปแบบที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน น่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพของการบริการ คนที่จะใช้เกณฑ์เหล่านี้ อาจเป็นองค์กรภาครัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยที่ตัวแทนจากภาครัฐและเอกชนจะทำหน้าที่ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน

การศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข ต่อรูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลต้องการให้หน่วยงานทางวิชาชีพและสายบังคับบัญชา ได้แก่ สมาคมพยาบาล กองการพยาบาล และสภาวิชาชีพ ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยควรให้คำแนะนำและใช้รูปแบบการประเมินผลที่เป็นมาตรฐานยิ่งขึ้น

3.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน

Barnes et al (1997) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ นักบริหาร และประชาชนทั่วไป ในการให้บริการและการเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมมีได้ 3 ลักษณะ คือ 1) Medical approach เป็นลักษณะที่วิชาชีพแพทย์มุ่งเน้นการรักษาโรคและการควบคุมโรค 2) Health services approach เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมที่ระดมคนมามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการให้บริการสุขภาพ และ 3) Community development approach เป็นการมีส่วนร่วมที่ต้องการการมีส่วนร่วมอย่างมากในการตัดสินใจเพื่อปรับปรุงสุขภาพของคนในชุมชน สองวิธีแรกเป็นการมีส่วนร่วมที่สร้างจากระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติการ (top-down) ในขณะที่การมีส่วนร่วมวิธีที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมที่สร้างจากระดับปฏิบัติการสู่ระดับนโยบาย (bottom-up)

จากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร พบว่า ชุมชนอาจมีส่วนร่วมในการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิใน 3 ลักษณะคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน และ

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนในชุมชนที่มีความรู้ หรือได้รับการฝึกอบรมมา สามารถมีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเวลากลางคืน หรือในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้ ประชาชนยังอาจมีส่วนร่วมในการ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ โดยการจัดตั้งกองทุนสุขภาพในชุมชน ประชาชนยินดีที่จะมี ส่วนร่วมในการระดมเงินเป็นกองทุน แม้ว่าจะไม่มากนัก เนื่องจากประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้มี รายได้น้อย อาจเป็นเงินบริจาคตามกำลังความสามารถในการจ่ายของแต่ละคน หรือกำหนดให้จ่ายใน จำนวนเท่าๆ กัน ถ้ารัฐมีการจัดสรรเงินงบประมาณมาให้ ประชาชนก็อาจมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ได้ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการจัดและดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม ออกกำลังกาย

ผู้นำชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่เป็น แกนกลางในการร่วมมือแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน การติดต่อประสานงานระหว่างประชาชนกับสถาน บริการ เพื่อให้คนในชุมชนได้รับรู้ข่าวสารโดยทั่วถึงกัน เช่น การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคระบาด การตรวจ สุขภาพประจำเดือน นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือในการส่งเสริม สุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วย การจัดกลุ่มออกกำลังกายขึ้น ภายในชุมชน การขอใช้พื้นที่ของวัดหรือโรงเรียนเป็นสนามกีฬาสำหรับเยาวชน รวมทั้งให้ความร่วมมือกับ นักการเมืองหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกสภากรุงเทพฯ มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ในการจัดหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ให้บริการสุขภาพในชุมชน

บทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดและให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ ความร่วมมือกับผู้ให้บริการและผู้นำชุมชนในการวางแผนให้บริการสุขภาพในชุมชน การจ่ายยาสามัญ ประจำบ้านที่ศูนย์สุขภาพชุมชน การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่บ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการป้องกันโรค รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ การส่ง ต่อผู้ป่วยจากศูนย์สุขภาพชุมชนไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีบทบาทที่สำคัญใน การกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการทำบัตรสปร.และใช้บัตรนี้อย่างถูกต้อง รวมทั้งเป็นตัวแทน ของชุมชนในการสะท้อนปัญหาของการใช้บัตร สปร. และเสนอแนวทางแก้ไข

อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งต้องการให้มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพและ ขยายบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มากขึ้น เช่น การทำแผล การทำคลอดในรายฉุกเฉิน หรือการ ตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในเวลากลางคืน อาสาสมัครสาธารณสุขยินดีที่จะให้ความร่วมมือทำงาน เป็นผู้ช่วยในการดำเนินงานดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เช่น จัดเวรเข้าไปช่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ร่วมจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

3.5 รูปแบบและแนวคิดในการจัดและให้บริการระดับปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

แนวคิดหลักในการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครคือ บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดให้กับประชาชนทุกคน ในทุกภาวะของสุขภาพ ทั้งมีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต บริการที่ให้อาจมีลักษณะบูรณาการ ผสมผสาน และเป็นองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยสถานบริการใกล้บ้านทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้น เน้นบริการเชิงรุกเป็นหลัก เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการส่งต่อ สิ่งที่สำคัญคือ ต้องมีเครือข่ายของการบริการและการส่งต่อ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและครอบครัวดูแลตนเองได้

จากการประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อสะท้อนความคิดเห็นของพยาบาลครอบครัว และหัวหน้าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้มีการเสนอรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ที่น่าจะเหมาะสมกับชุมชนกรุงเทพมหานครได้หลายรูปแบบดังนี้

1. **รูปแบบพยาบาลครอบครัว (Family nurse)** เป็นบริการที่ให้นอกเวลาราชการพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการเองและประสานกับหน่วยงานของรัฐ โดยมีศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมพื้นที่ที่กำหนด เป็นบริการที่ให้โดยพยาบาลครอบครัวที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข แต่เน้นการให้บริการนอกเวลาราชการ สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนที่ไม่สามารถมาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในเวลาราชการได้ กิจกรรมที่ให้บริการ ได้แก่ การใส่ NG Tube การเช็ดตัว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมุ่งให้บริการแก่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นและต้องการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการเอง โดยพยาบาลครอบครัวจะหักรายได้ที่ได้จากค่าบริการร้อยละ 5 ให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2. **การจัดบริการเชิงธุรกิจในรูปแบบบริษัท** เพื่อการแข่งขันและพัฒนาคุณภาพ การบริการที่จัดให้เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ โดยให้การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการพยาบาล โดยคิดค่าบริการแบบ benefit package เช่น บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากการดูแลในเรื่องภาวะของโรค จะต้องมีการดูแลในเรื่องของอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ อัตราค่าบริการคิดค่าบริการแบบpackage หรือในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีสาย NG Tube การดูแลจะคิดค่าบริการสำหรับการใส่ NG Tube/feeding แต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังมี package อื่นๆ อีก เช่น Bed bath โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรคไต ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนนั้น การจัดบริการเป็น package จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกใช้บริการได้เหมาะสมกับโรคและภาวะสุขภาพของตน

3. **ศูนย์พยาบาลชุมชน (Community nursing center)** ใช้สถานที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ศูนย์พยาบาลชุมชน โดยพยาบาลชุมชน 1 คน รับผิดชอบครอบครัวจำนวนหนึ่ง ให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ กิจกรรมที่ให้ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านในตอนเช้า การตรวจครรภ์ การให้ภูมิคุ้มกันโดยการ

วัดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยต่างๆที่อยู่ในชุมชน และกิจกรรมอื่นๆ ในตอนบ่าย การคิดค่าบริการยึดหลักความเป็นธรรม โดยรัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งและผู้ป่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งในรัฐบาลปัจจุบันมีการใช้นโยบาย 30 บาท/ครั้งรักษาทุกโรคโดยเริ่มใช้สำหรับบริการที่ให้โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการบริหารจัดการของกรุงเทพมหานครก็อาจดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวได้หรืออาจคิดค่าบริการเป็นรายได้ของศูนย์พยาบาลชุมชน ตามจำนวนผู้รับบริการที่มาใช้บริการ โดยคิดค่าบริการและค่ายาแยกออกจากกันอย่างชัดเจน

ศูนย์พยาบาลชุมชน อาจเป็นศูนย์ที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ตั้งขึ้นตามความต้องการของชุมชน โดยดูแล 2 – 3 ชุมชน หรือศูนย์สุขภาพชุมชน 3 ศูนย์ต่อศูนย์พยาบาลชุมชน 1 ศูนย์ ให้บริการอย่างเป็นอิสระ โดยให้บุคลากรที่มีอยู่ในชุมชน มีการประสานงานระหว่างศูนย์พยาบาลชุมชนกับศูนย์บริการในระดับทุติยภูมิ และจะต้องให้การยอมรับการทำงานของศูนย์พยาบาลชุมชนในฐานะศูนย์บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นด้านแรกของการบริการด้านสุขภาพ โดยรับเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองจากศูนย์พยาบาลชุมชนแล้วเท่านั้น วิธีการนี้จะทำให้ประชาชนใช้บริการไปตามระบบ และเป็นการพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการให้บริการ ให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานโดยหมุนเวียนไปที่ศูนย์พยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง โดยมีกำหนดการนัดวัน เวลาและสถานที่สำหรับให้บริการไว้ว่าพยาบาลจะไปให้บริการสุขภาพที่ศูนย์พยาบาลชุมชนแห่งใดบ้างและจะมีบุคลากรอื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์มาให้บริการที่ศูนย์ตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ นอกจากนี้อาจมีการจัดหน่วยแพทย์ออกตรวจในชุมชนเต็มรูปแบบ เน้นให้แหล่งชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น การหมุนเวียนใช้รถที่มีในชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วย โดยคิดค่าตอบแทนครั้งละ 200 บาท เป็นต้นศูนย์พยาบาลชุมชนจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ เช่นด้านอายุรศาสตร์ สูติศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์ เป็นต้น ที่สามารถให้คำปรึกษาแก่พยาบาลได้ ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ มาให้บริการในช่วงเช้าที่ศูนย์พยาบาลชุมชน

จากการเสนอรูปแบบการจัดการและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 รูปแบบ ผู้วิจัยได้ศึกษาศูนย์พยาบาลในเชิงวรรณกรรม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ในการใช้ศูนย์พยาบาลชุมชนสนองความต้องการชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ศูนย์พยาบาลเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดและให้บริการปฐมภูมิในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงสุขภาพของชุมชน และการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลัก มีการทำงานร่วมกับชุมชนและบุคลากรอื่นที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งครอบคลุมโปรแกรมสาธารณสุข และเป้าหมายการแก้ปัญหาสำหรับประชาชนที่มีความต้องการพิเศษ สถานที่ตั้งของศูนย์พยาบาลมักอยู่ในที่ที่ประชาชนคุ้นเคยและเข้าถึงง่าย การมีศูนย์พยาบาลจะช่วยแก้ไขปัญาสุขภาพของประชาชนและลดค่าใช้จ่ายในการบริการ (Stanhope & Lancaster, 2000) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในศูนย์พยาบาลชุมชน คือมีตำแหน่งเป็นผู้จัดการศูนย์ เป็นคนที่รับผิดชอบเรื่องคนไข้และการปฏิบัติด้านวิชาชีพ และเป็นผู้ให้บริการคนแรก (Primary provider)

กับคนไข้ที่ศูนย์พยาบาลชุมชน (Hunt & Zurek, 1997) ศูนย์พยาบาลให้บริการทั้งที่บ้านและในชุมชน เน้นการบริการที่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะมุ่งที่สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ (Outreach) ผู้ด้อยโอกาส และการส่งเสริมให้ประชาชนมีภาวะปกติสุข

ชนิดของศูนย์ที่ให้บริการ (Types of center) อาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. **ศูนย์บริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ** (Comprehensive primary care center) เน้นให้การดูแลแก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้มีปัญหาทางกาย จิต พฤติกรรม เป็นการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและให้การสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุมถึงการให้สุศึกษา การคัดกรอง การให้ภูมิคุ้มกัน การเยี่ยมบ้าน การดูแลเด็ก การปกป้องผลประโยชน์ การพัฒนานโยบาย การประเมินผลโปรแกรม
2. **ศูนย์พยาบาลเฉพาะทาง** (Special care nursing center) หรือเรียกว่า ศูนย์สุขภาพดี (Wellness center) เน้นบริการที่จัดให้เฉพาะกลุ่ม เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและครอบครัว รูปแบบศูนย์นี้ยังมีน้อย และมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของ Comprehensive primary health care model บริการที่ให้คือ โปรแกรมสำหรับสตรีที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Continence program for women) บริการผดุงครรภ์สำหรับแม่วัยรุ่น ศูนย์ผู้สูงอายุ และ **ศูนย์สุขภาพดี** (Wellness center) เป็นส่วนประกอบของบริการปฐมภูมิในชุมชน ศูนย์นี้มุ่งที่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และการเชื่อมโยงกับพยาบาลชุมชน มีบริการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ผู้ใช้บริการของศูนย์นี้มีตั้งแต่คนชั้นกลางที่มีประกันสุขภาพกับคนที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพ อาจให้บริการตามกลุ่มอายุ เช่น ให้บริการเฉพาะกลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง

รูปแบบและการให้บริการที่เหมาะสมในกรุงเทพมหานคร

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากการศึกษา พบว่าการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรใช้ แนวคิดในการทำงานกับชุมชนและการพยาบาลครอบครัว จากรูปแบบดังกล่าว ศูนย์พยาบาลชุมชนและพยาบาลครอบครัว น่าจะเป็นรูปแบบของการจัดบริการที่เหมาะสมในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมปัจจุบัน ในการให้บริการระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการทำหน้าที่เป็น “ผู้จัดการ” ให้การดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (Catchment area) สถานที่ตั้งของศูนย์พยาบาลชุมชน อาจใช้ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาของกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการใกล้บ้านที่บริหารจัดการโดยพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว เน้นการให้บริการในเชิงรุก เพื่อพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ศูนย์พยาบาลชุมชนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการชุมชน (Community Governance) ซึ่งรับผิดชอบในกระบวนการตัดสินใจเรื่องการบริหาร การบริหาร และงบประมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ มาร่วมใช้บริการและร่วมดำเนินการเพื่อให้ศูนย์ยั่งยืน โดยจะทำงานร่วมกับเครือข่ายในระดับชุมชน ทั้งที่เป็นสถาบันการศึกษา องค์การของรัฐ เอกชน อาสาสมัคร และมูลนิธิต่างๆ เพื่อให้บริการในระดับปฐมนิเทศที่หลากหลาย เพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน บริการในระดับปฐมนิเทศที่มีคุณภาพและครอบคลุม นอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของระดับส่งต่อจากชุมชนกับศูนย์พยาบาลชุมชน และระบบบริการสุขภาพในที่สุด

องค์ประกอบของการจัดบริการที่สำคัญของศูนย์พยาบาลชุมชน ประกอบด้วย

1. **บริการขั้นพื้นฐาน** (Minimum Service Packages) มุ่งให้บริการแก่ประชาชนทุกคน ในทุกกลุ่มอายุ และทุกภาวะของสุขภาพ ดังนี้

1.1 **การส่งเสริมสุขภาพ** เป็นบริการที่ให้เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี และส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีนั้นให้ดียิ่งขึ้น มุ่งเน้นให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มมีสุขภาพดี รวมทั้งกลุ่มมารดาและทารก เด็ก และผู้สูงอายุ กิจกรรมการให้บริการประกอบด้วย

- 1.1.1 การตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ฯลฯ
- 1.1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ฯลฯ
- 1.1.3 การประเมินภาวะเสี่ยง เช่น การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ
- 1.1.4 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ ฯลฯ
- 1.1.5 การให้ข้อมูลและความรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยต่างๆ ฯลฯ
- 1.1.6 การให้คำปรึกษาและการสนับสนุน ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน ฯลฯ
- 1.1.7 การดูแลมารดาและทารก ได้แก่ การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ การดูแลมารดาและทารกในระยะหลังคลอด การวางแผนครอบครัว ฯลฯ

1.2 **การป้องกันโรค** เป็นบริการที่ให้แก่ประชาชนกลุ่มมีสุขภาพดี และกลุ่มเสี่ยง รวมถึงกลุ่มมารดาและทารก เด็ก และผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยหรือสิ่งคุกคามภาวะสุขภาพของประชาชน กิจกรรมการให้บริการประกอบด้วย

- 1.2.1 การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชนทุกวัย ได้แก่ กลุ่มเด็ก หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ฯลฯ
- 1.2.2 การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดภาวะเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายในคนไข้ที่มีไขมันในเลือดสูง เพื่อลดภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ฯลฯ

1.2.3 การเฝ้าระวังทางสุขภาพ เช่น การตรวจหามะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่อย่างน้อยปีละครั้งในหญิงที่มีประวัติในครอบครัว ฯลฯ

1.2.4 การให้ข้อมูล/ความรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในช่วงที่มีไข้เลือดออกกระบาด ฯลฯ

1.2.5 การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย ได้แก่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย การกำจัดขยะ การเตรียมอาหารอย่างถูกหลักอนามัย และความปลอดภัยในที่ทำงาน ฯลฯ

1.3 การรักษาเบื้องต้นและการส่งต่อ เป็นบริการการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้น ก่อนส่งต่อไปรับบริการที่เหมาะสมต่อไป มุ่งเน้นให้บริการแก่ประชาชนทุกวัยทั้งที่มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยเฉียบพลัน และเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการให้การรักษาโรคง่าย ๆ หรือโรคที่ไม่มีปัญหาซับซ้อน ตามขอบเขตที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงการปฐมพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการจากผู้ให้บริการอื่น ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ศูนย์พยาบาลชุมชนจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการติดต่อประสานงานกับผู้ให้บริการ หรือสถานบริการที่จะรับผู้ป่วย เพื่อให้การส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน การส่งต่อของศูนย์พยาบาลชุมชน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.3.1 การส่งต่อในแนวตั้ง ประกอบด้วยการส่งต่อผู้ป่วยจากศูนย์พยาบาลชุมชนไปยังสถานบริการในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชน และการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ กลับมายังศูนย์พยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้การส่งต่อในแนวตั้งนี้มีประสิทธิภาพ คือ บทบาทของพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยจะต้องเป็นที่ยอมรับ และการกำหนดโซนโรงพยาบาลที่จะรับการส่งต่อ ควรมีความยืดหยุ่นและไม่อยู่ห่างไกลมากเกินไป จนทำให้ประชาชนไม่สะดวกที่จะไปรับบริการ

1.3.2 การส่งต่อในแนวนอน เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากศูนย์พยาบาลชุมชนไปยังผู้ให้บริการ/สถานบริการอื่นในระดับปฐมภูมิ (คลินิกแพทย์, เกษตรกรที่ร้านขายยา) และการส่งต่อผู้ป่วยจากผู้ให้บริการ/สถานบริการปฐมภูมิอื่นมายังศูนย์พยาบาลชุมชน เช่น การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากร้านขายยารวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชน/บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เงื่อนไขสำคัญที่จะส่งเสริมให้มีการส่งต่อในแนวนอนมากขึ้นคือ การยอมรับและตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิด้วยกัน และหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินงบประมาณของรัฐ ที่กระตุ้นหรือกำหนดให้มีการจัดตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิขึ้น

1.4 การดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว (Long-term Care and Palliative Care) เป็นบริการการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ ที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวัยอื่นๆ ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มนี้สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระยะที่ปลอดภัย

และสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ กิจกรรมการให้บริการประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะและปัญหาของผู้ป่วย, 2) การให้การดูแล, 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การค้นหาการและการลดความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัด

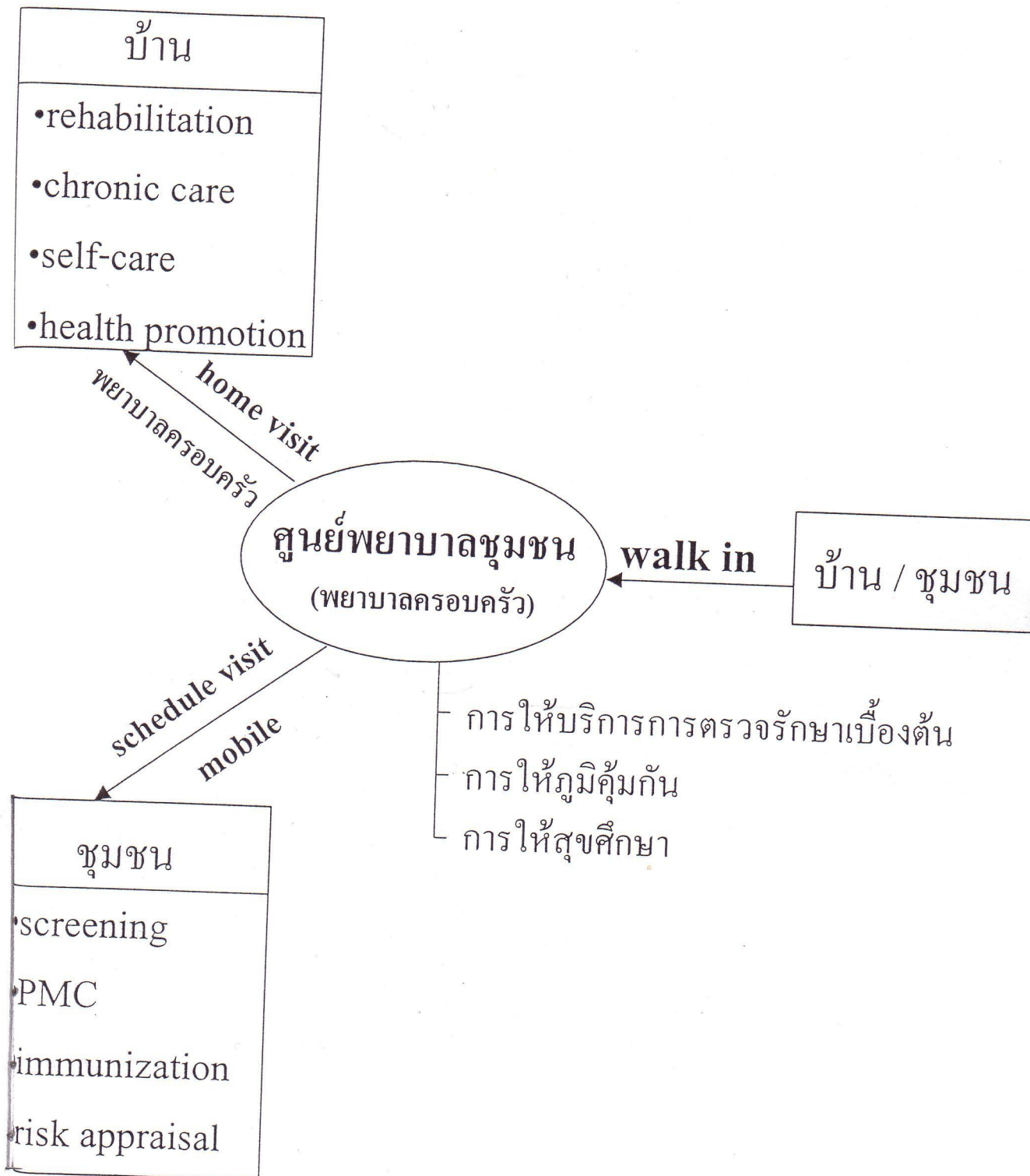
นอกจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ระดับหนึ่ง (Ambulatory care) แล้ว การดูแลฟื้นฟูระยะยาวยังครอบคลุมถึง **การดูแลที่บ้าน (Home Care)** ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัว ผู้ป่วยโรคเอดส์ มะเร็ง วัณโรค หรือผู้ป่วยที่เพิ่งกลับจากโรงพยาบาล ที่ไม่สามารถมารับบริการที่ศูนย์พยาบาลชุมชนได้ ในกรณีเช่นนี้ พยาบาลครอบครัวจะเป็นผู้ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือในเรื่องการประเมินภาวะและปัญหาของผู้ป่วย การให้การดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย หากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงในขณะที่อยู่ในความดูแล พยาบาลครอบครัวจะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการในระดับทุติยภูมิ หรือระดับตติยภูมิต่อไป

2. ความครอบคลุมของการให้บริการ (Coverage) การประมาณการโดยอาศัยสัดส่วนของพยาบาลครอบครัว 1 คนรับผิดชอบดูแล 200 ครอบครัว และอัตรากำลังของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์พยาบาลชุมชนจำนวน 5 คน คาดว่า ศูนย์พยาบาลชุมชน 1 แห่ง จะสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ประชากรในพื้นที่บริการได้ประมาณ 5,000 คน

จุดเริ่มของการเข้าถึงบริการ (Point of Entry) ประชาชนจะสามารถรับบริการจากศูนย์พยาบาลชุมชนได้ 2 ทาง คือ 1) ประชาชนไปรับบริการที่ศูนย์พยาบาลชุมชนโดยตรง และ 2) บุคลากรจากศูนย์พยาบาลชุมชนเข้าไปให้บริการในพื้นที่ของชุมชน โดยพยาบาลครอบครัวไปเยี่ยมบ้าน หรือให้บริการแก่กลุ่มประชากรในสถานที่ต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เด็กวัยเรียนในโรงเรียน เด็กก่อนวัยเรียนในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน คนงานในโรงงาน และกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ ยังมีการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในพื้นที่ที่ประชาชนบางกลุ่มอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการของศูนย์พยาบาลชุมชนได้ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง หรือความยากจน โดยจะจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เข้าไปเป็นระยะๆ (ดังรูปที่ 1)

รูปที่ 1: Point of entry

52



3. แนวทางในการดำเนินงาน

แนวทางในการดำเนินงาน ศูนย์พยาบาลชุมชนเป็นศูนย์ที่ดำเนินการและบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นครอบคลุม 4 มิติ โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

3.1 บุคลากร ผู้ให้บริการประกอบด้วย บุคลากรวิชาชีพที่ทำงานเป็นทีม มีพยาบาลวิชาชีพ 2-3 คน พยาบาลเทคนิค 2-3 คน และบุคลากรอื่น ส่วนบุคลากรที่มาร่วมทำงานเป็นครั้งคราวหรือมาเมื่อมีการปรึกษา เช่น แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์ทางเลือก เช่นการนวด การอบสมุนไพร และอื่นๆ นอกจากนี้อาจมีนักศึกษาและอาจารย์จากสถาบันการศึกษามาร่วมฝึกปฏิบัติงานหรือทำวิจัย

3.2 ระบบเอกสาร ควรมีการจัดเอกสารที่เป็นระบบเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานทางสถิติ เพื่อใช้ในการประเมินผล ควรมีระบบเอกสารในเรื่องข้อมูลของคนไข้ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลทางคลินิก รวมถึงการจัดการกับระบบฐานข้อมูล (Clinical data base management) ที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังและการให้บริการ ฯลฯ

3.3 การเชื่อมโยงเครือข่าย การให้บริการอยู่ในรูปเครือข่าย(Participation in network) ใช้การส่งต่อโดยอาศัยความร่วมมือ (Collaborative referral) ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์พยาบาลชุมชนอาจทำงานร่วมกับองค์กรรัฐ องค์กรเอกชน และอื่นๆ หรือเป็นการผสมผสานกันทั้งในศูนย์พยาบาลชุมชนและในชุมชน

3.4 ลักษณะการให้บริการ กำหนดเวลาการทำงานของศูนย์อาจจัดเป็น 2 ลักษณะ คือ ให้บริการในศูนย์พยาบาลชุมชนและในชุมชน ลักษณะจัดอาจให้บริการที่ศูนย์พยาบาลชุมชน 2 วัน และให้บริการในชุมชน 3 วันโดยขยายเวลาการให้บริการของศูนย์จนถึงช่วงเย็น หรือเป็นการบริการที่ศูนย์พยาบาลชุมชนทุกวันเฉพาะในช่วงเช้าและช่วงเย็น แต่เข้าไปให้บริการในชุมชนทุกวันในช่วงบ่าย โดยอาจมีพยาบาลครอบครัวไปให้การดูแลที่บ้านในตอนเย็นด้วย

4. งบประมาณและค่าใช้จ่าย งบประมาณที่ใช้ในศูนย์พยาบาลชุมชน อาจได้รับจากรัฐบาล กองทุนสุขภาพชุมชน การหารายได้จากค่าบริการ เงินตอบแทนจากระบบประกันสุขภาพ งบประมาณที่ได้มานี้จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในเรื่องเงินเดือนของบุคลากร อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ รวมทั้งค่าสาธารณูปโภค และค่าสิ่งก่อสร้าง ฯลฯ

5. การประเมินผล การประเมินประสิทธิภาพของการจัดและให้บริการปฐมภูมิของศูนย์พยาบาลชุมชน อาจทำได้หลายวิธี ได้แก่ 1) การประเมินคุณภาพของกิจกรรมการให้บริการโดยใช้เกณฑ์ชี้วัด (Quality indicator), 2) การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการรับบริการ (Pre-Post test), 3) การสัมภาษณ์กลุ่มประชาชน (focus group) ถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตและ

พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป, 4) ค่าใช้จ่ายและการใช้ทรัพยากร และ 5) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้บริการ (Participation rate)

3.6 บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ในการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยใช้รูปแบบของศูนย์พยาบาลชุมชนและพยาบาลครอบครัวนั้น พยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นผู้ให้บริการหลัก และเป็น “ผู้จัดการ” การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่สำคัญ บทบาทหน้าที่และภารกิจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์พยาบาลชุมชนอาจแบ่งเป็น 5 บทบาท ดังนี้

3.6.1 ผู้จัดการและประสานงาน (Managed care coordinator) พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้จัดการและผู้ประสานงานการให้บริการของศูนย์พยาบาลชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการชุมชน พยาบาลหัวหน้าศูนย์เป็นผู้บริหารจัดการด้านกำลังคน สถานที่ งบประมาณ ค่าบริการและอื่นๆ โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารศูนย์ เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้น พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานระหว่างศูนย์พยาบาลชุมชนกับสถานบริการในระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ เพื่อการส่งต่อตามระบบเครือข่ายสถานพยาบาลคู่สัญญา และประสานงานกับสถานบริการอื่นในระดับปฐมภูมิด้วยกัน เช่น ร้านขายยา คลินิกแพทย์ และสถานบริการการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งประสานงานกับมูลนิธิหรือองค์กรเอกชนต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ระบบการบริการสุขภาพมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน

3.6.2 ผู้ให้บริการ (Health care provider) พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลและบริการครอบคลุม 4 มิติ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกวัย และทุกภาวะของสุขภาพ ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ

- (1) ประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยสามารถคัดกรองกลุ่มคนที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้พิการ เพื่อจัดและให้การบริการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- (2) ให้การดูแล ส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันฯ ในเด็กวัยต่างๆ
- (3) ให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด
- (4) ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย

- (1) ให้ภูมิคุ้มกันโรคตามอายุ
- (2) เฝ้าระวังทางสุขภาพ และภาวะโภชนาการ
- (3) ป้องกันอุบัติเหตุและลดภาวะเสี่ยง

(4) การป้องกันโรค การเฝ้าระวัง การสืบสวนและควบคุมโรค

การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อ

(1) ประเมิน วินิจฉัย และให้การรักษเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการหรือโรคตามที่กฎหมายกำหนด

(2) ให้การปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน

(3) ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(1) ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

(2) ให้การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน

(3) ส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติ

(4) แนะนำแหล่งประโยชน์

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

(1) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(2) ดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนคาต่างๆ เช่น สายให้อาหาร สายปัสสาวะ เป็นต้น

(3) สอนญาติในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

(4) ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยแก่ญาติ

1) ผู้ให้ความรู้ (Educator) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ข้อมูลแก่ประชาชน ทั้งในระดับบุคคล

กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้วิธีการและโอกาสต่างในการให้ความรู้ที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพดีถ้วนหน้า ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และสิทธิของประชาชนที่เกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนั้น พยาบาลยังมีบทบาทในการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับอาสาสมัครในชุมชนเป็นระยะ เพื่อพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

2) ที่ปรึกษา (Consultant) บทบาทเป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคล

ครอบครัว และชุมชน เป็นที่พึ่งเมื่อต้องการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ศูนย์พยาบาลชุมชนจะรับส่งต่อผู้ป่วยจากศูนย์สุขภาพ และพยาบาลมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง รับฟังปัญหาและหาทางแก้ไข

3) ผู้นำ (Leader) บทบาทเป็นผู้นำ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์พยาบาลชุมชนต้องเป็นที่ ยอมรับของชุมชน การทำงานต้องเข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง มีความรักในงาน มีทักษะการติดต่อสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ประสานงานได้ดีทั้งภายในภายนอกหน่วยงาน มีความรู้

รอบ มีการพัฒนางาน สามารถใช้ผลงานวิจัยแล้เทคโนโลยีต่างๆ เพื่อวางแผนและบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและให้ผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ ในการศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ในประเด็นบทบาทของ พยาบาล ประชาชนผู้ใช้บริการมีความคิดเห็นว่า พยาบาลควรสามารถตัดสินใจให้บริการในขอบเขตของ งานพยาบาลได้อย่างเป็นอิสระ โดยไม่ต้องคอยรับคำสั่งจากแพทย์ เช่น การให้ยาแก้ปวด เป็นต้น ในทัศนะ ของประชาชน บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลในการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ คือ

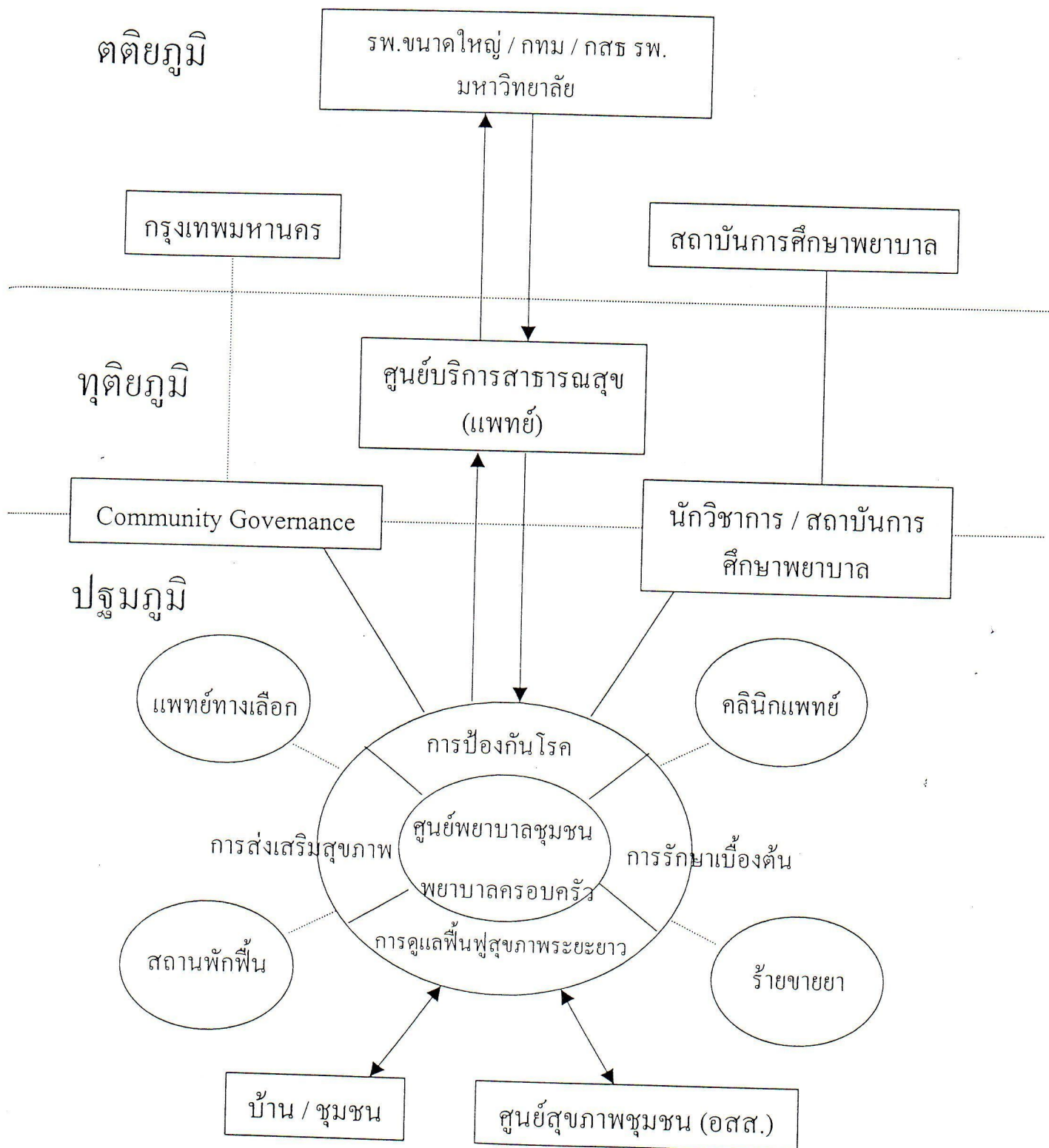
1. การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ คำแนะนำและความรู้ต่างๆ ในระหว่างการตรวจเยี่ยมชุมชน สัปดาห์ละครั้ง หรือเดือนละ 2-3 ครั้ง เน้นการเป็นพี่เลี้ยงในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองในเรื่องการทำแผล หรือการ ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีไข้ หรือเมื่อเกิดโรคระบาด โภชนาการเพื่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว
2. การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนาให้มีศักยภาพมากขึ้น สามารถให้การ ช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีเร่งด่วนได้ เช่น การเย็บแผล การทำคลอด รวมทั้งการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถตัดสินใจได้ในการส่งต่อ โดยควรอนุญาตให้อาสาสมัคร สาธารณสุขนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ในเวลากลางคืนหรือในกรณีฉุกเฉิน

ในมุมมองที่แตกต่างจากความคาดหวังของผู้ใช้บริการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการ สาธารณสุขมองว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ต้อง ครอบคลุมบริการทั้ง 4 มิติ คือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษา การ ให้คำปรึกษาทั้งปัญหาสุขภาพกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งการจัดนิทรรศการ เพื่อ โน้มน้าวให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และการบริการสุขภาพใน ระดับปฐมภูมิ (primary care)
- 2) การป้องกันโรค โดยการดูแลชุมชน เริ่มตั้งแต่การสำรวจชุมชน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หา ปัญหาของชุมชน ลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา ในขณะที่ชุมชนไม่มีปัญหา จะ ดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคทั้งโรคที่ติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง และโรคที่ไม่ ติดต่อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กโดยการ ติดตามชั่งน้ำหนัก
- 3) การฟื้นฟูสุขภาพ โดยการจัดกลุ่มคนที่มีปัญหาเรื่องอัมพาต อัมพฤกษ์ในชุมชน ซึ่งมีจำนวน เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ทำกายภาพบำบัดให้คนไข้ และสอนให้ผู้ดูแลทำเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
- 4) การรักษาโรค ให้บริการทั้งในและนอกศูนย์พยาบาลชุมชน การรักษาโรคง่ายๆ อาจทำใน ชุมชนเป็นครั้งคราว เช่น พบคนไข้ท้องเสีย มีไข้ ก็สามารถให้ยาและเตรียม ORS ให้

นอกจากนี้ พยาบาลยังเป็นผู้นำในกิจกรรมต่างๆ การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น การประสานงานกับเครือข่ายทั้งใน/นอกศูนย์พยาบาลชุมชน เป็นผู้ให้ความรู้แก่พยาบาลครอบครัว พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่อื่น รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา หรือเป็นหลักให้ผู้ได้บังคับบัญชา ร่วมรับทราบ ปัญหาและหาทางแก้ไขเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชารู้สึกอบอุ่น (ดังรูปที่ 2)

รูปที่ 2 : รูปแบบการจัดการและให้บริการระดับปฐมภูมิในกรุงเทพฯ



ส่วนที่ 4: สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ นำไปสู่การขับเคลื่อนทางสังคมที่ต้องการการปรับเปลี่ยนการจัดระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบบริการสำคัญด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และมีสิทธิอันชอบธรรมในการได้รับบริการ กรุงเทพมหานครได้นำนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานสาธารณสุขในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2540-2544) โดยยึดหลักการให้บริการแบบองค์รวม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเท่าเทียมกัน มุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุก โดยยึดแนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจและตรวจสอบคุณภาพบริการมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้ มุ่งเน้นถึงการหาโอกาสและแนวทางในการปรับปรุงการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าว โดยเฉพาะในส่วนของบทบาทพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด และมีส่วนสำคัญยิ่งในการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิและการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องสถานการณ์การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครประสบปัญหาสุขภาพอนามัยจากสภาวะความเป็นอยู่ที่แออัด มลภาวะของสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลงและรุนแรงมากขึ้น จากรายงานสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของประชาชนกรุงเทพมหานคร คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหารและช่องปาก โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม นอกจากนี้ ประชาชนส่วนใหญ่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่รีบเร่ง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการสูบบุหรี่ รวมทั้งปัญหาความเครียด ก่อให้เกิดปัญหาการติดยาเสพติด และสุขภาพจิตตามมา ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่า กรุงเทพมหานครมีสถานบริการสาธารณสุขจำนวนมากเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ คือ มีศูนย์บริการสาธารณสุขรวม 62 แห่ง และศูนย์บริการสาขาสารณสุขสาขา 81 แห่ง นอกจากนั้นยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 10,000 คน ซึ่งให้การดูแลรอบครัว 30-50 ครอบครัว ต่ออาสาสมัครฯ 1 คน นอกจากนี้ กรุงเทพมหานครมีนโยบายให้หลักประกันสุขภาพโดยให้ประชาชนทำบัตรประกันสุขภาพ และบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้มีรายได้น้อย เด็ก และผู้สูงอายุ แต่จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ

ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ.2539 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชนไม่มีหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 42.8 รูปแบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครมีทั้งบริการจากหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานของเอกชน เป็นบริการในเชิงรับและเชิงรุกครอบคลุมการบริการพยาบาลทั้ง 4 มิติคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตาม บริการในเชิงรุกยังต้องการการพัฒนาให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อให้ดีขึ้น เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการสุขภาพยังขาดการประสานงานที่ีระหว่างเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่ยอมรับผู้ป่วยที่ไม่ผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขแม้แต่ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ซึ่งเป็นความจำกัดอย่างหนึ่งของการให้บริการ

ส่วนที่ 2 จากการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนใน

กรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของประชาชนเป็นความต้องการตามสภาวะสุขภาพ เมื่อเกิดความไม่สุขสบายหรือมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ประชาชนส่วนใหญ่จะพึ่งตนเองโดยการซื้อยารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการขึ้นต้นก่อนหรือปล่อยให้หายเอง ต่อเมื่อเจ็บป่วยมากจึงไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ประเด็นที่สำคัญคือ ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลเห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มักให้ความสำคัญต่อการทำมาหากินมากกว่าภาวะสุขภาพ ซึ่งสืบเนื่องมาจากความจำเป็นด้านเศรษฐกิจและขาดการสนับสนุนเรื่องสถานที่ อุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในด้านคุณภาพของการบริการส่วนใหญ่เข้าใจว่ายาที่ได้รับจากศูนย์บริการสาธารณสุขมีคุณภาพน้อยกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล จึงนิยมไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2538) พบว่าประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานครใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขค่อนข้างต่ำเฉลี่ย 0.3 ครั้งต่อคนต่อปีและมีจำนวนผู้ใช้บริการเฉลี่ยประมาณ 60 คนต่อวัน และการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (2539) พบว่าประชาชนนิยมซื้อยาจากร้านขายยาร้อยละ 89 และใช้บริการของเอกชนเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 46 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงเห็นว่าศูนย์บริการสาธารณสุขยังมีความจำเป็น โดยเฉพาะสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยและเมื่อเจ็บป่วยไม่มาก เพราะเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้านและราคาไม่แพง รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชน และให้บริการด้านแรกได้ดีพอควร

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และรัฐต้องปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และประชาชนเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันและมีความเป็นธรรม แนวคิดของการจัดบริการสุขภาพระดับต้นได้รับการยอมรับว่าเป็นบริการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนเพราะมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักพึ่งตนเอง และตระหนักถึงความเหมาะสมในการใช้บริการสุขภาพ การสร้างดุลยภาพให้เกิดความเหมาะสมทั้งในตัวประชาชนให้มีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการกำหนดความ

ชัดเจนของสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและการส่งต่อไปยังระดับที่สูงกว่า และที่สำคัญคือประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทุกระดับได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้การที่จะกำหนดความชัดเจนได้ดังกล่าว ต้องอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครในภาพรวมมาเป็นแนวทางในการกำหนดความชัดเจนของการจัดบริการสุขภาพต่อไป

ส่วนที่ 3 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร จากการทำกลุ่มสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ให้บริการที่เป็นเครือข่ายการบริการสุขภาพ พบว่า รูปแบบบริการที่สามารถจัดได้อาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ เป็นบริการที่ใช้สถานที่และบุคลากรเดิมที่มีอยู่ หรือเป็นบริการที่จัดขึ้นใหม่ซึ่งทำงานประสานกับบริการเดิมที่มีอยู่ อย่างไรก็ตาม ในความคิดเห็นของพยาบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้จัดการในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ เพราะปัจจุบันพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว และพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด และมีสัดส่วนต่อประชากรน้อยที่สุด แสดงถึงศักยภาพและความเป็นไปได้ที่พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร และเสนอรูปแบบบริการที่มีความเป็นไปได้ในลักษณะของการจัดตั้ง “ศูนย์พยาบาล” โดยเน้นระบบบริการในลักษณะ **พยาบาลครอบครัว** เพื่อให้บริการที่เข้าถึงประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ที่ตั้งศูนย์พยาบาลชุมชนอาจเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข หรือศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา มีการบริหารจัดการศูนย์พยาบาลชุมชนโดยพยาบาลวิชาชีพ มีการครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนโดยพยาบาล มีการเชื่อมโยงการให้บริการกับเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพในระดับปฐมภูมิและประสานระบบการส่งต่อและรับกลับพื้นที่กับบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการให้บริการเชิงรุก เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการชุมชน สำหรับงบประมาณในการบริหารจัดการอาจจัดเป็น 2 ลักษณะคือ การจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลสู่พื้นที่โดยคำนวณตามจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และอีกลักษณะหนึ่งคือ การจัดโดยชุมชนบริจาคเงินตั้งเป็นกองทุนของชุมชน เพื่อให้การบริหารการเงินการคลังด้านการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุป องค์ประกอบของศูนย์พยาบาลชุมชน ควรมีดังนี้

1. บริการพื้นฐานให้กับทุกคน ทุกกลุ่มอายุและทุกภาวะสุขภาพในชุมชน ดังนี้
 - 1.1 การส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงภาวะสุขภาพดี และส่งเสริมภาวะสุขภาพดีนั้นให้ดียิ่งขึ้น
 - 1.2 การป้องกันโรคให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยง หรือสิ่งคุกคามภาวะสุขภาพ
 - 1.3 การรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อ เป็นการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาโรคเบื้องต้น

ตามขอบเขตที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ เป็นการดูแลทั้งในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยหนัก และเรื้อรัง หากเกินความสามารถในการดูแล จะมีการส่งต่อไปรับบริการที่เหมาะสมต่อไป

1.4 การดูแลฟื้นฟูสภาพระยะยาว เป็นบริการที่ให้กับผู้ป่วยเรื้อรัง ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพรวมทั้งการดูแลที่บ้านในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จะให้การดูแลประคับประคองจนถึงภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

2. การควบคุมการบริการ โดยให้พยาบาลครอบครัว 1 คนดูแล 200 ครอบครัว หรือศูนย์พยาบาลชุมชน 1 ศูนย์ให้บริการพื้นฐานครอบคลุมประชาชนประมาณ 5,000 คน จุดเริ่มต้นของการเข้ารับบริการเป็นไปได้ 2 ทางคือ ประชาชนไปรับบริการที่ศูนย์พยาบาลโดยตรง และบุคลากรจากศูนย์พยาบาลชุมชนเข้าไปชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน หรือเข้าเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายโดยการนัดหมายเป็นครั้งคราว รวมทั้งจัดหน่วยเคลื่อนที่เข้าชุมชนที่ไม่สามารถออกมาใช้บริการจากศูนย์พยาบาลชุมชนได้

3. แนวทางในการดำเนินงาน บุคลากรในศูนย์พยาบาลชุมชนจะทำงานในรูปสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ บุคลากรประจำคือพยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลครอบครัว) พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่นๆ ส่วนบุคลากรอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์และอื่นๆ อาจมาให้บริการเป็นครั้งคราวโดยการนัดหมาย โดยการศึกษา หรือในรูปเครือข่าย โดยอาศัยความร่วมมือ การทำงานของพยาบาลอาจแบ่งเป็นทำงานในศูนย์พยาบาลชุมชน และทำงานให้บริการในชุมชน เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ

4. งบประมาณและค่าใช้จ่าย ใช้งบประมาณจากรัฐบาล กองทุนสุขภาพชุมชน การหารายได้จากค่าบริการ เงินตอบแทนระบบบริการสุขภาพ

5. การประเมินผล ในทางปฏิบัติการประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการทำได้หลายทาง คือ

5.1 คุณภาพของกิจกรรมให้บริการโดยเกณฑ์ชี้วัด

5.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

5.3 การติดตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป

5.4 จำนวนค่าใช้จ่ายและการใช้ทรัพยากร

5.5 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้บริการต่างๆ

ในขณะที่ศูนย์พยาบาลมีศักยภาพในการที่จะให้บริการระดับปฐมภูมิ พบว่ายังมีประเด็นที่ผู้บริหารในระบบบริการสุขภาพต้องคำนึงถึงอีกหลายประการ เช่น การเตรียมบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็น การจัดระบบการให้บริการและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมมาตรฐานที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ การจัด minimum package ที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ การส่งเสริมการให้บริการนอกระบบ เช่น พยาบาลอิสระ (Freelance) เพื่อขยายขีดความสามารถของระบบบริการพยาบาลในการรองรับความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานครในอนาคต

นอกจากนี้สถานศึกษาจะต้องมีการเตรียมการในการรองรับระบบบริการดังกล่าวและเตรียมบุคลากรให้สามารถทำงานในระบบบริการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการรองรับจากสภาวิชาชีพอย่างชัดเจน ทั้งในด้านกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์พยาบาล และการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ชัดเจน

นอกจากนี้ การนำรูปแบบศูนย์พยาบาลมาใช้ในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกับระหว่างเครือข่ายสหวิชาชีพ สิ่งที่ทำทนายสำหรับรูปแบบดังกล่าวคือ ทำอย่างไรที่จะทำให้เครือข่ายสหวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด และสิ่งใดที่จะเอื้อให้พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดรูปแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนนั้นไม่ได้อาศัยแค่เพียงการขับเคลื่อนของพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องการสนับสนุนและการขับเคลื่อนของสหวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งการปฏิรูประบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะเกิดขึ้นและเป็นไปได้ในประเทศไทยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างดังที่คณะผู้วิจัยได้กล่าวถึงไปแล้วในช่วงต้นไม่ว่าจะเป็นไปในด้านของขอบเขตการให้บริการ ผู้ให้บริการ กลไกและการบริหารจัดการ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการศึกษารูปแบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่จะเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นสิ่งผลักดันให้เกิดระบบบริการขึ้นได้นั้นยังต้องอาศัยการสนับสนุนในอีก 3 ระดับ กล่าวคือ ในระดับนโยบาย ในระดับปฏิบัติในระยะการเปลี่ยนผ่าน และในระดับปฏิบัติในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้รูปแบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

1. ในระดับนโยบาย

รัฐต้องมีนโยบายที่เป็นระบบ มีความสมบูรณ์และชัดเจนเพียงพอในการจัดบริการโดยครอบคลุมลักษณะและระบบการให้บริการที่พึงประสงค์เพื่อเป็นแนวในการจัดบริการที่สนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้เกิดการทำงานที่เป็นระบบ ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ความเสมอภาค และเป็นธรรม นอกจากนั้น นโยบายของรัฐควรจะต้องมีการสร้างกลไกของระบบการเงินที่ชัดเจนและเป็นธรรม รวมทั้งสรรงงบประมาณสุพื้นที่เพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงาน และสร้างแรงจูงใจให้เกิดความนิยมต่อการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ อันจะนำไปสู่ความมั่นคงในระยะยาวต่อระบบการให้บริการในระดับปฐมภูมิ (Sustainable System)

ในด้านบุคลากรหรือผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ รัฐควรจะมีนโยบายและงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้บริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ รวมทั้งสนับสนุน

ให้มีการประกอบวิชาชีพโดยอิสระ (Freelance) ภายใต้มาตรฐานที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ เพื่อเป็นการกระจายบุคลากรลงไปสู่การดูแลที่บ้าน (Home care) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน นอกจากนี้รัฐควรมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของพยาบาลเพื่อเป็นหลักประกันในการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและเป็นอิสระจากวิชาชีพอื่นอันจะทำให้วิชาชีพพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลหรือให้บริการได้อย่างเต็มรูปแบบและเต็มศักยภาพที่มีอยู่ นอกจากนี้รัฐควรมีมาตรการในการประเมินและควบคุมคุณภาพการบริการ เพื่อให้การให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานและมีคุณภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานในการบริการ

2. ในระดับปฏิบัติในระหว่างการเปลี่ยนผ่าน

ระยะการเปลี่ยนผ่านเป็นระยะเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเกิดรูปแบบการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับจะต้องมีความร่วมมือ ระดมสมองและกำลังใจการปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพและเร่งสร้างความเข้าใจกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยปรับทัศนคติของการดูแลสุขภาพในระบบใหม่เรื่องการดูแลสุขภาพว่า ทุกคนต้องมีความรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง การให้บริการสุขภาพเป็นการให้บริการแบบองค์รวมคือ ผู้รับบริการต้องมีสุขภาพะทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ การสื่อสารนโยบายกับผู้ปฏิบัติและระบบการติดตามดำเนินงานก็มีผลต่อความสำเร็จของการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีการเปลี่ยนแนวคิดและรวมทั้งต้องมีการเปลี่ยนแนวการให้บริการเป็นแบบเชิงรุก เน้นการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ชุมชน ลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงต่างๆที่เกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

นอกจากนี้ควรจะให้มีการกำหนดบริการขั้นพื้นฐานของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ชัดเจน และครอบคลุมตามความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชน และแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ เช่น การให้บริการการรักษาพยาบาล คัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลผู้รับบริการเบื้องต้นก่อนส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ส่วนการกำหนดจุดรับบริการ(Point of Entry) ควรมีการกำหนดให้ชัดเจน ทั้งในการให้บริการแบบเชิงรุกและเชิงรับ ระบบการบริหารจัดการยา ควรมีการพัฒนา ระบบการบริหารจัดการยาที่ใช้ในศูนย์ฯ และโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อสร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นในการรับบริการและมีระบบร่วมกัน จัดจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาจรับยาที่สถานบริการหรือที่ร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนมาตรฐานไว้ ในส่วนของระบบบริการควรมีการพัฒนาบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น รวมทั้งมีการเน้นสถานบริการใกล้บ้าน มีจำนวนเพียงพอและกระจายอยู่อย่างเหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่ ตลอดจนการขยายเวลาบริการให้สอดคล้องตามความต้องการของชุมชน สำหรับกรุงเทพมหานคร ประชาชนในชุมชนนิยมซื้อยาจากร้านขายยาที่ได้มาตรฐานเป็นเครือข่ายการให้บริการที่ประสานการให้บริการกับศูนย์พยาบาลชุมชน ปรับปรุงการให้

หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนให้ทั่วถึง มีสิทธิในการรับบริการได้ในระดับปฐมภูมิ การส่งต่อควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพทั้งในแนวราบและแนวนอน โดยในระดับปฐมภูมิให้มีการเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการหลักรายอื่นอย่างเป็นระบบและชัดเจน เช่น ร้านขายยา และคลินิกแพทย์ รวมทั้งการเชื่อมต่อการบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งการรับกลับมาสู่พื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและมีการส่งเสริมให้มีระบบบริการในภาคเอกชน เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จเพื่อการแข่งขัน และเพื่อพัฒนาการบริการ ตลอดจนสร้างระบบการควบคุมและประเมินคุณภาพของการบริการ เป็นระบบที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ เพื่อควบคุมมาตรฐานการให้บริการ

ในด้านการเตรียมบุคลากรควรจะได้มีความร่วมมือกับสถานศึกษาพยาบาลดำเนินการจัดการพัฒนาหลักสูตรระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเตรียมผลิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะตามมาตรฐานในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนี้ควรจะได้มีการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและพัฒนาบริการสุขภาพทางเลือกอื่นๆโดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง

3. ในระดับปฏิบัติในระยะยาว

การบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบการให้บริการสามารถดำรงได้และเป็นระบบบริการด่านแรกของประชาชนในระยะยาว ดังนั้นในระดับปฏิบัติในระยะยาวจะต้องมีมาตรการการกระจายอำนาจและการกระตุ้นให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น เช่น การมีคณะกรรมการชุมชนกำกับดูแลของศูนย์บริการ และอาจรวมไปถึงการบริหารจัดการระบบการให้บริการสุขภาพของชุมชน เพื่อให้ตรงกับความต้องการของชุมชน ความทั้งมีการทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริการในระดับปฐมภูมิทั้งระบบโดยเลือกชุมชนหนึ่งและศึกษาการให้บริการเต็มพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาต่อไป ตลอดจนมีการพัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบบริการระดับปฐมภูมิเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และหน่วยงานการให้บริการและมีการพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โดยสรุป ประเด็นที่ได้จากการศึกษาและข้อเสนอแนะเหล่านี้ เป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร การมีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่มีสุขภาพ จะมีผลดีต่อการช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยหรือตายโดยไม่จำเป็น ประชาชนทุกคนที่เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรมมากยิ่งขึ้นต่อไป ทั้งนี้รายงานนี้ เสนอแนวคิดจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในระบบบริการของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของข้อมูลและประเด็นบางประการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยเฉพาะในเรื่องของคุณภาพและมาตรฐานบริการ เช่น การให้บริการการ

ดูแลที่บ้านซึ่งเป็นบริการที่จัดขึ้นโดยภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ความต้องการของประชาชนมีมากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมร่วมกับการศึกษาของสหวิชาชีพอื่นเพื่อให้ได้ภาพรวมของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนมากที่สุด

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2539) การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2539.
<http://www.moph.go.th/ops/bhpp/survey/intro.htm>.
- กระทรวงสาธารณสุข (2544) (ร่าง) แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9. <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/plan9/satan-plan9.htm>.
- คณะกรรมการนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร. (2539). แผนพัฒนาสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 (2540-2544). กรุงเทพฯ
- คณะกรรมการนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร. (2543). สถิติกรุงเทพมหานคร. (ฉบับย่อ) กรุงเทพฯ
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544).
- คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2544). ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, เอกสารอัดสำเนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2537). ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2543). มุมมองใหม่ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์ จำกัด.
- ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2540-2541 (2540). กรุงเทพฯ: อัลฟารีเล็ช.
- ทัศนา บุญทอง. (2543). (บรรณาธิการ). ปฏิรูป: ระบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- นาฏกา ณ บางช้าง. (2542). การพยาบาลครอบครัว: นวัตกรรมของการดูแลสุขภาพ. การสัมมนา เรื่อง คุณภาพการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาพลักษณ์ในศตวรรษที่ 21. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีดา แต่อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2543). ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). สัจพยากรณ์: งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- วรชัย ทองไทย (2544). สถิติน่ารู้: ประชากรกรุงเทพมหานคร. ประชากรและการพัฒนา ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 หน้า 7.

วิพุธ พูลเจริญ. (2543). **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิพุธ พูลเจริญ. (2543). **ยุทธศาสตร์: ยุทธวิธีในการปฏิรูประบบสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: กรุงเทพมหานคร. โรเนียวเย็บเล่ม (กำลังจัดพิมพ์เผยแพร่)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2543). **สู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุฟิเรี่ยนตั้ง.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, เฉลิมพล ตันสกุล, และรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2542). **รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง มหาวิทยาลัยมหิดล**. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชัย.

สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ. (2538). **โครงการศึกษาประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร. โรเนียวเย็บเล่ม.

สุพัตรา ศรีวิชชากร, ดวงพร เฮงบุญพันธ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วิไลลักษณ์ วิสาสะ, พินทุสร เหมพิสุทธิ, และมณีนรัตน์ ผ่องแผ้ว. (2538). **กระบวนการให้บริการ ผลการดำเนินงาน ความพึงพอใจ และแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร. โรเนียวเย็บเล่ม.

สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **สถิติสาธารณสุข: บุคลากรทางการแพทย์**. <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/Pla1.1.html>.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). (2544). (ร่าง) **กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2543). **แนะนำสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2544). **ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อรพินท์ บุญนาคและอัจฉรา เอนซ์. (2538). **สรุปผลการศึกษาโครงการความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัด กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร. โรเนียวเย็บเล่ม.

อาทรรักษ์ ไขบุญ. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย**. (เอกสารอัดสำเนา) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2543). **ปฏิรูประบบสุขภาพ อะไร? ที่ไหน? อย่างไร?** กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

Barnes, D., Eribes, C., Juarbe, T., Nelson, M., Proctor, S., Sawyer, L., Shaul, M., & Meleis, A. (1997). Primary health and primary care: A confusion of philosophies. In B. Spradley & J. Allendu (Eds.), **Reading in community health nursing** (5th ed.) (pp.194-210). Philadelphia: Lippincott.

Donaldson, M., Yordy, K., Lohr, K., & Venselon, N. (Eds.) (1996). **Primary care: American health in a new era**. Washington, DC: Natinal Academic Press (Committee on the Future of Primary Care, Division of Health Care Services, Institute of Medicine).

Hunt, R., & Zurek, E. (1997). **Introduction to community based nursing**. Philadelphia: Lippincott.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). **Community and public health nursing** (5th ed.). St. Louise: Mosby.