

รายงาน

การทบทวนข้อมูลเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การจัดบริการหน่วย
บริการปฐมภูมิภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

โดย

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก แผนงานร่วมสร้างเสริม
สุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(พรส.) เพื่อ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

บทสรุป

สถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิเศษชากร

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในกลยุทธ์การพัฒนาตามปรัชญาและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งประกาศโดยองค์การอนามัยโลก ที่อัลมาออตตา เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน เป็นส่วนสำคัญที่ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขไทยได้พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานในชื่อของ ‘สถานีอนามัย’ มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2485 และได้ขยายเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ จนครบทุกตำบลในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 แนวคิดการพัฒนาหน่วยบริการเหล่านี้ได้พัฒนามาตลอด เริ่มจากการพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพพื้นฐานทุกด้าน คัดกรองปัญหาสุขภาพในชุมชน หากดำเนินการไม่ได้ก็ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ซึ่งก็มีผลทำให้ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนโดยรวมดีขึ้น ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างครอบคลุมเพิ่มขึ้น จนกระทั่งในระยะหลังที่ปัญหาสุขภาพซับซ้อนมากขึ้น มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมมากขึ้น รวมทั้งปัญหามลภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมไปสู่อากาศเอกชน และไหลไปเป็นบุคลากรเฉพาะทางมากขึ้น แนวคิดในเรื่องบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงได้มีการปรับ พัฒนา ไปสู่การเน้นการให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง เป็นบริการ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” เพื่อให้หน่วยนี้มีคุณค่าเพิ่มขึ้น มีเอกลักษณ์เฉพาะ มีการนำศาสตร์วิชาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จิตวิทยา สังคมศาสตร์เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานมากขึ้น รวมทั้งในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการปฐมภูมิ ก็ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญที่หน่วยบริการประจำภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดการและให้บริการด้านนี้ตามมาตรฐาน

ตามแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี ได้ระบุพันธกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ประจำชุมชน ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ มีวิสัยทัศน์ที่ต้องการให้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ครอบคลุม มีคุณภาพ มาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม มีทิศทางการพัฒนาที่จะร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพต่างๆ ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ครอบคลุมการดูแลสุขภาพประชากรร้อยละ 90 ของทั้งหมด) รูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีการขยายและพัฒนาเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากรูปแบบสถานีอนามัย พัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ที่โรงพยาบาลเข้ามามีบทบาทร่วมสนับสนุนมากขึ้น มีพยาบาล แพทย์ เภสัชกร และทันตแพทย์ สหวิชาชีพ เข้า

มาร่วมให้บริการมากขึ้น แต่การขยายและการพัฒนาในระยะ 4 ที่ผ่านมามีลักษณะไม่นิ่ง แกว่งตามความเข้มข้นของนโยบายที่สนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราต่อประชากร แล้วเพิ่มขึ้นน้อยมาก และจำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อหน่วยบริการ เท่ากับ 2.9 คน อัตราการเพิ่มขึ้นน้อยและช้ามาก บุคลากรที่ร่วมให้บริการในสถานีอนามัยมีหลายสาขาเพิ่มขึ้น คือ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) มีพยาบาลวิชาชีพประมาณครึ่งหนึ่งของสถานีอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 47 พยาบาลเวชปฏิบัติร้อยละ 4 แพทย์ร้อยละ 0.34 แต่หน่วยบริการที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีบุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีแพทย์ร่วมให้บริการร้อยละ 30-40 ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์ของสปสข.มีเพียงครึ่งหนึ่ง แนวโน้มบุคลากรที่จบใหม่มาปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยลดน้อยลง เนื่องจากรัฐบาลลดระบบการบังคับใช้ทุน ทำให้นักศึกษาที่จบแล้วไปปฏิบัติงานที่หน่วยอื่นที่มีใช้ภาครัฐมากขึ้น รวมทั้งบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีการโยกย้ายไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่น และไปปฏิบัติงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น ทั้งหมดนี้ส่งผลทำให้จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นน้อย หรืออาจลดลงได้ในอนาคต แต่ก็มีกระบวนการและกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีบทบาทสนับสนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุข และจ้างบุคลากรสาธารณสุข เพื่อมาปฏิบัติงานให้บริการปฐมภูมิมากขึ้น

ในด้านขวัญกำลังใจ ค่าตอบแทน ให้แก่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในรูปของเงินโบนัส และเงินค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ มีการเพิ่มความก้าวหน้าทางด้านตำแหน่งงาน แต่ก็ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างวิชาชีพพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยสำคัญที่เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย คือปัจจัยด้านด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพ คือ การได้ใช้ความรู้ ความสามารถทักษะในการปฏิบัติงานที่ท้าทาย และการได้รับความยอมรับนับถือจากประชาชนและเพื่อนร่วมงาน

ในด้านงบประมาณสนับสนุน งบประมาณเพื่อการดำเนินการส่วนใหญ่ของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นงบจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีทั้งที่หน่วยบริการได้รับงบเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 40) และได้รับงบลดลง (ร้อยละ 53) มีผลการศึกษาด้านทุนการบริการทั้งด้านการรักษาผู้ป่วยนอก การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ของสถานีอนามัยรวมกันเท่ากับ 296 บาทต่อหัวประชากร ทุนของศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดโรงพยาบาลเท่ากับ 337 บาท

ในด้านการบริหาร และระบบสนับสนุน พบว่าหน่วยงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับหน่วยบริการปฐมภูมิมีหลายหน่วยงาน แต่ยังประสานไม่เป็นเอกภาพ ขาดกลไกที่กำหนดทิศทางและนโยบายที่ชัดเจนในด้านนี้ การควบคุม ติดตาม นิเทศงาน เป็นการติดตามโดยสำนักตรวจราชการ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยผู้นิเทศระดับต่างๆ ซึ่งมีทั้งที่นิเทศตามงานแผนงาน /โครงการต่างๆที่หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบ และการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (HCA) ที่กำหนดโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งการติดตามโครงการเฉพาะที่ดำเนินการโดยสปสข. คุณภาพและวิธีการติดตามในแต่ละเขต จังหวัด อำเภอ มีความแตกต่างกันสภาพของผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงาน

การพัฒนาวิชาการ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวโน้มที่ดำเนินการเองโดยหน่วยบริหารและโรงพยาบาลระดับอำเภอ ส่วนกลางจะสนับสนุนวิชาการตามโครงการเฉพาะ นอกจากนี้มีการพัฒนาในลักษณะแนวคิด ทักษะในการทำงานหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่ยังครอบคลุมไม่เพียงพอ

ในด้านผลลัพธ์การบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้านการรักษาพยาบาล พบว่าจำนวนการใช้บริการสุขภาพทั่วไปที่สถานีนอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขสูงสุด (ร้อยละ 49.4) รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และรพ.ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จากการศึกษาพบว่าประชาชนผู้มีรายได้น้อยใช้บริการ หรือเข้าถึงบริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่ารพ.ระดับสูง

ในส่วนด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากไม่มีระบบการประเมินผลลัพธ์ของหน่วยงานปฐมภูมิโดยตรง แต่เป็นผลงานรวมของหน่วยบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ความครอบคลุมของการบริการด้านการตรวจหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด การให้บริการวัคซีนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ก็มีอัตราที่ค่อนข้างคงตัวในระยะหลัง การป้องกันโรคมีทั้งที่ควบคุมได้ดี และที่ควบคุมได้จำกัด เช่น ไข้เลือดออก เอชอี รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และการดูแลคัดกรองภาวะโรคเรื้อรังยังครอบคลุมไม่มาก ศักยภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมีทั้งส่วนที่ดีและไม่ดี

ในระหว่างที่ผ่านมา มีกระบวนการพัฒนาบุคลากร และระบบจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น แต่ยังมีพื้นที่ดำเนินการไม่มาก องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ ทีมงานสนับสนุนในระดับอำเภอ ร่วมกับผู้ประสานหลักในด้านบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัด ข้อจำกัดของการพัฒนาเป็นโครงสร้างการบริหารที่ไม่เป็นเอกภาพ และวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรราชการ ที่ปรับตัวได้ช้า และข้อจำกัดด้านระเบียบการจัดการ และการมีแผนงานโครงการที่ส่งมาจากส่วนกลางจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถทำงานตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่ได้ตรง แต่ส่วนที่เป็นศักยภาพและจุดแข็ง คือ ความตั้งใจ ความสนใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งในระดับสถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและเวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลใหญ่ ที่มีความริเริ่มพัฒนางานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสนใจเข้าร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพมากขึ้น เพียงแต่ยังไม่มีระบบสนับสนุน และการจัดการที่เป็นระบบและมีพลังเพียงพอ

สถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

เนื้อหา ประกอบด้วย

1. ความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ
2. แนวคิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์
4. บทบาทกรม กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
5. สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 5.1 สถานการณ์ด้านจำนวน
 - 5.2 สถานการณ์ด้านกำลังคน
 - 5.3 สถานการณ์ด้านงบประมาณ
 - 5.4 สถานการณ์ด้านการบริหาร
6. กระบวนการติดตาม นิเทศงานโดยจังหวัดและส่วนกลาง และระบบคุณภาพ
7. ผลลัพธ์การบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
8. ตัวอย่างบทเรียน การจัดการในพื้นที่เมื่อมีนโยบาย นวัตกรรม หรือ การสนับสนุนการเงิน จาก ส่วนกลาง/สปสช.
9. บทเรียนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสาธารณสุขด้วยวิธีการต่างๆ เช่น model development, การฝึกอบรม การสร้างเครือข่ายเรียนรู้ การสนับสนุนนวัตกรรมการพัฒนา
10. ข้อเสนอ: ข้อจำกัด และศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. ความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศที่อัลมาอัลตาให้ PHC เป็นหลักการ และกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้น การเข้าถึง เท่าเทียม ด้วยค่าใช้จ่ายและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งหมายถึงรวมถึงการพัฒนาระบบบริการที่ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน (WHO 1980) ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) จึงเป็นกลไกและกลยุทธ์ที่สำคัญส่วนหนึ่งภายใต้หลักการและแนวคิดของ Primary Health Care

บทเรียนการพัฒนาในประเทศไทยในระยะที่ผ่านมาที่ได้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการ ได้ขยายและพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน อันได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เป็นจำนวนมากอย่างครอบคลุม รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยวิธีการต่างๆ และการพัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผลให้ความครอบคลุมของบริการสุขภาพพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ได้แก่ ด้านอัตราการตายมารดาและทารกลดลง (ภาพที่ 1)

2. พัฒนาการของแนวคิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แนวคิด “บริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐานง่ายๆ ดูแลประชากรเบื้องต้น”

สถานีอนามัย เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2485 มีการขยายจำนวนเพิ่มขึ้นมาตลอดจนกระทั่งครบทุกตำบลในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ??

แนวคิดต่อบทบาทของสถานีอนามัย คือ การให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้ทั่วถึง ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ทั้งนี้มีจุดเน้นมากที่การควบคุมป้องกันโรค การดูแลแม่และเด็ก และการรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป

โรงพยาบาลระดับต่างๆ มีการพัฒนาให้บริการทั้งที่เป็นงานบริการปฐมภูมิแก่ประชาชนในพื้นที่รอบๆ และการดูแลผู้ป่วยใน การบริการผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้นทั้งที่เป็นบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การให้บริการปฐมภูมิในประเทศไทย จึงดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ มีได้จำแนกหรือแบ่งเป็นการเฉพาะ แต่มีการกำหนดน้ำหนักของบทบาทในการให้บริการของหน่วยบริการแต่ละระดับ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้บริการด้านการรักษาพยาบาลร้อยละ 25, 50, 75 ตามลำดับ และให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ร้อยละ 75, 50, 25 ตามลำดับ

แนวคิด หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เป็นองค์กรรวม “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

ในช่วงระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 และ 8 ที่ระบบบริการทางการแพทย์มีการพัฒนาในเรื่องบริการเฉพาะทางมากขึ้นเรื่อยๆ มีการเน้นหนักที่เทคโนโลยีการแพทย์ราคาแพง มีแนวคิดทางด้านการทุน และวัตถุนิยมมากขึ้น และทำให้บริการสุขภาพทั่วไปถูกมองด้วยคุณค่าที่ต่ำกว่าบริการเฉพาะทาง ทำ

ให้มีปัญหามองไหลจากหน่วยบริการสุขภาพทั่วไป ไปสู่บริการเฉพาะทาง การไหลจากชนบทเข้าสู่เมือง การไหลจากแพทย์ทั่วไปไปเป็นแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการจัดระบบบริการระหว่าง บริการสุขภาพทั่วไปกับบริการสุขภาพเฉพาะทาง จึงเริ่มมีการคิดหาแนวทางการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติ ทั่วไปในลักษณะต่างๆ มากขึ้น ที่แก้ทั้งเชิงการจัดการ การให้ค่าตอบแทน แต่ก็ไม่ได้ผลมากนัก เนื่องจากยังตั้งอยู่บนฐานคิดที่บริการเวชปฏิบัติทั่วไปไม่มีเอกลักษณ์ หรือ คุณค่าจำเพาะที่ชัดเจน จึงได้มีการศึกษาบทเรียนการพัฒนาด้านนี้ในประเทศต่างๆ และได้ค้นพบว่าจริงแล้วบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ทำหน้าที่หลักในด้านบริการเวชปฏิบัติทั่วไปนั้นมีลักษณะเด่นและเอกลักษณ์ ของตนเอง ที่สังคมมองข้ามไป ที่ต่างประเทศตั้งชื่อศาสตร์ของงานด้านนี้ว่า “*เวชศาสตร์ครอบครัว*” ที่ เน้นความมีทักษะพิเศษในการดูแลแบบองค์รวม การผสมผสานมิติทางด้านสังคมวิทยา จิตวิทยาเข้าไป ในบริการทางการแพทย์ เป็นทักษะของการหลอมรวมศาสตร์เฉพาะทางด้านต่างๆ ให้พอเหมาะกับผู้รับบริการเฉพาะคน มีใช้การมัธยรวมความรู้เฉพาะทางแบบยังแยกส่วน เป็นมิติที่คำนึงถึงความเป็น ‘คน’ ทั้งคนที่มียุควัยแวดล้อมหลายด้าน ซึ่งหากใช้มาตรวัดแบบบริการเฉพาะทางแยกส่วนแต่ละเรื่องก็ อาจไม่พบคุณค่าเหล่านี้ที่ชัดเจน ในประเทศทางตะวันตกได้มีการพัฒนาระบบงาน และศาสตร์ วิทยาการ ความรู้เทคโนโลยี ที่รองรับกับเอกลักษณ์ และแนวคิดดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 30 ปี

เมื่อตระหนักถึงแนวคิด หลักการที่ระบุคุณค่าใหม่ที่เป็นเอกลักษณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ และ บริการเวชปฏิบัติทั่วไป การจัดความสัมพันธ์ระหว่างบริการปฐมภูมิ กับบริการระดับอื่นๆ จึงได้มีการ ศึกษาและพัฒนา หาแนวทางการพัฒนาระบบงาน การพัฒนาบุคลากรที่จะเอื้อให้เกิดหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่มีคุณค่าดังกล่าวชัดเจนมากขึ้น ทั้งในบริบทเขตเมือง และชนบท ในชื่อโครงการ การพัฒนา เวชปฏิบัติครอบครัว และการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดต่างๆ (อยุธยา นครราชสีมา ขอนแก่น สงขลา) และได้ข้อค้นพบเงื่อนไขสำคัญที่จะช่วยเพิ่มคุณค่าของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านการ จัดการระบบงาน (การมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง การจัด การระบบงานที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลประชากร การจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้ดูแล ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม) และลักษณะของบุคลากร (ทั้งด้านทัศนคติ กระบวนทัศน์ และ ทักษะขั้นสูง)

แนวคิดใหม่นี้ มิได้มองเพียงว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ /เวชปฏิบัติทั่วไป ทำหน้าที่เพียงคัดกรองปัญหา ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือมีความรู้พื้นฐานเล็กๆ น้อยๆ ของบริการทางการแพทย์เฉพาะทางเรื่องต่างๆ หลายเรื่อง แต่มีแนวคิด ศาสตร์ และระบบงานที่จำเพาะของตนเองที่ต้องมีการพัฒนาสะสม มิใช่ว่า ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่นๆ จะทำหน้าที่แทนได้อย่างมีคุณภาพเหมือนกัน จึงทำให้มีแนวคิดของการ จัดระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีความชัดเจน จำเพาะ และเสนอแนวคิดของการจัดระบบนี้ แยกออกจาก บริการของโรงพยาบาลทั่วไป ไม่ไปผสมรวมกันจนจัดระบบที่มีประสิทธิภาพได้ยาก ซึ่งในระยะก่อนมี ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินการตามแนวคิดนี้ยังเป็นลักษณะของการทดลองนำร่องใน พื้นที่ต่างๆ

เมื่อการปฏิรูปให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวผสมผสานเข้าไปในการออกแบบระบบบริการ และการจัดการทางการเงินการคลัง มีการระบุให้หน่วยคู่สัญญาที่เป็นหน่วยบริการประจำ ที่ต้องจัดหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐาน ในการดูแลสุขภาพประชากรอย่างต่อเนื่อง ที่ระบุเงื่อนไขการจัดการ และการจัดบุคลากรตามข้อค้นพบที่ได้เคยศึกษาไว้ ให้มีความสำคัญต่อหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น แต่เนื่องจากระบบบริการสุขภาพโดยรวม ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ ยังคงคุ้นเคยกับระบบบริการตามแนวคิดเดิม จึงยังต้องมีการปรับตัว มีปฏิริยาต่อระบบใหม่ในลักษณะที่หลากหลาย จนถึงปัจจุบันการดำเนินการตามแนวคิดดังกล่าวก็ยังไม่ทั่วถึง และยังต้องปรับตัว พัฒนาต่อเนื่อง มีความพยายามในการพัฒนาทั้งในด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ การพัฒนานุเคราะห์ที่สอดคล้องกับบริการปฐมภูมิมากขึ้น รวมทั้งการจัดการความรู้ เทคโนโลยีที่จำเพาะกับบริการปฐมภูมิ ตามแนวคิดใหม่

หน่วยงานวิชาการ โดยเฉพาะส่วนพยาบาลมีความตื่นตัว เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ ในด้านบทบาทหน้าที่พยาบาล พัฒนามาตรฐานงาน เพิ่มขอบเขตงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

มีสถาบันวิชาการในกสธ. และในมหาวิทยาลัยเข้ามามีส่วนในการวิจัย พัฒนาวิชาการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านงานที่สุขภาพของประชากรเป้าหมายกลุ่มต่างๆ เช่นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เยาวชน การแก้ปัญหาเรื่องเอดส์ ยาเสพติด การพัฒนาเครื่องมือการทำงาน ได้แก่ เครื่องมือ 7 ชิ้น family folders การสร้างเวทีการเรียนรู้ร่วม

สปสช. มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาลักษณะการพัฒนาบริการปฐมภูมิในลักษณะต่างๆ ทั้งในเรื่อง PCU ในฝัน การพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน การให้รพ.ใหญ่มีบทบาทพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมือง ในรูปแบบโครงการลดความแออัดรพ.และพัฒนาเครือข่าย

3. บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์

หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทอย่างไรบ้างนั้น ค่อนข้างมีความชัดเจนและเห็นตรงกันว่าต้องมีหลายบทบาทที่ผสมผสานกัน แต่มีความคิดเห็นแตกต่างกันว่าจะเน้นด้านใดเป็นหลัก และทำเรื่องใดมากน้อยอย่างไร ทำให้การจัดการเพื่อรองรับระบบมีความต่างกัน

ตามข้อบังคับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2548 ได้กำหนดความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ไว้ดังนี้

“หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรม หรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้มีสิทธิของหน่วยบริการประจำดังกล่าวสามารถใช้บริการ

สาธารณสุข ณ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายได้ ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด “

จากการศึกษา ความคิดเห็นต่อน้ำหนักของบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในบริบท
ต่างๆ ของผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการที่
ศึกษาในด้านบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว (จำนวน 21 คน) รวมทั้งผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ (120 คน) ได้ผลการสรุป ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ 2548)

บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ 9 บทบาท ที่สรุปจากการทบทวนเอกสารและความเห็นของ
ผู้เชี่ยวชาญ มีดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|--|
| บริการรายบุคคลและครอบครัว | 1. บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครายบุคคล |
| | 2. บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป |
| | 3. บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง |
| | 4. สนับสนุนการดูแลตนเองรายบุคคล |
| ดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มประชากร | 5. เฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และ ภาวะเสี่ยง และสื่อสารกับชุมชน |
| | 6. ควบคุมป้องกันโรค |
| | 7. ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มประชากร |
| | 8. ประสาน กระตุ้น ให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ |
| | 9. สนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน |

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติ มีความเห็นต่อบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

กรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท ผู้ให้ความเห็นทุกกลุ่ม มีความเห็นคล้ายกัน คือมี
บทบาทพอๆ กันทุกงาน ไม่มีเรื่องใดที่เน้นมากกว่ากันมาก เพราะต้องทำไปพร้อมกัน แต่บุคลากรแต่ละ
กลุ่มมีจุดเน้นต่างกันบ้าง คือ

ผู้ปฏิบัติ ให้น้ำหนักงานส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลมากที่สุด ตามมาด้วยการรักษาพยาบาล

ผู้บริหาร ให้น้ำหนักที่งานรักษา เฝ้าระวังสุขภาพ

นักวิชาการ ให้น้ำหนักมากที่งานรักษา โรคเรื้อรัง ส่งเสริมบุคคล

ท้องถิ่น ให้น้ำหนักมากที่งานรักษา โรคเรื้อรัง เฝ้าระวัง สร้างสุขภาพเป็นกลุ่ม

กรณีที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่ให้น้ำหนักการดูแลรักษา ส่งเสริม
สุขภาพ รายบุคคลมากกว่าการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากร ยกเว้นกลุ่มท้องถิ่นที่มีความเห็นต่างที่มีจุดเน้นการ
เฝ้าระวัง ป้องกันโรคมากกว่า แต่จุดเน้นรายบุคคลก็มีความต่างกันระหว่างกลุ่ม คือ

ผู้บริหาร ให้น้ำหนักที่งานส่งเสริมบุคคล เฝ้าระวัง รักษา

ผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการ ให้น้ำหนักที่งานรักษา การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ท้องถิ่น ให้น้ำหนักที่งานเฝ้าระวัง รักษา ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

กรณีที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพเอกชน ทุกกลุ่มมีความเห็นคล้ายกัน ที่ให้นำนักบพทาทางนรักษา มากที่สุด ยกเว้นกลุ่มผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับบพทาทางนส่งเสริมบุคคล การสนับสนุนการพึ่งตนเอง และการเฝ้าระวังสุขภาพ

โดยสรุป แต่ละกลุ่มมีความเห็นพ้องกันในลักษณะที่ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละบริบทจะมี น้ำหนักของบพทาแต่ละด้านต่างกัน และจุดเน้นมีความต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งต้องคำนึงถึงในการวางแผนจัดบริการปฐมภูมิ

ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติในกระทรวงสาธารณสุขต่อความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เนื่องจากคำว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิ” หรือ “Primary Care Unit” (PCU) ได้ถูกกำหนดขึ้นใหม่ พร้อมกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขได้มีการปรับตัวให้สอดคล้องกับแนวทางของสปสช. และได้แปลหลักการไปสู่การปฏิบัติ โดย ที่ให้ความหมายของ PCU แตกต่างกัน มีการให้ความหมายหน่วย PCU เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) หมายถึง สถานีอนามัยขนาดใหญ่ที่มีบริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น เป็น PCU หลัก
- 2) หมายถึง สถานีอนามัยหลายแห่งมารวมกันมีประชากรประมาณหมื่นคน
- 3) หมายถึง สถานีอนามัยทุกแห่ง เพียงแต่เปลี่ยนชื่อใหม่ และค่อยๆ ให้มีการพัฒนาให้มี ความสามารถในการให้บริการได้มากขึ้น

ในแต่ละจังหวัด จะมีการกำหนดความหมาย และการจัดระบบ PCU ที่แตกต่างกันตามสภาพของแต่ละ พื้นที่ และผู้บริหารแต่ละแห่ง ซึ่งต้องมีการตรวจสอบความเข้าใจความหมายของแต่ละพื้นที่

ในความหมายตามหลักวิชาการ PCU (Primary Care Unit) หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นชื่อทั่วไป ที่ ใช้เรียกองค์กร หรือ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิได้ตามคำจำกัดความ จะเป็นหน่วยงานใน สังกัดใดก็ได้ เป็นรัฐหรือเอกชนก็ได้ ถ้าสามารถทำหน้าที่ได้ตามที่กำหนด

คำว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ถือเป็นคำใหม่ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นมาใช้แทนคำว่าฟิชียู ที่มี คุณสมบัติตามมาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่ไม่ได้แปลว่าตั้งศูนย์ สุขภาพชุมชนแล้ว จะยุบสถานีอนามัย หรือ ล้มเลิกสถานีอนามัยไป เป็นการใช้คำตามวาระโอกาส มิได้ แปลว่ายุบเลิกของเดิม

ในเอกสารที่จะกล่าวต่อไปนี้จะใช้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน ความหมายที่เป็นคำทั่วไป หรือ ขอบเขตที่กว้าง มิได้ยึดว่าจะต้องเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข หรือหน่วยเอกชน หรือ หน่วยใด แต่ยึดที่บพทาหน้าที่ และผลลัพธ์เป็นสำคัญ

บทบาทตามยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ 5 ปี

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ 5 ปี ที่ร่วมกับภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาควิชาชีพต่างๆ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจของระบบบริการปฐมนิเทศ ดังนี้

พันธกิจของระบบบริการปฐมนิเทศ: เครือข่ายบริการปฐมนิเทศ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม และมีคุณภาพมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม

วิสัยทัศน์: ระบบบริการปฐมนิเทศเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม

4. บทบาทกรม กองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมนิเทศ

หลังจากที่มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของกรม กองวิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะแยกส่วน ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 บทบาทของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมนิเทศ

หน่วยงาน / บทบาท	กำหนดทิศนโยบาย	วางแผน	ติดตามประเมินผล	สนับสนุนทรัพยากร	สนับสนุนด้านบริหาร และคน	สนับสนุนวิชาการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข						
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)		รวมแผนงบประมาณที่เกี่ยวข้อง	รวบรวมผลงานตามนโยบาย			สวส.(พ.โกมาตร) ทำเครื่องมือวิถีชุมชน อบรมด้านวิจัยคุณภาพ
สำนักตรวจฯ			ตรวจงานตามตัวชี้วัดที่เป็นนโยบาย และส่วนฝักจากกรมต่างๆ	ตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณทั่วไปในระดับเขต		
สภก.				ตั้งงบก่อสร้างสอ.ใหม่/ทดแทน แต่ปัจจุบันลดน้อยลง		

หน่วยงาน / บทบาท	กำหนดทิศ นโยบาย	วางแผน	ติดตาม ประเมินผล	สนับสนุน ทรัพยากร	สนับสนุนด้าน บริหาร และ คน	สนับสนุน วิชาการ
กลุ่มบริหาร บุคคล สำนัก บริหารกลาง					ดูแลด้านกรอบ ตำแหน่งของ ทั้งหมด	
สำนักบริหาร การพัฒนา ระบบบริการ ปฐมภูมิ (ตั้งปี 49)	ประสานแผนยุทธศาสตร์ระบบ บริการปฐมภูมิร่วมกับสปสข.		ติดตาม สถานการณ์รวม ของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ		ประสานระบบ สนับสนุน กับ หน่วยงานอื่นๆ	
สพข.	ศึกษา หาข้อมูล ประกอบการ พัฒนานโยบาย		พัฒนาระบบและ ตัวชี้วัดเพื่อการ ติดตาม			จัดเวทีวิชาการ ทำเอกสาร วิชาการให้แก่ เจ้าหน้าที่
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ						
สำนักเครือข่าย ระบบบริการ สุขภาพ (สรส.)			- ติดตามผลงาน รวมด้านคุณภาพ (42 ตัวชี้วัด) ของ สรส. - เก็บรวบรวม รายงาน 11 รง5			ตั้งกรอบตัวชี้วัด มาตรฐานสรส. ร่วมกับสำนัก ตรวจในการ คัดเลือกสอ. ดีเด่น
กอง สนับสนุน สุขภาพภาค ประชาชน			ช่วยติดตามงาน กับผู้ตรวจ แทน สรส.			ในด้านการ ทำงานกับ อสม.
กรมวิชาการ อื่นๆ				งบประมาณตาม โครงการเฉพาะ		อบรมเรื่อง เฉพาะที่เพิ่ม ใหม่

ส่วนที่ขาดหาย คือ ส่วนที่เป็นการกำหนดทิศ นโยบาย และการประสานภาพรวมการพัฒนาหน่วย
บริการปฐมภูมิทั้งหมด รวมทั้งการติดตาม ประเมินสถานการณ์โดยรวม จึงได้มีการจัดตั้งให้สำนักบริหาร
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้น โดยมีบทบาทหลักในการเชื่อมประสาน และเป็นทีมเลขานุการ
ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ รวมทั้งช่วยในด้านสนับสนุนวิชาการ
ด้วย แต่ก็ยังมีจุดอ่อนในการตัดสินใจ กำหนดทิศ นโยบาย การสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิจาก
ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข

อีกส่วน คือ การสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งแผนกำลังคนด้านนี้ มีตามกรอบตำแหน่ง แต่ไม่มีการวางแผนการพัฒนาที่ชัด ปัจจุบันสถาบันพระบรมราชชนกมีบทบาทในด้านการผลิตบุคลากรและพัฒนาบุคลากรเช่นกัน แต่ยังทำหน้าที่วางแผนและติดตามการพัฒนาบุคลากรของหน่วยบริการอย่างเป็นระบบได้จำกัด

5. สถานการณ์ทรัพยากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5.1 สถานการณ์ด้านจำนวน

หน่วยบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก คือ สถานีอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีประชากรรับผิดชอบชัดเจน ทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานดูแลประชากรต่อเนื่อง ตั้งอยู่ในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องนี้ มีการจัดตั้งและเพิ่มจำนวนมาตลอดในช่วงเวลาเกือบ 30 ปี ปัจจุบันมีสถานีอนามัย ให้บริการในทุกตำบล บางตำบลมีมากกว่า 1 แห่ง มีจำนวนรวมทั้งหมด 9762 แห่ง (การสาธารณสุขไทย, สนย., 2550) การเพิ่มจำนวนในระยะหลังปี 2544 จะน้อยมาก (ภาพที่ 1) แต่เป็นการพัฒนาเชิงคุณภาพมากขึ้น

ภาพ 1 การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, 2530, 2539-2549

ภาค	จำนวนสถานีอนามัยต่อประชากร										
	2522	2530	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2549
กลาง	1,219 (1:7,781)	1,635 (1:4,729)	2,377 (1:3,654)	2,471 (1:3,554)	2,508 (1:4,298)	2,523 (1:4,219)	2,524 (1:3,681)	2,559 (1:4,628)	2,559 (1:4,611)	2,549 (1:4,629)	2,564 (1:5,179)
เหนือ	914 (1:10,748)	1,616 (1:4,775)	1,965 (1:4,412)	2,151 (1:4,103)	2,203 (1:4,393)	2,225 (1:4,345)	2,231 (1:4,093)	2,210 (1:4,667)	2,216 (1:4,670)	2,220 (1:4,662)	2,227 (1:4,739)
ใต้	688 (1:8,230)	1,252 (1:3,821)	1,400 (1:3,839)	1,488 (1:3,653)	1,505 (1:3,864)	1,513 (1:3,922)	1,516 (1:3,872)	1,507 (1:4,427)	1,526 (1:4,418)	1,521 (1:4,433)	1,510 (1:4,753)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,277 (1:12,747)	2,489 (1:5,818)	3,100 (1:5,248)	3,367 (1:4,900)	3,398 (1:5,063)	3,428 (1:5,102)	3,433 (1:4,972)	3,462 (1:5,427)	3,509 (1:5,387)	3,475 (1:5,440)	3,461 (1:5,442)
เปรียบเทียบประชากรต่อสถานีอนามัยระหว่างภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.64	1:1.23	1:1.44	1:1.38	1:1.18	1:1.21	1:1.21	1:1.17	1:1.17	1:1.18	1:1.05
รวม	4,088 (1:10,064)	6,992 (1:4,964)	8,842 (1:4,411)	9,477 (1:4,173)	9,614 (1:4,522)	9,689 (1:4,514)	9,704 (1:4,262)	9,738 (1:4,890)	9,810 (1:4,872)	9,765 (1:4,895)	9,762 (1:5,106)

ที่มา : สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล โดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ : 1. ตัวเลขใน () หมายถึง สัดส่วนสถานีอนามัย 1 แห่ง ต่อประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล
2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาลในปี 2544, 2545 และ 2549 ใช้ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ประมวลผลโดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
3. พ.ศ. 2546 ใช้ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล ปี 2545 จากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เริ่มมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรูปของหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัว ที่แยกออกจากบริการผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน เพื่อดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล และในระยะหลัง UC ได้มีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มขึ้น เพื่อดูแลประชากรในความรับผิดชอบ ทำให้จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิมีเพิ่มมากขึ้นกว่าสถานีอนามัย (ตาราง 2)

ตาราง 2: หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ปี 47	ปี 49	
สังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน PCU	จำนวน	ร้อยละ
ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ	12,495	10,852	98.26
นอกสังกัดสำนักงานปลัดฯ	5	5	0.05
ภาครัฐนอกกระทรวง	134	72	0.65
เอกชน/กาชาด	129	116	1.04
รวมทั้งหมด	12,763	11,045	100.00

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดูแลประชากรในระบบหลักประกันฯ ส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 91) ฉะนั้นคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพของระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 3: ประชากรลงทะเบียน ปี พ.ศ. 2546 – 2550

สังกัดของหน่วยบริการ	จำนวนผู้ลงทะเบียน (ล้านคน / ร้อยละ)				
	ปี 46	ปี 47	ปี 48	ปี 49	มิ.ย.50
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.	42.2 (91.79)	42.75 (90.78)	43.290 (91.44)	43.310 (91.10)	42.245 (90.38)
รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.	1.96 (4.26)	2.08 (4.42)	1.976 (4.17)	2.159 (4.54)	2.102 (4.50)
เอกชน/กาชาด	1.82 (3.96)	2.26 (4.80)	2.076 (4.39)	2.073 (4.36)	2.393 (5.12)
รวมทั้งหมด	45.98 (100)	47.09 (100)	47.343 (100)	47.543 (100)	46.741 (100)

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2 สถานการณ์ด้านกำลังคน

จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อยหรือแทบไม่เพิ่มเลย ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (ภาพที่ 2) เมื่อเทียบกับจำนวนสถานีอนามัยที่และประชากรที่เพิ่มขึ้น

ทำให้อัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากรไม่เปลี่ยนแปลง จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อหนึ่งสถานีนอนามัย เท่ากับ 2.9 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2547)

ภาพที่ 2 จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยกระจายตามภาค

ภาค	จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย									
	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2549
กลาง	4,217	7,724	7,917	8,928	9,017	8,769	8,150	8,027	7,604	8,502
เหนือ	3,233	5,734	6,826	6,970	7,167	7,068	6,558	6,456	6,043	6,823
ใต้	2,318	4,628	5,038	5,152	5,264	5,146	4,843	4,761	4,463	4,837
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,573	9,114	10,430	10,236	10,569	10,248	9,693	9,591	9,015	10,279
เปรียบเทียบประชากร : เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ระหว่างภาคกลางและ ตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.73	1:1.59	1:1.43	1:1.39	1:1.40	1:1.57	1:1.3	1:1.3	1:1.4	1: 1.2
รวม	14,341	27,200	30,211	31,286	32,017	31,231	29,244	28,835	27,125	30,441

ที่มา : พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2543 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546 และ 2549 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : 1. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นไป ข้อมูลเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเป็นข้อมูลตามบัญชีถือจ่าย
เงินเดือนข้าราชการ (จ.18) ของสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล ในปี 2544 ใช้ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2544 และ พ.ศ. 2545 -
2546 ใช้ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2546 และ พ.ศ. 2549 ใช้ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2549 จาก
สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ประมวลผลเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยต่อประชากร
โดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่าร้อยละ 70 ของพื้นที่มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) (ข้อมูลสำนักตรวจราชการ 2547) และจากการสำรวจโดย สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (สค.2547) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน (ดังตาราง 4)

ตาราง 4 : สัดส่วนของประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน ในหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547

	สอ. (N = 408)	ศูนย์แพทย์ (N = 11)	พื้นที่ของ รพท. (N=109)	พื้นที่ รพศ./รพท. (N = 8)	รวม (N=536)
จำนวนประชากรต่อจนท.1คน	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
180 – 999	28.43	45.45	28.44	25.00	28.73
1000 – 1500	31.86	18.18	26.61	12.50	30.22
1501 – 2000	20.59	9.09	19.27	37.50	20.34
2001 – 3000	15.44	9.09	13.76	25.00	15.11

	สอ. (N = 408)	ศูนย์แพทย์ (N = 11)	พี่ชียู ของ รพช. (N=109)	พี่ชียู รพศ./รพท. (N = 8)	รวม (N=536)
จำนวนประชากรต่อจนท.1คน	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
3001 – 5000	3.19	9.09	5.50	0.00	3.74
5001 – 13701	0.50	9.09	6.42	0.00	1.87
รวม	100	100	100	100	100

แหล่งข้อมูล: สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

ประเภทบุคลากรที่ให้บริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่ในสถานอนามัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีพื้นฐานการศึกษาในระดับอนุปริญญา มีพยาบาลวิชาชีพประมาณครึ่งหนึ่ง แต่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มของประเภทบุคลากรที่มีมากขึ้น รวมทั้งการมีแพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เข้ามาร่วมให้บริการมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยทำให้คุณภาพ และบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านการดูแลสุขภาพขยายได้เพิ่มขึ้น แม้จะยังมีความขาดแคลนก็ตาม

ตาราง 5 : ประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิลักษณะต่างๆ

ประเภท	สถานอนามัย		ศูนย์บริการสาสุข		PCU รพศ/รพท.		PCU รพช	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	18	0.34	9	29.03	8	40.00	66	28.57
พยาบาลเวชปฏิบัติ	202	3.87	7	22.58	6	30.00	49	21.21
พยาบาลวิชาชีพ	2448	46.91	28	90.32	17	85.00	220	95.24
นักวิชาการ								
สาธารณสุข	2473	47.39	4	12.90	11	55.00	135	58.44
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5135	98.41	20	64.52	17	85.00	198	85.71
ทันตภิบาล	640	12.27	6	19.35	4	20.00	45	19.48
จำนวนที่สำรวจ	5218	100.00	31	100.00	20	100.00	231	100.00

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีพ.ศ. 2548 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

พยาบาล และพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งที่เข้ามามีส่วนในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในด้านการดูแลพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมทั้งขยายการบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องมีแพทย์ทั้งหมด

แต่ในด้านทันตสาธารณสุขยังมีความขาดแคลนบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นทันตแพทย์และทันตภิบาล

แนวโน้มสถานการณ์การผลิตและการย้ายออกของบุคลากรปฐมภูมิ

กำลังการผลิตพยาบาลโดยสถาบันการผลิตในกระทรวงสาธารณสุขปีละ 3000 คน ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ประกาศนียบัตร) ปีละ 800 คน แต่ในระยะหลังตั้งแต่ปี 2544 เริ่มไม่มี

ทุนการศึกษาและการบังคับใช้ทุน ในปี 2547 เริ่มที่นักศึกษาพยาบาลจบโดยไม่มีทุน ทำให้การรับบุคลากรเข้าทำงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุขลดลง เนื่องจากผู้จบแล้วไม่ได้ไปทำงานในระบบภาครัฐ รวมทั้งมีการลาออกจากระบบมากขึ้น จากข้อมูลเบื้องต้นจากวิทยาลัยพยาบาลในปี 49 พบว่าหลังจบแล้ว มีผู้ที่แจ้งว่าไม่ไปไม่ไปทำงานราชการ 23 % (สบช. 2550) ข้อมูลจากจังหวัดอุบลราชธานี และศรีสะเกษ พบว่านักศึกษาตามโควตาที่จบแล้วไม่ไปปฏิบัติราชการที่กระทรวงสาธารณสุขประมาณร้อยละ 20-50 และมีแนวโน้มลาออกไปเรื่อยๆ หากไม่ตำแหน่งราชการรองรับ

ตาราง 6 : จำนวนลาออกของนักเรียนทุนพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข หลังจากการไม่มีสัญญาผูกพัน

นักเรียนทุน (พยาบาล วิชาชีพ)	อุบลราชธานี			ศรีสะเกษ		
	จบ การศึกษา (คน)	ลาออก (คน) (ร้อยละ)	ทำสัญญา (คน)	จบ การศึกษา (คน)	ลาออก (คน) (ร้อยละ)	ทำสัญญา (คน)
ปี 2547	87	18 (20.69%)	43	77	1 (1.3 %)	76
ปี 2548	43	23 (53.49%)	20	41	14 (34.15 %)	27
ปี 2549	35	16 (43.45%)	19	86	35 (40.69 %)	51
ปี 2550	99	49 (49.49%)	50	85	26 (30.59 %)	59

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และศรีสะเกษ

ในระยะหลัง UC โรงพยาบาลส่งพยาบาลไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยเพิ่มมากขึ้น แต่ในช่วงระยะหลังเมื่อโรงพยาบาลมีพยาบาลลดลง และนโยบายการสนับสนุนบริการปฐมภูมิไม่ชัดเจน ทำให้บางแห่งมีการให้พยาบาลกลับเข้ามาทำงานที่พ.เหมือนเดิม แต่ในขณะที่พยาบาลจบออกมาปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ โอกาสที่จะมีพยาบาลไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยย่อมลดลงไปด้วย เนื่องจากพื้นที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยยากลำบากกว่า แนวโน้มที่พยาบาลจบมาแล้วสมัครใจไปทำงานที่สถานีนามัยย่อมมีน้อย ยกเว้นแต่จะมีมาตรการทางการบริหารในการบรรจุเข้าตำแหน่งราชการในกรณีที่ปฏิบัติงานที่สอ. หรือ มีค่าตอบแทนที่สูงกว่ามาก หรือ เป็นกรณีที่ต้องคุ้มครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จ้างงานแทน

แนวโน้มการหาทางแก้ไขในปัจจุบัน ได้แก่ การร่วมมือกับอปท. ในการสนับสนุนทุนการศึกษาในการผลิตพยาบาล ทันตภิบาล แต่ก็ยังติดขัดบ้างในเรื่องระเบียบ การจัดการสนับสนุนงบประมาณ และตำแหน่งที่รองรับเมื่อจบการศึกษามาแล้ว

การย้ายออก:

แนวโน้มที่จ.น.สธ ย้ายออกไปอยู่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีมากขึ้น จากการศึกษา (อ.นงลักษณ์ 2550) พบว่าเจ้าหน้าที่ประสงค์จะย้ายออกไป 30 % แต่ลาออกจริง หรือโอนย้ายไปเท่าไรยังไม่มีการศึกษา

ปัจจัยการคงอยู่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้นาน (นงลักษณ์ 2549) ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสภาพแวดล้อมการทำงาน การได้รับความยอมรับจากชุมชน การได้รับความช่วยเหลือจากอสม ท้องถิ่น ความลงตัวในด้านครอบครัว พยาบาลที่อยู่สอ.และยังอยู่ต่อ เพราะมีอิสระจากการทำงาน ได้รับการยอมรับจากชุมชน การสนับสนุนจากอำเภอ ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ดี

จากสถานการณ์ที่ก.พ. เข้มงวดในการเพิ่มอัตรากำลังของข้าราชการ ทำให้อัตราการเข้ามาทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิลดลง ในขณะที่มีแนวโน้มบุคลากรย้ายออกเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นแนวโน้มที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นย่อมน้อย หรืออาจค่อยๆ ลดลงได้ในอนาคต หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นปัจจุบัน และไม่มีมาตรการอื่นแก้ไขเพิ่มเติม

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน

จากงานวิจัยจำนวน 8 เรื่องที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 4 เรื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 เรื่อง และหัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน 1 เรื่อง พบว่า

ในส่วนพยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจมากกับลักษณะงาน คือ ได้ใช้ความรู้ ความสามารถทักษะในการปฏิบัติงานที่ทำขาย รองลงมาคือ การยอมรับนับถือจากประชาชนกับเพื่อนร่วมงาน ส่วนที่พึงพอใจน้อย คือ ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ค่าตอบแทนในการเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนรถออกชุมชน และปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานทางบวก คือ การยอมรับนับถือ ด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านสถานะทางวิชาชีพ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเงินเดือน ค่าตอบแทน ตามลำดับจากมากไปน้อย

ในส่วนหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ศึกษาในจังหวัดขอนแก่น พบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารจัดการในหน่วยบริการปฐมภูมิทางบวก คือ ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จของการทำงาน และปัจจัยด้านด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านสภาพการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (อดิเรก ศรีสถิตย์, 2550)

การสนับสนุนด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทน และแรงจูงใจ

สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับเงินเดือนตามระบบปกติ แต่การจัดการเรื่องค่าตอบแทนพิเศษต่างๆ นั้น ขึ้นกับนโยบายการจัดสรรงบประมาณของสาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ) ในระยะ 3 ปีนี้ มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษ (เงินโบนัส) ให้แก่เจ้าหน้าที่ในลักษณะต่างๆ คือ

- เงินโบนัส ตามตัวชี้วัดของผู้ว่า CEO ระดับจังหวัด ส่วนนี้ให้แก่บุคลากรทุกระดับในจังหวัด
- เงินโบนัส ตามตัวชี้วัดของสปสช. (PP performance) ส่วนนี้จัดสรรงบประมาณเพิ่มให้แก่ CUP ไม่ได้ให้แก่บุคลากรรายคน
- เงินโบนัสของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนนี้จัดสรรให้เฉพาะกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรที่สนับสนุน ทั้งนี้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่สปสช.กำหนด และสสจ.ปรับบางส่วน ส่วนที่เป็นข้อขัดแย้ง และเป็นอุปสรรค คือ
- การจัดการความก้าวหน้าและตำแหน่งรองรับให้พยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลแต่ไปปฏิบัติราชการที่สถานีอนามัยเป็นการประจำ ซึ่งบางโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสนับสนุนเต็มที่ก็จะไม่มีปัญหา หากผู้บริหารไม่สนับสนุนก็จะยังติดขัดในการรับประโยชน์ตามสิทธิที่ควรได้รับ

- การที่พยาบาล ได้รับเงินค่าตอบแทนพิเศษสำหรับวิชาชีพที่ขาดแคลน (พตส.) ในขณะที่นักวิชาการ สาธารณสุขไม่ได้รับเงินตอบแทนพิเศษนี้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกเปรียบเทียบกับความไม่เท่าเทียมกัน ทั้งที่ภาระงานไม่ต่างกัน
- ความก้าวหน้าของทันตภิบาล ที่จำกัด ไม่ช่องทางการพัฒนาต่อเนื่องโดยไม่ต้องเปลี่ยนสายงาน ทำให้เกิดความสูญเสียบุคลากรที่มีทักษะ ประสบการณ์ในด้านทันตสาธารณสุข
- ไม่มีตำแหน่งข้าราชการที่รองรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตภิบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วย บริการปฐมภูมิ ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่หน่วยบริการระดับนี้ รวมทั้งหน่วยบริการเหล่านี้ มักมีข้อจำกัดของงบประมาณในการจ้างงานด้วยค่าตอบแทนที่ค่าตอบแทนสูง

การสนับสนุนวิชาการ และพัฒนากำลังคน

ระบบบริหารจัดการเพื่อพัฒนากำลังคน จะเป็นลักษณะการดำเนินการเฉพาะหน้า เฉพาะกิจ รายปี ตามโอกาส และความสนใจของผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบ แต่ยังคงขาดความชัดเจนในการ วางแผนพัฒนาบุคลากรแบบมองภาพรวมทั้งระบบที่ต่อเนื่อง เป็นระยะยาวมากขึ้น มีลักษณะการ แยกทำเป็นส่วนๆ ของผู้รับผิดชอบในฝ่ายพัฒนาบุคลากร หรือ ฝ่ายที่ดูแลระบบคุณภาพบริหาร หรือ ฝ่ายที่ดูแลระบบประกันคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งในระดับอำเภอ ก็เป็นการ ดำเนินการไปตามความสนใจของผู้รับผิดชอบงานนั้นๆ

เนื้อหาการพัฒนาคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ

- 1) **ส่วนที่เป็นการพัฒนาบุคลากรตามโครงการต่างๆ** ที่กระทรวงสาธารณสุข หรือ สถาบันวิชาการ ต่างๆ ดำเนินการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถทำงานได้ตามโครงการ ซึ่งส่วนนี้ก็ยังคงมีการดำเนินการ ต่อเนื่องขึ้นกับสถานการณ์การทำงานของกรม กองวิชาการต่างๆ แต่แนวโน้มการพัฒนาส่วนนี้จะ ลดลงเนื่องจากงบประมาณของกรม กองวิชาการในส่วนนี้มีแนวโน้มลดลง อาจมีบางส่วนที่เป็นการ ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพิ่มเติมเอง
- 2) **ส่วนที่เป็นการพัฒนาบุคลากรในเนื้อหาเฉพาะด้านบริการปฐมภูมิ** ซึ่งแบ่งตามเนื้อหา คือ
 - 2.1) **ด้านแนวคิด หลักการและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ** ส่วนนี้มีการอบรมมากในช่วงระยะ 2 ปี แรกหลังมีระบบ UC ที่เป็นการทำความเข้าใจแนวคิด แนวทางการจัดบริการ ซึ่งจัดอบรมโดย สถาบันพระบรมราชชนกในช่วงระยะปีแรก หลังจากนั้นจะเป็นการดำเนินการเองโดยสำนักงาน สาธารณสุข แต่เชิญวิทยากรมาจากส่วนกลาง หรือระดับภูมิภาค เข้ามาบรรยาย รวมทั้งอาจมี การศึกษาดูงานในบางพื้นที่ แต่ในระยะหลัง เนื้อหาส่วนนี้จะสอดแทรกเข้าไปในการประชุมปกติ หรือ หลักสูตรต่างๆ ของสถาบันวิชาการ แต่ก็อาจยังไม่มีประสิทธิภาพนักในการทำความเข้าใจกับ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยผ่านแนวคิด หรือหลักการ
 - 2.2) **ด้านมาตรฐานบริการคุณภาพ** ส่วนนี้จะเป็นเนื้อหาการพัฒนาเพื่อให้สถานอนามัยสามารถ ดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดในมาตรฐานคุณภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน (HCA) ซึ่งจัดทำโดยกรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ การอบรมส่วนนี้เป็นการดำเนินการเองโดยผู้รับผิดชอบงานในสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือ ส่วนบริหารระดับอำเภอ แต่ละพื้นที่มีน้ำหนักการพัฒนาเรื่องนี้ไม่เท่ากัน

2.3) ด้านความรู้ ทักษะเพื่อการบริหาร มีทั้งที่เป็นการอบรมระยะสั้น และการศึกษาต่อเนื่อง เช่น การอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

การพัฒนาส่วนนี้ ส่วนใหญ่มีการดำเนินการพัฒนาโดยโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายของหน่วย บริการปฐมภูมิ มีการจัดอบรมวิชาการสั้นๆ ประจำเดือน หรือเป็นระยะ ในเนื้อหาในด้านการ รักษาพยาบาล การควบคุมการติดเชื้อ การป้องกันโรคต่างๆ ตามโอกาส ความเข้มข้นหรือ ประสิทธิภาพของการอบรมนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ และขึ้นกับความสัมพันธ์ ความเข้าใจ กันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอมา

นอกจากนี้ในระยะปี 2549-2550 ได้มีโครงการฝึกอบรมเรื่องนี้ทั่วประเทศ โดยจัดทำเป็น หลักสูตรกลาง และมีศูนย์กลางจัดการอบรมตามเขต 13 เขต โดยมีวิทยากรกลางที่เป็นครู ก. ที่มา จากหน่วยงานส่วนกลาง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จากนั้นมีการฝึกอบรม วิทยากรระดับเขต เพื่อไปอบรมต่อในระดับจังหวัด และอำเภอต่อไป หน่วยบริหารจัดการโครงการ นี้คือ สำนักเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (สรส) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสำนักตรวจ ราชการ โครงการนี้ได้ดำเนินการต่อเนื่องเป็นปีที่ 2 ในปี 2550 โดยหน่วยงานเดิมบริหารจัดการ และ มีการเพิ่มสถาบันพระบรมราชชนกเข้ามาร่วมในการจัดทำหลักสูตรกลาง

เนื้อหาหลักสูตรของโครงการอบรมนี้ มีทั้งหมด ๓ โมดูล คือ การบริหารจัดการ คุณภาพบริการ เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน การวางแผน ประเมินผล

ในปีพ.ศ. 2549 สปสช. ได้มีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรปฐมภูมิ ทั้งหมด 5 โครงการ ดังนี้

ตาราง 7 โครงการพัฒนากำลังคน ภายใต้งบประมาณเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ปีพ.ศ. 2549

	กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานบริหารและดำเนินการ
1.โครงการพัฒนาศักยภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชน	แพทย์ 200 คน	สปช. ร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
2. โครงการพัฒนาวิทยากรและ ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ	วิทยากรระดับจังหวัด ๆ ละ 5 คน และผู้ปฏิบัติงานใน หน่วยบริการทุกอำเภอทั่วประเทศ	สปช. ร่วมกับ สรส. กรม สปส. และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
3. โครงการพัฒนาคณากร <u>กลุ่ม นักวิชาการสาธารณสุข</u>	นักวิชาการสาธารณสุข 700 คน	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
4. โครงการพัฒนาคณากรด้านเวชปฏิบัติ ครอบครัว <u>กลุ่มพยาบาล และผู้ปฏิบัติงาน</u> ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ สุขภาพชุมชน 1000 คน	สปช. ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์

5. โครงการพัฒนาบุคลากร <u>ทันตภิบาล</u>	ทันตภิบาล 480 คน	สบช.ร่วมกับกองทันต สาธารณสุข และวิทยาลัย สาธารณสุข ในสังกัดสธ.
---	------------------	--

5.3 สถานการณ์ด้านงบประมาณ

ในช่วงระยะหลัง UC พบว่างบประมาณเพื่อการดำเนินการส่วนใหญ่ของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นงบที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ข้อมูลเครือข่ายอำเภอเชียงคำ ปี 2549 รายรับจากงบ UC คิดเป็นร้อยละ 76 ของงบดำเนินการทั้งหมด เป็นงบประมาณตรงจากกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 6.5 เงินงบประมาณแผ่นดินที่รับมาเพื่อเป็นเงินเดือนคิดเป็นร้อยละ 69 ของงบที่ได้รับทั้งหมด)

แหล่งงบประมาณรายรับที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ

1. เงินงบประมาณแผ่นดิน ที่จ่ายเป็นเงินเดือนแก่บุคลากร คิดเป็นร้อยละ 60 - 70 ของงบประมาณทั้งหมด (ข้อมูลจากการศึกษาใน 6 จังหวัด, 2549)
2. งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 60-90 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการนั้นได้รับเงินค่าบริการตรงจากผู้ใช้บริการ หรือ ได้รับจากผู้รับบริการที่มีสิทธิประโยชน์อื่นๆ หรือ เงินโครงการพิเศษต่างๆ มากน้อยเพียงใด
3. งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขตามโครงการต่างๆ ประมาณร้อยละ 6-7 แต่แนวโน้มงบประมาณส่วนนี้จะน้อยลง
4. รายรับจากการใช้บริการของผู้รับบริการ ที่จ่ายเงินเอง หรือ ผู้มีสิทธิอื่นๆ ประมาณร้อยละ 10 แต่บางพื้นที่ที่ตั้งในเขตเมือง หรือ เขตที่มีโรงงานอุตสาหกรรม จะมีรายรับส่วนนี้เพิ่มขึ้น
5. งบประมาณจากโครงการพิเศษอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณนี้มีการแปรเปลี่ยนสูงขึ้นกับพื้นที่ และลักษณะของบุคลากรที่ให้บริการ ที่มีความสนใจไปของงบประมาณจากกองทุนอื่นๆ พื้นที่ชายแดน หรือ พื้นที่พิเศษต่างๆ อาจมีโครงการจากองค์กรต่างประเทศ หรือองค์กรเอกชนอื่นๆ มาร่วมสนับสนุนเพิ่มด้วย
6. งบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ขึ้นกับความสัมพันธระหว่างหน่วยบริการกับอปท.ในพื้นที่นั้นๆ

งบประมาณต่างๆ ข้างต้นนี้ เป็นงบรวมทั้งด้านการบริหารจัดการ และการบริการรวมกัน มิได้แยกกันชัดเจน งบเพื่อการพัฒนาบุคลากรไม่มีการระบุชัดเจน เป็นการจัดการภายในของหน่วยบริหารเครือข่ายแต่ละแห่ง

สถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ/พิชิตที่เป็นสถานีนามัยส่วนใหญ่มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น (ดังตาราง 8) เจ้าหน้าที่สถานีนามัยได้รับค่าตอบแทนสูงขึ้น (แต่ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่สอ.ก็ยังเห็นว่าค่าตอบแทนน้อยกว่าพ. และงบประมาณที่จัดสรรลงถึงปลายทางยังน้อย) แต่พิชิตที่

เป็นรพช.มีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้น และลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของสถานการณ์เงินบำรุงลดลงในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการตัดเงินเดือนรวมในระดับประเทศ

ตาราง 8 : แสดงสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เป็นพีชียู คู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ

หน่วย: ร้อยละ

สถานการณ์	พีชียู สอ.			พีชียู รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจนจำนุกุลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนเห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากร แต่ขอให้มีการพิจารณากรณีประชากรน้อย พื้นที่เฉพาะ เช่นชายแดน และขอให้มีงบที่สอ.โดยตรง ตั้งแต่ต้นปี ไม่ต้องรอการเขียนโครงการ และรอการอนุมัติจากรพ. (ในขณะที่รพ. ก็เห็นว่าถ้าเงินลงตรงที่สอ. ก็ทำให้รพ.ลงไปร่วมจัดการบริหารไม่ได้มาก พัฒนาอะไรได้ยาก)

งบประมาณที่เป็นงบลงทุนเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างนั้น ได้มีการบริหารแบบเป็นกองทุนรวมซึ่งบริหารโดยกองทุน UC และมีการจัดสรรที่มีเกณฑ์ต่างๆ ในระดับเขต จังหวัด แต่งบเพื่อสิ่งก่อสร้างของสถานอนามัยนั้นลดลงมาก ส่วนใหญ่ต้องใช้งบประมาณจากแหล่งอื่นมาทดแทน

ในปีพ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดการงบลงทุนที่แยกงบเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นการเฉพาะ ปีละ ประมาณหนึ่งพันล้านบาท ในงบส่วนนี้เป็นการจัดสรรงบเพื่อสนับสนุนครุภัณฑ์ และการซ่อมแซมสถานที่เป็นการเฉพาะสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในวงเงินไม่เกิน 1 แสนบาท และมีงบส่วนหนึ่งสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาคูคณากร งบเพื่อการจ้างและเป็นค่าตอบแทนให้แก่บุคลากร และการพัฒนาบริการปฐมภูมิในรูปแบบต่างๆ

ต้นทุนของการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในการศึกษาต้นทุนการบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน 15 แห่งใน 6 จังหวัด ที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ ได้ดำเนินการศึกษาโดยใช้วิธีการกระจายต้นทุนโดยตรง(Direct method) ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล มีต้นทุนรวมทั้งหมด (งบบุคลากร ค่าเสื่อม

งบดำเนินการ) เฉลี่ย เท่ากับ 5,346,025 บาทต่อแห่ง (สูงสุด 6,252,634 บาท และ ต่ำสุด 4,329,737 บาท) ต้นทุนรวมของการดำเนินการของสถานีนามัย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1,468,805 บาท ต่อแห่ง (สูงสุด 2,116,492 บาท และ ต่ำสุด เท่ากับ 699,585 บาท) คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยของหน่วยบริการทั้งสองแบบ เท่ากับ 2,502,731 บาท อัตราการใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนในผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.51 ครั้งต่อคนต่อปี สูงกว่าสถานีนามัยที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.17 ครั้งต่อคนต่อปี ค่าเฉลี่ยของทั้งหมดเท่ากับ 1.36 ครั้งต่อคนต่อปี

ร้อยละต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และ ต้นทุนค่าลงทุนเฉลี่ยของหน่วยบริการทั้งหมด เท่ากับ 59 33 และ 8 ตามลำดับ ในศูนย์สุขภาพชุมชนมีค่าเฉลี่ย ค่าแรง ค่าวัสดุ และ ค่าลงทุน เท่ากับ ร้อยละ 57 35 และ 8 ในสถานีนามัย มีค่าเฉลี่ยร้อยละค่าแรง ค่าวัสดุ และ ค่าลงทุน เท่ากับ ร้อยละ 62 30 และ 8 ตามลำดับ สัดส่วนค่าแรงในสถานีนามัยสูงกว่าศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล

ร้อยละของต้นทุนงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริม&ป้องกันส่วนบุคคล (PP) และ งานชุมชน ในศูนย์สุขภาพชุมชนเท่ากับ 54 30 และ 16 ตามลำดับ ในสถานีนามัยเท่ากับ 40 38 และ 22 ตามลำดับ ต้นทุนเฉลี่ยของหน่วยบริการทั้งสองแบบเท่ากับ 48 33 และ 19 ตามลำดับ

ต้นทุนต่อหัวประชากรสำหรับทุกบริการ เฉลี่ยเท่ากับ 318 บาท ต้นทุนสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 337 บาท ต้นทุนสำหรับสถานีนามัยเท่ากับ 296 บาท ซึ่งถือว่าต้นทุนต่ำกว่างบประมาณส่วนที่สสช.จัดสรรสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และการส่งเสริมป้องกันโรครายบุคคล แต่ทั้งนี้ในการศึกษานี้ ไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนส่วนบริการที่โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ร่วมให้บริการในเครือข่ายด้วย

5.4 สถานการณ์ด้านการบริหาร และการจัดระบบการบริการ

การบริหารจัดการภายในหน่วยบริการ และหน่วยบริหารระดับอำเภอ (CUP) มีลักษณะ ดำเนินการตามทักษะ ประสบการณ์ส่วนบุคคล ไม่มีระบบพัฒนาการบริหารที่ชัดเจน เป็นการบริหาร เพื่อให้ถูกต้องตามระเบียบ แต่การบริหารเพื่อให้ได้ผลลัพธ์งานที่มีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน

ผู้นำในส่วนสถานีนามัยแต่ละแห่ง เป็นไปตามลักษณะบุคคล ไม่ได้มีการพัฒนาที่เป็นระบบ และมีประสิทธิผล ส่วนผู้นำในระดับอำเภอ ซึ่งสลับกันระหว่างสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ก็เป็นไปตามลักษณะส่วนบุคคล ขึ้นกับประสบการณ์ ทักษะ และทักษะในการบริหารของ บุคคลนั้น และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันหรือไม่

การบริหารที่เป็นสองสายงาน ยังเป็นข้อจำกัดพื้นฐานที่ทำให้การบริหาร และการประสานงาน ทำได้ไม่เต็มที่

การทำแผน ส่วนใหญ่เป็นแผนกิจกรรมระยะสั้นเพื่อประกอบการของบประมาณ และการใช้ งบประมาณมากกว่าการทำแผนกลยุทธ์ หรือแผนที่คิดเตรียมการล่วงหน้าให้ตอบสนองกับสถานการณ์ พื้นที่แต่ละแห่ง มีบางแห่งที่มีการทำแผนการพัฒนาร่วมกับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การ วางแผนเพื่อการติดตาม ประเมินผลน้อย

มีข้อมูลจำนวนมากที่ต้องรายงาน แต่การจัดการยังไม่เป็นระบบ ใช้เวลามากในการจัดการ แต่นำมาใช้แปลความ และใช้เพื่อการวางแผนน้อย มีการใช้คอมพิวเตอร์มากขึ้น แต่ใช้เพื่อการจัดทำรายงานมากกว่าเพื่อค้นคว้า หรือ การวิเคราะห์งาน

ด้านการบริหารบุคคล เป็นไปตามทักษะของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆเอง มีการพัฒนาความสามารถของบุคคลตามความสนใจ และตามโครงการ มีการจัดการจ้างบุคลากรที่เป็นประชาชนในพื้นที่มาช่วยให้บริการทั่วไป เพื่อลดภาระงานเจ้าหน้าที่มากขึ้น มีข้อสังเกตที่เห็นว่าวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรในสถานีนามัย มีลักษณะการทำงานตามสายงานมากขึ้น เช่น การทำงานของนักวิชาการ ผู้บริหาร และส่วนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

การพัฒนาระบบงานบริการ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการต่อเนื่อง ตามที่เคยทำมา และตอบสนองตามโครงการต่างๆ ที่ได้รับคำสั่งให้ดำเนินการ เมื่อส่วนกลางเปลี่ยนจุดเน้นเป็นการรณรงค์เป็นโครงการ ๆ มากกว่าการเสริม พัฒนาต่อยอดระบบการดูแลกลุ่มประชากรเดิม จึงทำให้แบบแผนการทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองตามโครงการแต่ละโครงการมากกว่า ฐานข้อมูลที่จะมองสุขภาพของประชากรโดยรวมมีคุณภาพลดลง

มีการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่บ้าง แต่เป็นระดับโครงการย่อยๆ ที่ทดลองดำเนินการ มากกว่าการพัฒนาทั้งระบบ การทำงานส่วนใหญ่จะยังมียังมีลักษณะการทำงานแยกตามโครงการ ยังมีจุดอ่อนในการบูรณาการแผนงานโครงการที่มีเป้าหมายร่วมกันให้มีประสิทธิภาพ

แบบแผนการปฏิบัติงานของสถานีนามัย จะมีผลกระทบมาจากแบบแผนการบริหารงานของสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหลัก เช่นทำงานแบบเร่งด่วนเพื่อให้ได้ผลงานตามตัวชี้วัดจำนวนมาก หรือเป็นการทำแบบคิดค้นมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่ หรือพอทำงานให้เสร็จ หรือการทำงานแบบร่วมมือกับภาคีภาคส่วนอื่น บางแห่งมีผลกระทบมาจากการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ในกรณีที่รพ.มีการดำเนินการเชิงรุก

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ เป็นลักษณะการจัดกิจกรรม และพัฒนางานต่างๆ ให้ได้ตามมาตรฐานตัวชี้วัดที่มีการตรวจสอบ การจัดการให้บทวนระบบงาน หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่ชัดเจน

งบบริหารงานของหน่วยบริหารลดลง ทั้งในระดับสสจ.และสสอ. ส่งผลให้บทบาทและการดำเนินงานของหน่วยบริหารเหล่านี้นลดลง

6. กระบวนการติดตาม นิเทศงาน สนับสนุน โดยจังหวัดและส่วนกลาง และระบบจัดการคุณภาพ

การติดตาม นิเทศ โดย ทีมอำเภอ ทีมจังหวัด และ สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการปกติ คือ การนิเทศ โดยเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัด และถูกติดตามผลงานผ่านรายงานที่หน่วยบริการจัดส่งให้อำเภอและจังหวัดเป็นประจำทุกเดือน มีการสุ่มตรวจนิเทศผลงานในพื้นที่เป็นบางครั้งจากผู้ตรวจราชการ และสาธารณสุขนิเทศ

กระบวนการนิเทศ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบผลกิจกรรมตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางและจังหวัดกำหนดเป็นหลัก มักเป็นการตรวจสอบเอกสาร แต่ก็มีบางทีมที่ตรวจเครื่องมืออุปกรณ์ และการจัดการระบบบริการจริง ได้แก่ การนิเทศส่วนที่เป็นการควบคุมการติดเชื้อ การตรวจระบบเวชภัณฑ์ และการสอบถามจากชุมชนบ้าง

การติดตามนี้ จะมีทั้งที่เป็นการนิเทศโดยทีมใหญ่จากทุกกลุ่มงานของสสจ. (ซึ่งการตรวจลักษณะนี้มักทำไม่สม่ำเสมอ และทำน้อยลง) และการติดตามส่วนงานคุณภาพตามตัวชี้วัด HCA โดยทีมคุณภาพของอำเภอและจังหวัด

คุณภาพของการจัดการเรื่องการฝึกอบรม พัฒนาบุคลากร การนิเทศ ติดตาม มีผลกระทบหลักมาจากนโยบายสสจ. และศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานด้านนี้ที่สสจ. ร่วมกับบรรยากาศของทีมอำเภอ

ระบบสนับสนุนวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทในเชิงการสนับสนุนวิชาการลดลง ด้วยเหตุผลว่ามีงบประมาณที่ใช้จัดการฝึกอบรมลดลง และส่วนกลางมีงบประมาณสนับสนุนการจัดฝึกอบรมลดลง การจัดทำเอกสารวิชาการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานก็ลดลง ที่ยังคงมีอยู่ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการควบคุมโรคเอดส์ ใช้เลือดออก และโรคที่พบใหม่ต่างๆ

การนิเทศงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบผลงานกิจกรรมมากกว่าการพิจารณาคุณภาพของกระบวนการที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ

ในบางจังหวัดมีการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นบรรยากาศวิชาการ เช่น ประชุมวิชาการนำเสนอผลงานประจำปี การประกวดผลงานดีเด่น สนับสนุนการวิจัย การจัดการความรู้ ทั้งนี้ความเข้มข้นของการดำเนินการนี้ขึ้นกับนโยบายผู้บริหาร และความสนใจของหัวหน้างาน ความเชื่อมโยงระหว่างการจัดกิจกรรมวิชาการกับผลการติดตามนิเทศงานไม่ชัดเจน

ในระยะตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 เป็นต้นมา มีการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช. เพื่อนำมาพัฒนาวิชาการในรูปแบบต่างๆ มากขึ้น ทั้งในด้านการฝึกอบรม การจัดทำเอกสารวิชาการ การสนับสนุนการทำนวัตกรรมบริการ รวมทั้งสถาบันวิชาการในส่วนกลาง กรม กองต่างๆ ได้มีกิจกรรมวิชาการเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ได้แก่

- สำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ ได้พัฒนาเครื่องมือ 7 ชิ้นในการเรียนรู้วิถีชุมชน ซึ่งมีการฝึกอบรมในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ โดยงบประมาณของจังหวัดเอง และงบประมาณจากสปสช. ในปี 2550 มีการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพให้แก่นักวิชาการ และพยาบาลที่สนใจ
- ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ได้มีการจัดทำโครงการพัฒนางานของพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่กระจายทั่วประเทศ โดยที่มี node จัดการในแต่ละภาค โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสสส. (สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ)
- ในปี พ.ศ. 2548 เริ่มมีการจัดมหกรรม PCU โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการนำเสนอผลงานเด่นของหน่วยบริการในแต่ละจังหวัดจำนวนมาก
- ในปี 2548 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ร่วมกับสปสช. ได้ทำโครงการ PCU ในพื้นที่สนับสนุนงบประมาณให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิที่สนใจพัฒนา และมีการจัดกระบวนการที่มีทีมวิชาการส่วนกลาง และทีมพี่เลี้ยงจังหวัด ลงไปติดตาม สนับสนุน ให้กำลังใจในการดำเนินงาน รวมทั้งการจัดเวทีวิชาการสำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นการเฉพาะในระดับภาค และระดับประเทศ ที่ได้รับความสนใจในการเรียนรู้จากผู้ปฏิบัติงานมาก
- ในปี 2549 สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ได้เริ่มมีการจัดเครือข่ายการเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ และมีการบริหารจัดการรวมกันเป็นภาค และประสานกันระหว่างภาค รวมทั้งจัดการประชุมวิชาการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำปีต่อเนื่อง และการประชุมนำเสนอผลงานนวัตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มต่างๆ 7 กลุ่ม (เจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส คนพิการ การดูแลครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค)
- การอบรมเรื่องการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น โดยอาจารย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ที่อบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลที่สนใจ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่พื้นที่สนใจและเชิญอาจารย์ไปอบรม
- มีกระบวนการจัดการความรู้ในส่วนที่เป็นประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเรื่องการบริหารจัดการ การทำงานชุมชน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ดำเนินการโดยสปสช. และจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่
- การรวบรวมประสบการณ์ชีวิตคนทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในลักษณะเรื่องเล่า โดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ และจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่

การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในระยะแรก ก่อนปี พ.ศ. 2549 หน่วยงานรับผิดชอบในส่วนกลาง ส่วนหนึ่ง คือ สรส. กรมสพส. กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน และกระบวนการตรวจประเมินโดยทีม

จังหวัด อำเภอก และเขต (รายละเอียด ดูภาคผนวก) อีกส่วนงานหนึ่งที่เกี่ยวข้อง คือ สปสช. ที่ดูแลตั้งแต่ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และการประกันคุณภาพของหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา

สถานการณ์การบริหารจัดการระบบคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของพื้นที่

จากการศึกษาสถานการณ์การติดตาม กำกับ และการพัฒนาคุณภาพ ใน 5 จังหวัด คือ เชียงใหม่ สงขลา นครราชสีมา สมุทรปราการ และพระนครศรีอยุธยา ในช่วงปี พ.ศ.2547 พบว่า

1. การกำหนดทิศทางและความเข้าใจของ "หุ้นส่วน" ที่แตกต่างกัน ในเรื่องเป้าหมายและวิธีการทำงานเพื่อให้เกิด การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ รวมทั้งผลลัพธ์บริการปฐมภูมิที่ต้องการ ในระยะแรกของการพัฒนา บางจังหวัด(สมุทรปราการและสงขลา)ให้ข้อมูลชัดเจนว่ายังมีความไม่ลงตัวในแง่โครงสร้างการบริหาร จัดการ ภายในจังหวัด และปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ
2. ปัญหาการแยกส่วน ไม่ผสมผสานของเป้าหมาย การกำหนดและการกำกับระบบงานที่เกี่ยวข้องกับบริการ ปฐมภูมิในแต่ละกรมกอง ทำให้ทุกจังหวัดต้องหาโครงสร้างหรือคนทำงานเฉพาะรับผิดชอบเรื่องการพัฒนา คุณภาพบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ในเชิงปฏิบัติทุกจังหวัดยอมรับว่าแม้จะมีโครงสร้างและบุคคลรองรับ การพัฒนางานคุณภาพ หากแต่ไม่สามารถเชื่อมประสานนโยบาย เป้าหมายและการดำเนินการจริงเพื่อการ กำกับติดตามภารกิจงานทั้งหมดภายในระดับจังหวัดได้เนื่องจากยังมีปัญหาภารกิจงานที่มากเมื่อเทียบกับ ผู้รับผิดชอบที่มี โครงสร้างของระบบงานที่ขาดภาวะผู้นำต่อการเปลี่ยนแปลง ปัญหาประสิทธิภาพระบบ การบูรณาการงานในจังหวัด รวมทั้งเงื่อนไขเรื่องคุณสมบัติบุคลากร ความเข้าใจพื้นฐานและความสามารถ เฉพาะของผู้ทำหน้าที่ในระบบงานกำกับ ประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ ดำเนินการ
3. ความแตกต่างของลักษณะวิธีการติดตามประเมินและกำกับการงานบริการปฐมภูมิในมิติต่างๆ โดยการสั่งการ และปัญหาการใช้เครื่องมือที่พัฒนาจากส่วนกลางเป็นหลัก โดยเฉพาะในระยะแรกที่ผู้เกี่ยวข้องไม่ได้ทำ ความเข้าใจกับเป้าหมายและวิธีการปรับใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับพื้นที่ ความไม่เป็นเอกภาพ การ เปลี่ยนแปลงรายละเอียดเนื้อหาของเครื่องมือที่ขาดการประเมิน ทดสอบและเตรียมความพร้อม รวมทั้ง ความไม่ยืดหยุ่นของเครื่องมือที่กำหนดจากส่วนกลางยังส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์กับผู้ทำงานในพื้นที่ ดำเนินการทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. ปัญหาการกำหนดบทบาทสนับสนุนและเครื่องมือการกำกับผลงานบริการที่ไม่ชัดเจนในแต่ละระดับของ หน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนและพัฒนากระบวนการจากส่วนกลางสู่การดำเนินการในพื้นที่ โดยข้าม บทบาทของการสนับสนุนในระดับจังหวัดซึ่งจำเป็นต้องสร้างแนวคิด ความเข้าใจและเตรียมดำเนินการ อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้แล้วยังขาดหน่วยงานส่วนกลางที่ดูแลรับผิดชอบการพัฒนากระบวนการภายใต้ การเปลี่ยนแปลงขององค์กรบริการและองค์กรบริหารระดับพื้นที่ในภาพรวม ไม่แยกส่วน โดยต้องมีบทบาท สนับสนุนหลักทั้งในเชิงวิชาการ บริการและโดยเฉพาะการบริหารจัดการระบบ
5. ในหลายพื้นที่ของทุกจังหวัดยังมีปัญหาโครงสร้างพื้นฐานของทรัพยากร และขาดระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ภายในจังหวัดเพื่อให้เกิดทิศทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ควรจะเป็นอย่างเป็นเอกภาพ

นอกจากนี้ทุกจังหวัดยังระบุปัญหาการขาดข้อมูลการประเมินสถานการณ์คุณภาพในระดับบริการปฐมภูมิที่ เป็นระบบ รวมทั้งยังขาดฐานข้อมูลที่เป็นevidence based practice ของคุณภาพบริการปฐมภูมิ สำหรับปัญหา

ผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ส่วนใหญ่มักเน้นเป็นฐานข้อมูลเพื่อเป็นรายงานในระบบมากกว่าเพื่อทราบสถานการณ์ และหาจุดอ่อนเพื่อการพัฒนาต่อไป อย่างไรก็ตาม ในส่วนกลางและทุกจังหวัดก็มีองค์กร โครงสร้างและระบบงานเพื่อวางแผน ประสานงานและสนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบบริการในระดับของโรงพยาบาล หากแต่ยังไม่สามารถจัดระบบดังกล่าวในระบบบริการปฐมภูมิได้อย่างลงตัว ทั้งนี้ไม่รวมกับปัญหาความหลากหลาย ลักษณะของแนวคิดบริการปฐมภูมิและความต้องการเทคโนโลยีและทักษะเฉพาะเพื่อจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ในช่วงระยะ ปีพ.ศ. 2549 เป็นต้นมา สปสช. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น มีการสนับสนุนให้มีการพัฒนามาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพบริการใหม่ และสนับสนุนการพัฒนาที่เลี้ยง รวมทั้งการพัฒนาระบบคุณภาพของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นระบบประกันคุณภาพทั้งองค์กรมากกว่าการพัฒนามาตรฐานของกระบวนการบริการ ในชื่อที่เรียกใหม่ว่า PCA: Primary Care Accreditation ที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้การร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสปสช. โดยใช้หลัก TQA และ PMQA มีการปรับปรุงมาตรฐานใหม่ และทดลองดำเนินการใน 23 CUP ในปีพ.ศ.2550 ซึ่งระบบนี้อยู่ในระหว่างกระบวนการพัฒนา และในระยะแรกนี้มีจุดเน้นที่กระบวนการประเมินเพื่อการพัฒนา มากกว่าการรับรอง และเน้นการพัฒนาแนวคิดการทำงานคุณภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มองระบบใหญ่มากขึ้น ซึ่งจากการทดลองใหม่พบว่าทำให้ระบบการทำงานร่วมกันระหว่างรพ.กับสสอ.และสอ.เริ่มมีการปรับมากขึ้น ที่มำเข้าใจหลักการพัฒนาคุณภาพงานที่เป็นธรรมชาติมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2550 เริ่มมีการเสนอให้มีการปรับโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริหารระดับอำเภอ ให้มีโครงสร้างที่รองรับระบบคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ชัดเจนมากขึ้น ทั้งที่เป็น การปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และการปรับกระบวนการทำงานภายในใหม่

การติดตาม นิเทศ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สปสช. เริ่มเข้ามามีบทบาทติดตามมากขึ้น ในปี 2549 เมื่อมีการจัดตั้ง สปสช.สาขาเขตพื้นที่ โดยเริ่มตามเฉพาะโครงการพิเศษที่เพิ่มเติม เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน การให้เงินโบนัส โครงการลดความแออัดฯ ระบบคุณภาพใหม่ (PCA) ที่อยู่ระหว่างการพัฒนาพร้อมกับสพช.

ในปี พ.ศ. 2550 สปสช. เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ในการกำกับกระบวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะเป็นหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องเป็นผู้ดำเนินการ เริ่มมีการจัดทีมนักวิชาการขึ้นมาเป็นทีมเฉพาะกิจในการตรวจประเมินคุณภาพหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาล และศูนย์แพทย์ชุมชน

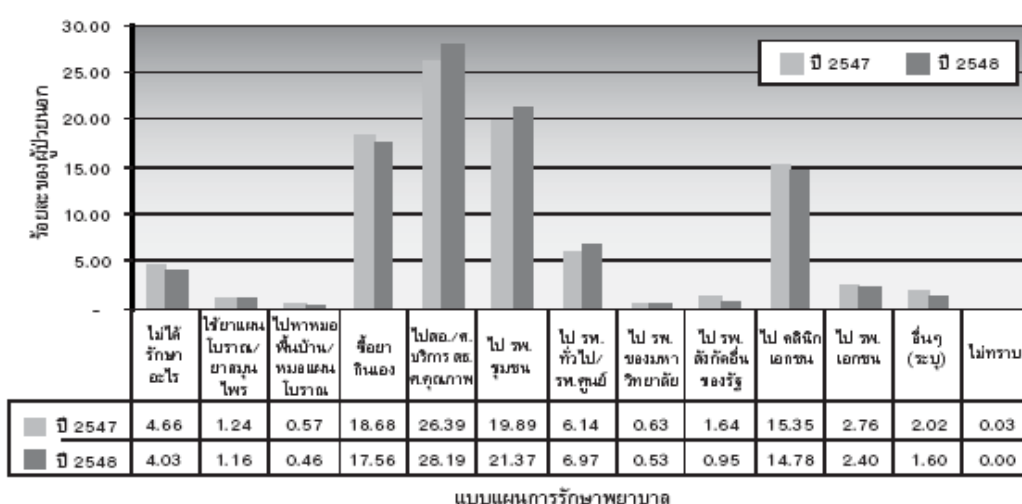
7. ผลลัพธ์การบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระบบข้อมูลที่ยรายงานในระบบปกติ ส่วนใหญ่เป็นการรายงานผลผลิตของกิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ และข้อมูลที่แสดงสถานะชีพของประชาชน แต่ส่วนที่เป็นการประเมินผลลัพธ์ของหน่วยบริการไม่ชัดเจน ในเอกสารนี้จะเป็นการรวบรวมผลงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ แต่จะมีผลงานของหน่วยงานบริการอื่นร่วมด้วย โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่สามารถค้นหาได้

ด้านการรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาเฉียบพลัน

หลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนผู้ใช้บริการสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นซึ่งหมายรวมการให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิด้วยจากปี 2545 ถึงปี 2548 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มจาก 2.27 เป็น 2.56 ครั้งต่อคนต่อปี แม้ประชากรจะเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงใช้บริการที่สถานีนอนามัย หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข รองลงมาเป็นการใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน การซื้อยากินเอง และไปคลินิกเอกชน ดังภาพที่ 3

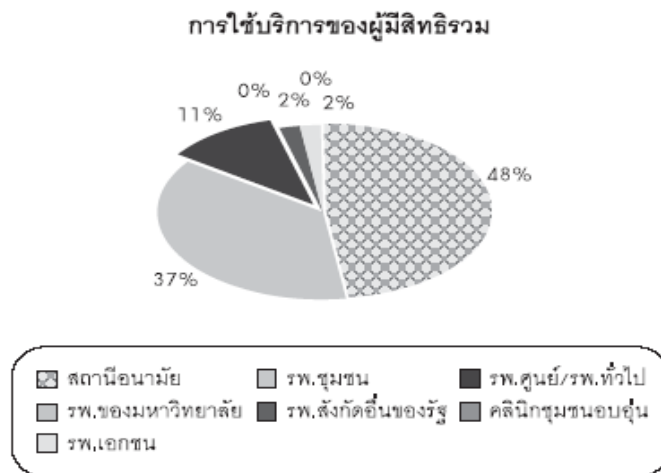
ภาพที่ 3 แบบแผนการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ปี 2547-2548



ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2547 และ 2548

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้รับบริการในสถานพยาบาลที่ใช้สิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาลปี 2548 พบว่าผู้ป่วยไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.4 (รายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2548) รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 35.7 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 11.6 ภาพ ปี 2547

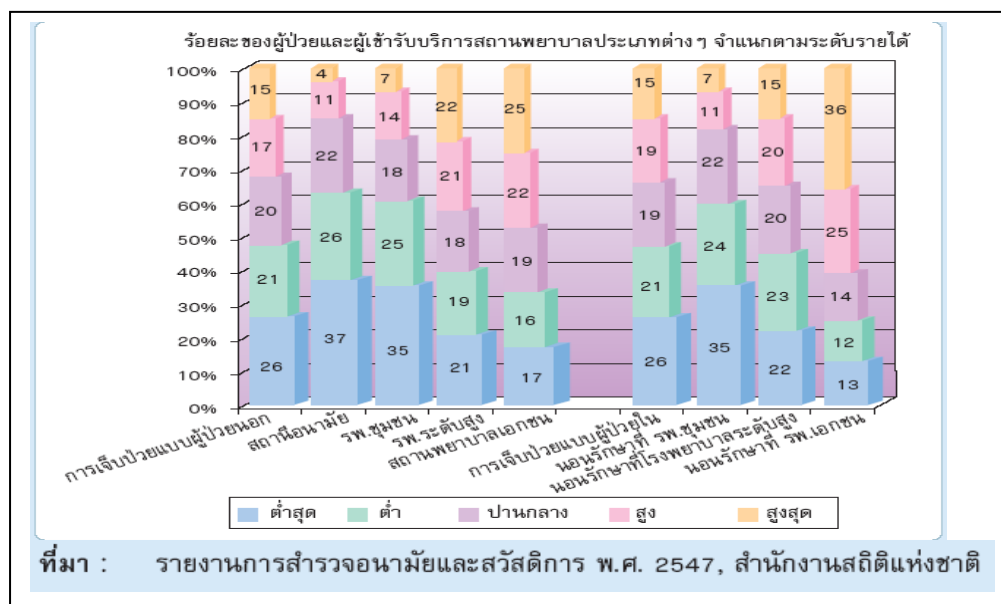
ภาพที่ 4 สัดส่วนการให้บริการของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพที่สถานพยาบาลประเภทต่างๆ ปี 2547



ประชาชนเข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด โดยเฉพาะส่วนผู้มีรายได้น้อย

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 พบว่าประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้ใช้บริการ หรือเข้าถึงบริการที่สถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าโรงพยาบาลรัฐระดับสูง (ภาพที่ 4)

ภาพ 5 : สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)



จากการศึกษาเรื่องการปฏิบัติการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิใน จังหวัดเชียงใหม่ (วิศิษฐ์ ศิริภูวนนท์ 2549) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อแยกเป็นด้านพบว่า การประเมินวินิจฉัยแยกโรค การดูแลรักษา ส่งต่อ และการติดตาม ผลการรักษาอยู่ในระดับดี แต่ด้านการให้ยา การดูแลต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70 การ ปฏิบัติที่อยู่ในอยู่ในระดับต่ำ คือการติดตามดูแลรักษากลุ่มเสี่ยง และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน ชุมชน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

งานอนามัยแม่และเด็ก

จากข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี2545-2548 พบว่า จำนวนการดูแลมารดาก่อนคลอดเพิ่ม การดูแลหลังคลอดขึ้น ลง แต่ผลลัพธ์คืออัตราตายของมารดาและ อัตราเกิดไร้ชีพลดลง รวมทั้งเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยมีอัตราที่ลดลงแต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 กิจกรรมและผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2545-2548

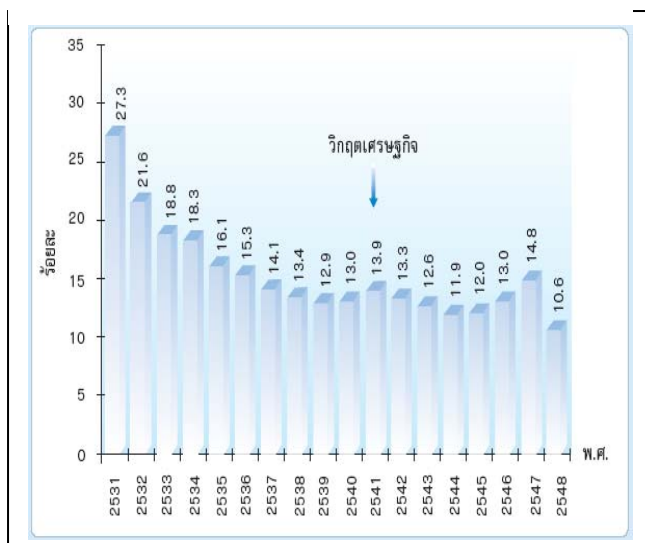
รายการ	2545	2546	2547	2548
1. ดูแลมารดาคลอดก่อนคลอด (คน)*	1,175,955	1,281,226	1,357,913	1,716,238
2. ดูแลมารดาหลังคลอด (คน)*	449,977	413,288	367,378	436,502
3. จำนวนการคลอดตามธรรมชาติ (ครั้ง)	499,210	488,047	462,981	529,956
4. จำนวนการคลอดผิดปกติ (ครั้ง)	153,567	152,672	151,386	195,523
5. จำนวนเด็กเกิดมีชีพ (คน)	647,382	636,469	611,175	721,685
6. อัตราการเกิดไร้ชีพต่อเกิดมีชีพพันคน	8.30	6.60	5.20	5.26
7. ร้อยละของเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	na	na	16.05	11.01
8. อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพพันคน	14.7	13.7	13.3	na.

ที่มา: วิเคราะห์จากรายงาน 0110ร 5 ปีงบประมาณ 2545-2548

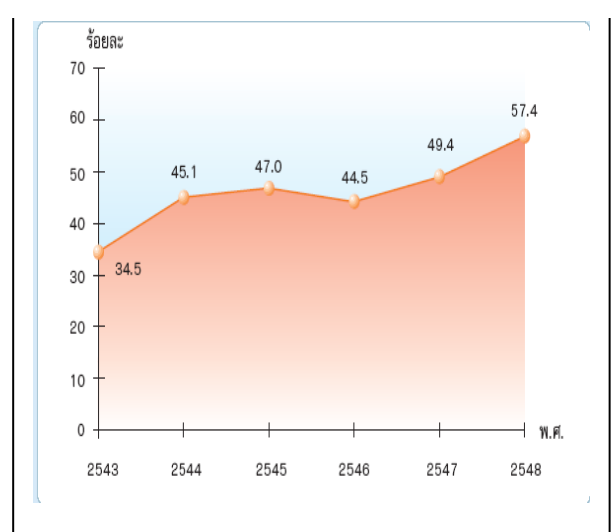
หมายเหตุ : * อาจมีการนับซ้ำเนื่องจากผู้รับบริการ 1 คน อาจเป็นผู้ป่วยใหม่ในหลายสถานบริการหากไปรับบริการหลายแห่ง

ปัจจุบันการให้บริการแก่หญิงมีครรภ์มีความครอบคลุมได้สูงเกือบครบทุกคน แต่มีประเด็นที่ยังมีปัญหา คือ ผู้ที่เคลื่อนย้ายบ่อย และประเด็นคุณภาพของการดูแลบางประการที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่ การดูแล หญิงมีครรภ์ที่มีโลหิตจาง และหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีนยังมีสัดส่วนค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้อง พัฒนาต่อไป

ภาพที่ 9 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct <33%) พ.ศ.



ภาพที่ 10 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีน <10 µg/dl พ.ศ.2543-



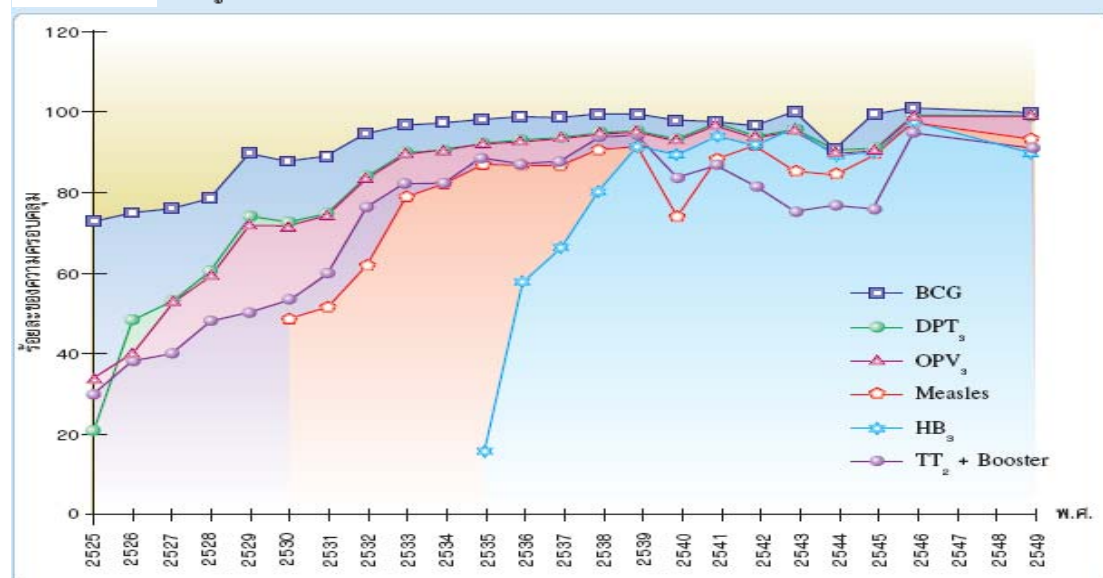
ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การดูแลเด็ก

การดูแลให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความครอบคลุมสูงถึงร้อยละ จำนวนการให้วัคซีนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ในช่วงระยะหลังปี 2544 มีความแกว่งของความครอบคลุม และมีวัคซีนป้องกันหัด และตับอักเสบบีที่มีความครอบคลุมลดลงในปี 2549 ซึ่งสอดคล้องกับการมีอุบัติการณ์โรคหัดที่เพิ่มขึ้น

ภาพที่ 11

อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG, DPT₃, OPV₃, HB₃, Measles และ TT₂ + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2549

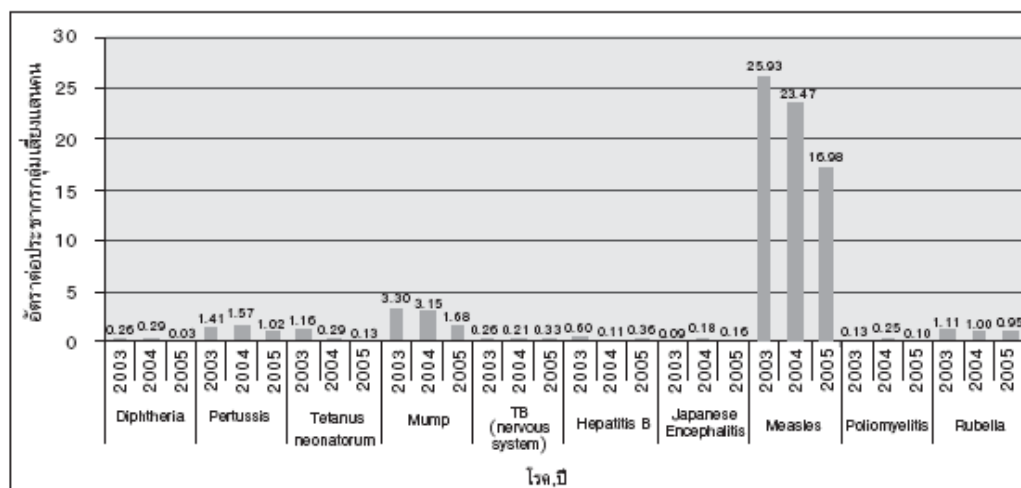


ที่มา :

- (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- (2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 12

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนในเด็ก 0-3 ปี ตั้งแต่ ปี 2546-2548



ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546-2548

หมายเหตุ: ใช้ ICD ของแต่ละโรคดังนี้ diphtheria = A36 ; whooping cough = A37; tetanus neonatorum = A33; measles = B05; German measles= B06 ; polio= A80 ; tuberculosis (nervous system) = A15-A19 ; Japanese Encephalitis =A830 ; Hep B=B15

หมายเหตุ: อัตราการป่วยต่อประชากรแสนคน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรคในกลุ่มอายุ 0-3 ปี/จำนวนประชากรกลางปีในกลุ่มอายุเดียวกัน* 100,000

งานเฝ้าระวังและดูแลโภชนาการเด็ก

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนมีแนวโน้มดีขึ้น (ภาพที่ 13) แต่ก็มีอัตราที่ค่อนข้างคงตัวในระยะหลัง และเมื่อจำแนกตามพื้นที่พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนไทยในพื้นที่สูง (ชาวเขา) จะพบอัตราการขาดสารอาหารสูงกว่าเด็กในกรุงเทพมหานครถึงเกือบ 8 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่หน่วยบริการสุขภาพ ต้องมีการวางแผนเป้าหมายประชากรแบบแยกจำเพาะมากขึ้น

ภาพที่ 13 สถานการณ์โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2531- พ.ศ. 2546



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 14 ภาวะโภชนาการในเด็ก 0-6 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549

พ.ศ.	กลาง		ตะวันออกเฉียงเหนือ		เหนือ		ใต้		รวม	
	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก	น้ำหนัก
	ค่อนข้างน้อย	น้อยกว่าเกณฑ์	ค่อนข้างน้อย	น้อยกว่าเกณฑ์	ค่อนข้างน้อย	น้อยกว่าเกณฑ์	ค่อนข้างน้อย	น้อยกว่าเกณฑ์	ค่อนข้างน้อย	น้อยกว่าเกณฑ์
2547	2.68	1.35	8.02	3.03	7.56	2.67	5.24	2.81	6.23	2.53
2548	3.01	1.91	6.58	3.23	5.98	3.39	4.99	2.68	5.30	2.83
2549	2.90	2.81	6.44	2.98	4.74	2.72	4.36	3.27	5.19	2.94

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

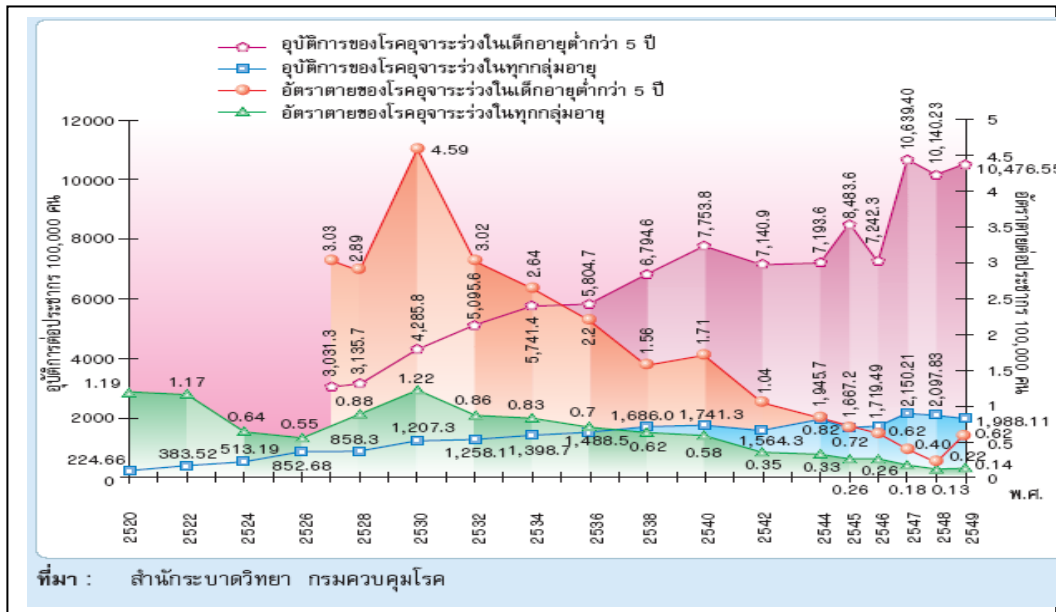
หมายเหตุ : ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 กรมอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กใหม่

งานป้องกันโรค

หากพิจารณาจากโรคติดต่อที่พบบ่อย อันได้แก่ โรคอุจจาระร่วง ก็พบว่ายังมีอุบัติการณ์ของโรคที่ยังไม่ลดลง และสูงขึ้นในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แสดงถึงปัญหาสุขอนามัยพื้นฐานในครอบครัวที่ไม่ดีขึ้น

ภาพที่ 15

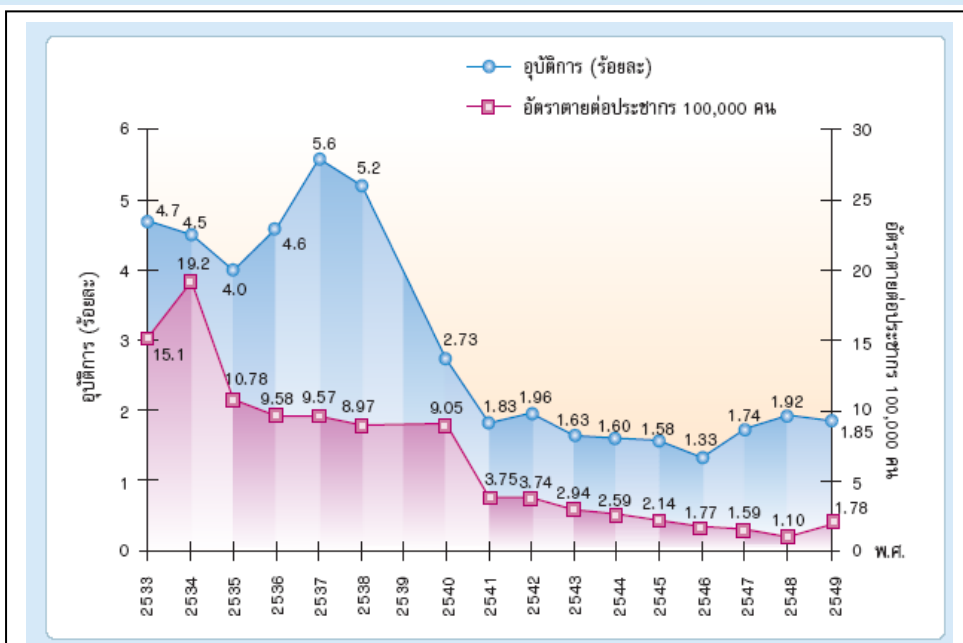
อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



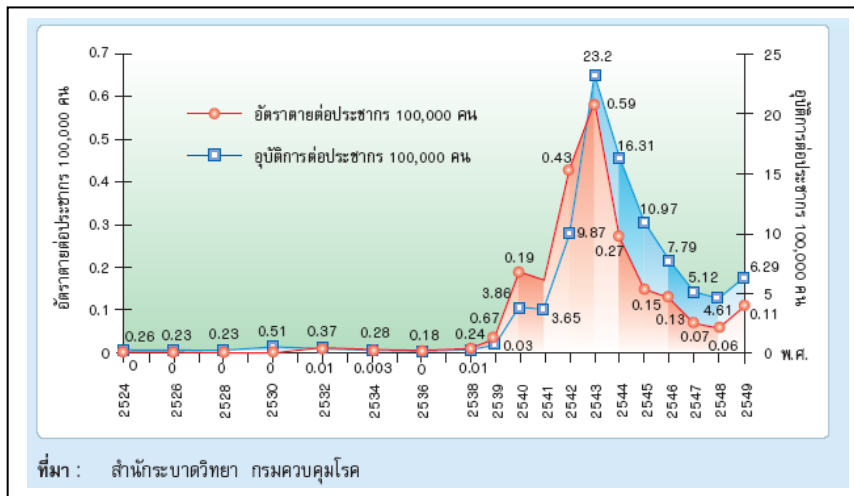
อุบัติการณ์โรคเป็นปอดบวมที่สะท้อนถึงการดูแลเบื้องต้นของการป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่ในระยะหลังระดับค่อนข้างคงตัว อันอาจมีปัญหากลุ่มเฉพาะหรือมีการดูแลที่ไม่ดีขึ้น

ภาพที่ 16

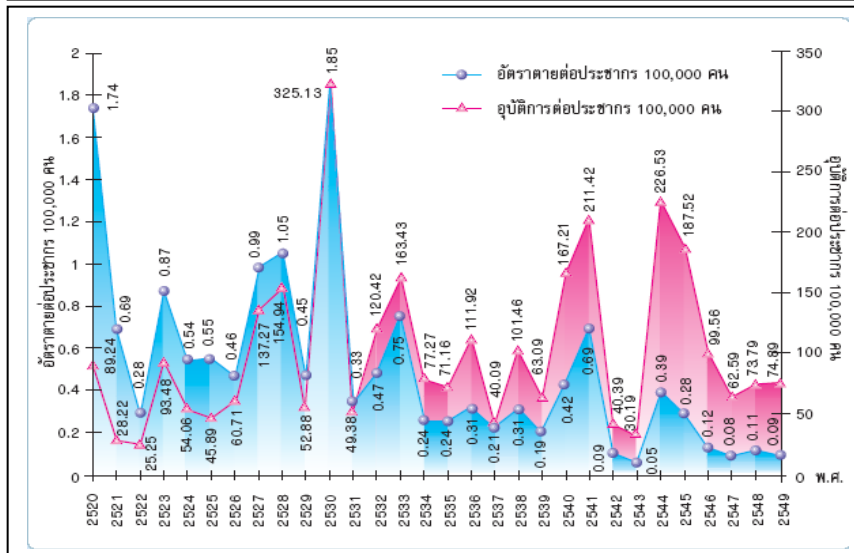
อุบัติการณ์ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2549



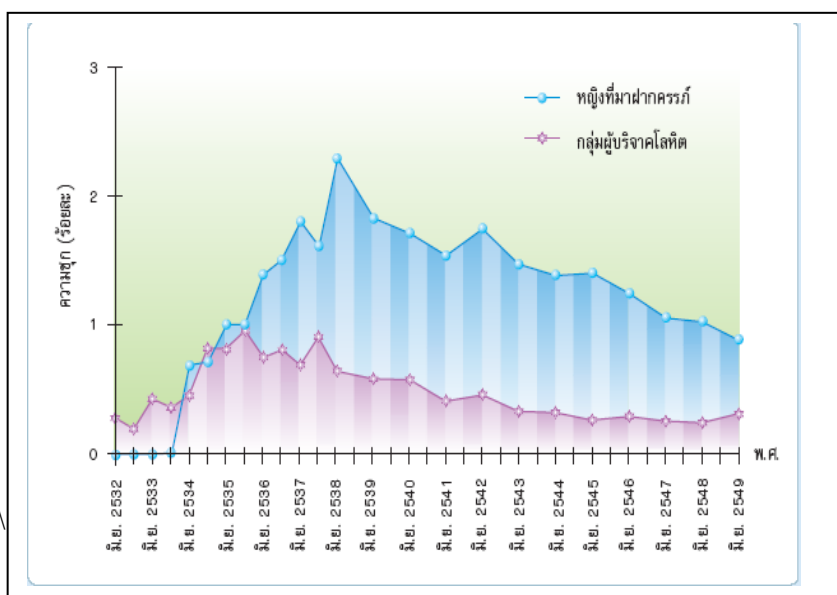
นอกจากนี้ยังมีโรคติดต่อที่มีการระบาดตามฤดูกาล ได้แก่ โรคเลปโตสไปโรซิส ที่มีการระบาดขึ้นลงเป็นระยะ เช่นเดียวโรคกับไข้เลือดออกที่ยังมีปัญหาระบาดขึ้นลงตลอด ไม่สามารถควบคุม ป้องกันได้ดีพอ รวมทั้งโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ เช่นเอดส์ ไข้หวัดนก ที่ยังคงเป็นปัญหาเรื่องควบคุม



ภาพที่ 17 อุบัติการณ์
และอัตราตายของ
โรคเลปโตสไปโรซิส
พ.ศ. 2524-2549



ภาพที่ 18 อุบัติการณ์
และอัตราตายของโรค
ไข้เลือดออก
พ.ศ. 2520-2549



ภาพที่ 19 อัตราความชุก
ของการติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต
และหญิงตั้งครรภ์ที่มา
ฝากครรภ์ในรพ.ของรัฐ
พ.ศ. 2532-2549

ด้านการคัดกรองโรคในกลุ่มผู้ใหญ่ และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีการตรวจสุขภาพประจำปี บริการวางแผนครอบครัว การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งเต้านม ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวนเพิ่มขึ้นและครอบคลุมเพิ่มขึ้น แต่จำนวนยังไม่มากนัก และการเปลี่ยนแปลงเรื่องภาวะโภชนาการที่ผิดปกติไม่ชัดเจน

ตารางที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่กลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป ปีงบประมาณ 2545-2548

รายการ	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
จำนวนผู้ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อายุ 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละความครอบคลุมประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป)			4,961,600 (12.67)	9,088,171 (22.76)
- จำนวนผู้มีภาวะโภชนาการบกพร่อง (ร้อยละของผู้ได้รับการประเมิน)			156,873 (3.16)	276,280 (3.04)

รายการ	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
- จำนวนผู้มีภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละของผู้ได้รับการประเมิน)			371,610 (7.49)	689,792 (7.59)
จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัว			5,936,779	6,386,617
จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คน) (ร้อยละความครอบคลุมในสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)	n/a	1,008,231 (10.56)	1,333,748 (10.02)	1,656,705 (11.02)
จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม (คน) (ร้อยละความครอบคลุมในสตรีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)	n/a	n/a	3,690,017 (34.78)	6,623,294 (54.45)
การให้บริการส่งเสริมทางทันตกรรม		4,869,986	4,143,510	4,994,820
ผู้ได้รับการเยี่ยมบ้าน (คน)	8,808,476	9,001,988	8,256,473	8,973,769

ที่มา วิเคราะห์จากข้อมูลระบบรายงานเพื่อการติดตามและประเมินผลงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 0110 รง 5

- หมายเหตุ:
1. ร้อยละความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพประจำปีประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป คำนวณจาก จำนวนผู้ได้รับการตรวจสุขภาพอายุ 25 ปีขึ้นไป/ประชากรกลางปีในกลุ่มอายุเดียวกัน *100
 2. ร้อยละของผู้ที่มีโภชนาการบกพร่อง หรือโภชนาการเกิน คำนวณจาก จำนวนผู้ที่มีภาวะโภชนาการบกพร่อง (หรือเกินแล้วแต่กรณี) ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป/จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินในกลุ่มอายุเดียวกัน*100
 3. ร้อยละความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป คำนวณจาก จำนวนผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มอายุนั้น/จำนวนประชากรกลางปีหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน *100
 4. ร้อยละความครอบคลุมในการตรวจมะเร็งเต้านมในสตรีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป คำนวณจาก จำนวนผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในกลุ่มอายุนั้น/จำนวนประชากรกลางปีหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน *100
 5. จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปกลางปี 2547 = 39,128,709 คน ปี 2548 = 39,923,167 คน
 6. จำนวนประชากรหญิงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปกลางปี 2546 = 9,549,519 คน ปี 2547 = 13,314,174 คน 2548 = 15,031,511 คน
 7. จำนวนประชากรหญิงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปกลางปี 2547 = 10,610,730 คน ปี 2548 = 12,164,452 คน

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลความชุกที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านม ก็พบว่ายังดำเนินการได้ครอบคลุมไม่มาก

ตารางที่ 11 ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549					
การตรวจคัดกรอง	พ.ศ. 2547 ⁽¹⁾				พ.ศ. 2549 ⁽²⁾
	15-29 ปี	30-44 ปี	45-59 ปี	รวม	
- การตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยใช้วิธี Pap smear	29.0	62.2	55.0	48.5	49.8
- การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	35.0	58.3	53.5	48.7	24.6
- การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	13.2	28.1	27.9	22.7	24.5
- การตรวจเต้านมโดย Mammogram (อายุ 40-59 ปี)	-	-	-	4.0	-

ที่มา : 1. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ส่วนเรื่องการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง ก็พบว่า คุณภาพของการดูแลยังไม่ดีพอ การควบคุมปัญหาหรือควบคุมโรคได้ยังน้อยมาก ซึ่งต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ 12 ความชุกของโรคเรื้อรังของประชาชนไทยและการวินิจฉัยและการรักษา พ.ศ. 2547						
อัตรา (ร้อยละ)	ความดันโลหิตสูง		ไขมันในเลือดสูง		เบาหวาน	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความชุก	23.3	20.9	13.7	17.1	6.4	7.3
- ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	78.6	63.8	87.6	86.8	65.5	49.2
- ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่รักษา	4.5	5.4	3.1	4.1	1.9	1.7
- รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	11.2	19.0	2.7	3.3	24.1	33.9
- รักษาและควบคุมได้	5.7	11.7	6.7	5.9	8.5	15.2

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งจากการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ 18 อำเภอ 44 หน่วยบริการ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, พ.ศ. 2548: โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย) พบว่าระบบจัดการเพื่อการดูแลนั้นมีความแตกต่างสูงมาก บางพื้นที่มีการประสานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดี มีระบบสนับสนุนซึ่งกันและกันดี บางพื้นที่พบพบาทการดูแลมีจุดเน้นอยู่ที่โรงพยาบาล และ

บทบาทของแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทน้อย ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

- ระบบที่มีแต่การจ่ายยา และให้ข้อมูลดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยเหมือนกันทุกคน
- ระบบที่เพิ่มเรื่องการคัดกรอง และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์
- ระบบที่พยายามพัฒนาให้มีการดูแลแบบผสมผสาน และเสริมการพึ่งตนเองของกลุ่มเป้าหมาย

ขณะเดียวกันแต่ก็พบว่า มีหน่วยบริการในระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลมีการพัฒนาโครงการเกี่ยวกับเรื่องนี้ทั้งในด้านคัดกรองให้ครอบคลุมมากขึ้น การกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคได้ดีขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งที่จัดเป็นค่าย เป็นกลุ่มชมรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันฯ เพื่อให้ดูแลกันเอง หรือการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในลักษณะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งยังต้องมีการจัดการรวบรวมประสบการณ์องค์ความรู้ในการพัฒนาเรื่องนี้ให้เป็นระบบมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่การพัฒนายังดำเนินการเป็นเรื่องๆ ตามความสนใจ ยังไม่มีการพัฒนาที่บูรณาการทั้งระบบ

จากผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยรวม อาจแปลความได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับโรงพยาบาล สามารถให้บริการพื้นฐานแก่ประชากรได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ก็มีประเด็นเชิงคุณภาพที่ต้องการพัฒนาเพิ่มขึ้นในอีกหลายด้าน ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรคกลุ่มใหม่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคพื้นฐานในกลุ่มจำเพาะต่างๆ เช่น อูจาระร่วง ไข้เลือดออก ปอดบวมในเด็ก และการดูแลคัดกรองภาวะเสี่ยงในกลุ่มผู้ใหญ่

ด้านการเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพ

กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนในระยะที่ผ่านมามักทำในรูปแบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ และประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดตั้งชมรมสุขภาพต่างๆ และในบางแห่งเริ่มมีการพัฒนาในรูปของการค้นหาศักยภาพและภูมิปัญญาของตนเอง แต่การประเมินผลในด้านศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองอาจจะยังไม่มี การประเมินเป็นการเฉพาะที่เป็นผลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่อาจสะท้อนผ่านผลการสำรวจโดยรวมของประชาชนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้ ความเข้าใจของประชาชนในการดูแลสุขภาพบางด้าน เนื่องจากหน่วยงานและบุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ส่วนใหญ่คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน

ความสามารถในการดูแลตนเองกรณีเป็นโรคเจ็บป่วยทั่วไป เล็กๆ น้อยๆ ยังไม่มีการสำรวจที่ชัดเจน มีข้อค้นพบเพียงว่าประชาชนไปใช้บริการกรณีเจ็บป่วย เล็กๆ น้อยๆ เช่น ไข้หวัด เร็วขึ้นกว่าเดิม (กรณีพัฒนานิคม ลพบุรี)

พฤติกรรมสุขภาพ ความเสี่ยงต่างๆ การรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ

จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มอายุ 15-74 ปี พ.ศ. 2548 (สำนึกโรคไม่ติดต่อ ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548) พบว่าพฤติการณ์ด้านต่างๆ มีดังนี้

การได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพ

จากข้อคำถามถึงการได้ รับการแนะนำหรือคำอธิบายในการดูแลสุขภาพและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเมื่อไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประชากรอายุ 15-74 ปี ที่ไปพบแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรักษาการเจ็บป่วยแล้วได้รับการแนะนำหรือคำอธิบายในการดูแลสุขภาพทุกครั้งร้อยละ 64.97 โดยมีความใกล้เคียงกันทั้งผู้ชายและผู้หญิง (ร้อยละ 65.16 และ 64.82 ตามลำดับ)

ประชากรอายุ 15-74 ปี ที่ได้รับการคำอธิบายในการดูแลสุขภาพทุกครั้งแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 49.69 ถึง 82.87

การกินผัก ผลไม้

ความชุกของประชากรอายุ 15-74 ปี ที่รับประทานผักและผลไม้รวมกันในแต่ละวันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานมีเพียงร้อยละ 17.34 โดยเพศหญิงรับประทานร้อยละ 18.85 ซึ่งมากกว่าเพศชายที่ รับประทานร้อยละ 15.76 และช่วงอายุ 35-44 ปี รับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานมากที่สุดมีความชุกร้อยละ 18.62

กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

ความชุก (ร้อยละ) ของประชากรอายุ 15-74 ปีที่มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ เท่ากับร้อยละ 91.51 เพศชาย มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอมากกว่าเพศหญิง กล่าวคือ มีความชุกร้อยละ 92.71 และ 90.38 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความชุกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรอายุ 45-54 ปี และ 55-64 ปีมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอมากที่สุดใกล้เคียงกันคือมากกว่าร้อยละ 94 รองลงมาคืออายุ 35-44 ปี ร้อยละ 93.45, 65-74 ปี ร้อยละ 90.79, 25-34 ปี ร้อยละ 90.05 และน้อยที่สุดคือ 15-24 ปี ร้อยละ 85.11

ความชุกของประชากรอายุ 15-74 ปีที่มีการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ คือออกกำลังกายนานกว่า 30 นาทีต่อ ครั้ง สัปดาห์ละ 3 วันขึ้นไป ในรอบ 30 วันที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 30.91 เพศชายมีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 35.27 และ 26.76 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 15-24 ปี มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 44.79 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 65-74 ปี, 45-54 ปี, 55-64 ปี, 25-34 ปี และ 35-44 ปี มีความชุกร้อยละ 30.22, 29.89, 28.55, 28.10 และ 25.82 ตามลำดับ

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ความชุกของประชากรอายุ 15-74 ปีที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เช่น เหล้า เบียร์ สเปย์ สาโท น้ำตาลเมา ไวน์ อุ กระแช่ เป็นต้น) ในปัจจุบัน ร้อยละ 37.44 โดยเพศชายมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปัจจุบันมากกว่าเพศหญิง กล่าว คือ เพศชายมีความชุกร้อยละ 59.10 และเพศหญิงมีความชุกร้อยละ 16.91 เมื่อพิจารณาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปัจจุบันตามช่วงอายุ พบว่า มีค ล้ายคลึงกันทั้งเพศชายและเพศหญิง คือ ช่วงวัยทำงานมี การดื่มมากและลดลงในวัยสูงอายุ

การป้องกันอุบัติเหตุ

จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของผู้ใช้จักรยานยนต์ พบว่า ความชุกของประชากรอายุ 15-74 ปี ที่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้งขณะขับขี่ รถจักรยานยนต์ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 52.44 เพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 53.19 และ 51.44 ตามลำดับ)

ความรู้ในการป้องกันโรคเรื้อรัง

ประชากรอายุ 15-74 ปี มีความรู้โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (หรือโรคหลอดเลือดสมอง) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคอัลสไซเมอร์ สามารถป้องกันได้ โดยเรียงลำดับตามโรคที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (หรือโรคหลอดเลือดสมอง) โรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัลสไซเมอร์ มีผู้ตอบถูกร้อยละ 66.23, 65.75, 54.28, 42.51, 37.44 และ 29.31 ตามลำดับ เพศชาย และเพศหญิงมีความรู้โรคต่างๆ เหล่านี้ สามารถป้องกันได้ใกล้เคียงกัน และพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มที่อายุน้อยมีความรู้โรคต่างๆ เหล่านี้ป้องกันได้มากกว่ากลุ่มอายุที่สูงกว่า

สำหรับความรู้ ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และภาวะอ้วน พบว่า ประชากรอายุ 15-74 ปี มีความรู้ ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเรียงตามประเด็นความรู้ที่มีผู้ตอบถูกมากเกินร้อยละ 70 ดังนี้คือ 1) การรับประทานอาหารทอด และอาหารไขมันสูงจะทำให้มีระดับไขมันในเลือดสูงได้ 2) คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนผอม 3) ผู้ที่รับประทานอาหารเค็มจะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารจืด 4) การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น 5) การรับประทานผักและผลไม้ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและอัมพฤกษ์ อัมพาต มีผู้ตอบถูกร้อยละ 84.15, 82.64, 76.21, 72.53 และ 71.67 ตามลำดับ ส่วนประเด็นความรู้ที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ 1) ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต มากกว่าเมื่งบอด มีผู้ไม่ทราบถึงร้อยละ 94.76 และ 2) การรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ไขมันในเลือดสูง มีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 23.15 เพศชายและเพศหญิงมีความรู้ ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ใกล้เคียงกัน

ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน ในพัฒนาสุขภาพ และกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในระหว่างที่ผ่านมามีองค์กรชุมชนที่มีการพัฒนาจนกระทั่งมีการจัดการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาให้มีมาตรการเฝ้าระวังปัญหาความรุนแรงจากการดื่มสุรา การป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน การรณรงค์เพื่อลดการดื่มสุรา การจัดชมรมรักสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย

7. บทเรียนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยวิธีการต่างๆ เช่น Model Development, การฝึกอบรม การสร้างเครือข่ายเรียนรู้ การสนับสนุนนวัตกรรมการพัฒนา

- Model development กรณีการพัฒนา 4 จังหวัด (สุพรรณบุรี ราชบุรี และกาญจนบุรี) ที่พบว่าหากมีการพัฒนาระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลไปพร้อมกันได้ ทำให้มีการพัฒนางานได้ดีขึ้น มีการพัฒนาต่อเนื่องโดยองค์กรภายในได้เอง เช่นกรณีสมุทรปราการ กทม. ภูเก็ต น้ำพอง ขอนแก่น สงขลา การพัฒนาในพื้นที่ลพบุรี อุทัยฯ
- กรณีการพัฒนาบุคลากร ซึ่งมีหลายลักษณะ ทั้งในด้านฝึกอบรมปรับทัศนคติ การมองปัญหาชุมชน เครื่องมือการเรียนรู้ชุมชน การอบรมเชิงคุณภาพ ที่มีรูปแบบการพัฒนาทั้งในลักษณะที่เป็น การฝึกอบรมรวมต่อเนื่อง การอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ การอบรมให้มีประสบการณ์จริงในพื้นที่ การอบรมการพัฒนาเชิงกระบวนการในเรื่องการฟังอย่างตั้งใจ การอบรมด้านจิตวิทยา การสร้างเครือข่ายเรียนรู้การพัฒนางานชุมชนในระดับพื้นที่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด ภาค การสนับสนุนงบประมาณและวิชาการในด้านการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ ที่หน่วยงานพื้นที่สนใจต้องการพัฒนาเอง
- การพัฒนาบริการในด้านต่างๆ ที่มีการศึกษาและพัฒนาบริการในด้านต่างๆ ที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแลเด็ก การดูแลผู้พิการ
- องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนา คือ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ร่วมกับอำเภอ และผู้ประสานงานหลักในจังหวัด
- นโยบายสสจ. ช่วยทำให้กระบวนการพัฒนา ไปได้ดี ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ นครราชสีมา พะเยา หนองบัวลำภู
- การสร้างเครือข่ายเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่ใช้ช่วยสร้างกำลังใจ แลกประสบการณ์และทำให้การกระจายกิจกรรมดำเนินงานขยายไปได้เร็ว ตัวอย่าง กรณีช่วงฝนฯ เชียงราย หนองบัวลำภู เครือข่ายหมออนามัย
- การพัฒนาวิธีการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ด้วยการปรับทัศนคติ การเสริมทักษะ ความรู้ในการทำงานด้านต่างๆ
- การฝึกอบรม เดิมทำแต่เรื่องแนวทาง ต่อมาลงรายละเอียดเครื่องมือ เช่น family folder เพิ่มขึ้น การพัฒนาในด้านคุณภาพด้วยวิธีการต่างๆ การอบรมในด้านเวชปฏิบัติครอบครัว การศึกษาชุมชนด้วยเครื่องมือ 7 ชิ้น

8. ข้อเสนอ: ข้อจำกัด และศักยภาพ โอกาสในการพัฒนา และแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ (ใครควรจะมาช่วยกันทำอะไรอย่างไร) ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนา คือ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ร่วมกับอำเภอ และผู้ประสานงานหลักในจังหวัด

ศักยภาพ ในการพัฒนา คือ ความตั้งใจและความสนใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งในระดับสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มที่เริ่มการพัฒนาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีส่วนของอปท.บางส่วนเข้าร่วมในการพัฒนาเพิ่มขึ้น เพียงแต่ขาดการสนับสนุน และการจัดการที่เป็นระบบและมีพลังมากขึ้น

ข้อจำกัด

พบว่าข้อจำกัดในด้านการบริหาร และนโยบายวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร วิธีบริหารแบบเดิมๆ เน้นปริมาณตามโครงการ ทั้งในระดับจังหวัด สาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขอำเภอ

ปัญหาเรื่องระเบียบการใช้งบประมาณ ที่จ่ายค่าตอบแทนได้ยาก ปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่แก้ไม่ได้ด้วยเรื่องเงินเพียงส่วนเดียว

เอกสารอ้างอิง

- สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด, ส.ค..2547
- คณะกรรมการความร่วมมือเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ, ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ
- รายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2549
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร ทศนีย์ ญาณะ รายงานผลการศึกษา โครงการพัฒนากลไกกำกับและประเมินคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ
- ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2548
- อติเรก ศรีสถิตย์
- สพข. สปสช สวรส, รายงานผลการพัฒนานวัตกรรมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ภาคผนวก

มาตรการและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบกำกับคุณภาพบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ

มาตรการและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบกำกับคุณภาพบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ แยกเป็น 2 กลุ่มตามระดับของการใช้ คือ ระดับองค์กรหรือหน่วยงาน และระดับกระบวนการจัดบริการ มาตรการที่ใช้ระดับองค์กรจำเป็นต้องมีมาตรการระดับกระบวนการร่วมด้วย แต่มาตรการระดับกระบวนการจัดบริการอาจจะแยกใช้ต่างหากก็ได้ ตัวอย่างของมาตรการและเครื่องมือที่ใช้มีดังนี้

ระดับองค์กรหรือหน่วยงาน

1.1 เกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP)¹ และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)² ประกอบด้วยมาตรฐานด้านต่าง ๆ ได้แก่

- มาตรฐานด้านโครงสร้าง : องค์ประกอบและบทบาทของทีมงานสุขภาพ สัดส่วนบุคลากรต่อประชากร ที่ตั้ง อุปกรณ์เครื่องมือ
- มาตรฐานด้านขีดความสามารถในการจัดบริการ : บริการส่งเสริมสุขภาพในสถานพยาบาล และชุมชน บริการผสมผสาน บริการต่อเนื่อง บริการเชิงรุก บริการยา บริการชันสูตร บริการทันตกรรม สัดส่วนเวลาต่อสัปดาห์ที่เปิดให้บริการด้านต่าง ๆ
- มาตรฐานด้านการจัดการ : การจัดระบบบริการเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนาคนในองค์กร ระบบกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการ การเชื่อมต่อและการส่งต่อ ระบบการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์

เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญา จึงมุ่งประเด็นในการประเมินความพร้อมของสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดอยู่ใน Quality Assessment ซึ่งให้น้ำหนักกับการประเมิน Input หากจะต้องการให้ได้ผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพจำเป็นต้องใช้เกณฑ์ดังกล่าวร่วมกับมาตรการอื่น ๆ เช่น การกำหนดผลลัพธ์บริการที่ชัดเจนวัดได้ ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี ระบบตรวจสอบกำกับประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการที่ชัดเจนเป็นจริง ตลอดจนมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสมเพื่อควบคุมกำกับให้มีการดำเนินการตามสัญญา

1.2 Hospital Accreditation³ (HA) เป็นการพัฒนาโรงพยาบาลตามข้อกำหนดในมาตรฐาน โดยวิธีการ 1.วิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ 2.ดำเนินการปรับปรุงหรือจัดวางระบบใหม่ 3.ทบทวนมาตรฐาน

¹ คู่มือแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ และแบบฟอร์มประเมินเครือข่ายสถานพยาบาลปฐมภูมิ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ทราบบปีผลิต, เอกสารโรเนียว

² แบบฟอร์มประกอบการแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบฟอร์มประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ทราบบปีผลิต, เอกสารโรเนียว

³ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2543

หรือเกณฑ์พิจารณาเป็นระยะ 4. จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ยึดหลักสำคัญคือ 1. ผู้ป่วยได้รับการที่ดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล รวมทั้งได้รับการพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี 2. สมาชิกของทีมงานร่วมกันด้วยความเข้าใจและด้วยใจที่มุ่งมั่น 3. การมุ่งออกแบบระบบงานหรือกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันปัญหาและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามนโยบายหรือจุดยืนของโรงพยาบาลในแต่ละเรื่อง มาตรฐานที่ใช้แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กระบวนการคุณภาพ การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และการดูแลรักษาผู้ป่วย

ในการประชุมการเรียนรู้กระบวนการให้คำปรึกษาในชั้นที่ 2⁴ เมื่อวันที่ 9 – 10 เมษายน 2545 ณ ห้องประชุมกรมการแพทย์ มีการนำเสนอ (ร่าง) มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCU ประกอบด้วย มาตรฐานและเกณฑ์ต่าง ๆ ดังนี้

- ดูแลเบื้องต้นสำหรับภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยได้ตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ ในลักษณะผสมผสานและเป็นองค์รวม : ประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้มารับบริการ, ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเกินขีดความสามารถ, ให้บริการตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับแก่ผู้ป่วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง, บริการตรวจชั้นสูตรที่จำเป็น, มีระบบทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ, ให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้, ให้คำปรึกษาที่จำเป็นหรือส่งต่อไปรับคำปรึกษา, แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในช่องปาก
- บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาล : สามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้มารับบริการ, ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยตนเอง, บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการและครอบครัว
- บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมตลอดทุกช่วงอายุของประชาชน : ดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดเพื่อเป้าหมายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย, ดูแลส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารกและเด็กก่อนวัยเรียน, ค้นหาดูแลเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม, บริการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย, บริการทันตกรรมป้องกันแก่กลุ่มอายุต่างๆ, ป้องกันและดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพเพื่อตรวจรักษาอย่างเหมาะสม, บริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทองและเจริญพันธุ์, ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- พัฒนาสมรรถภาพผู้พิการ : ค้นหาและพัฒนาสมรรถภาพผู้พิการเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและได้รับการดูแลจากครอบครัว/ชุมชนตามความเหมาะสม
- ผู้ป่วยและประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการดูแลตนเอง : มีระบบดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ, มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ รวมทั้งครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการดูแลตนเอง

⁴ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล บัณฑิต 3 ขั้นสู่ HA (ปรับปรุงจาก Roadmap to HA และเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพแบบเรียบง่าย ใน Simplicity in a Complex System) เอกสารประกอบการประชุมการเรียนรู้กระบวนการให้คำปรึกษาในชั้นที่ 2 ในที่ 9 – 10 เมษายน 2545 ณ กรมการแพทย์ เอกสารโรเนียวัยบเล่ม หน้า 54 - 66

- ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชน และมีความร่วมมือในการแก้ปัญหา : ค้นหาและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยวิธีการที่เหมาะสม ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม, เสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชนและระดมศักยภาพชุมชนในการแก้ปัญหา
- มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ : มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการดูแล ต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมและการปรับปรุงบริการ, บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม มีขวัญกำลังใจ มีความรู้ ทักษะเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่, มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ, มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลและรับฟังความคิดเห็นของประชาชน, มีระบบ การจัดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

แม้ว่า HA จะมีมาตรฐานในส่วนของ Quality assessment และ Quality Improvement อยู่ ด้วย แต่จากวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานเห็นได้ชัดเจนว่า HA มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การพัฒนาระบบ ของโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพ จึงจัดอยู่ใน Quality System เนื่องจากแนวคิด พื้นฐานของ HA พัฒนามาจากการปรับปรุงระบบการให้บริการในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการ รักษาพยาบาล แต่เพื่อให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมีจุดเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงได้มีความพยายามที่จะพัฒนามาตรฐานให้ครอบคลุมไปถึงบริการส่งเสริมสุขภาพทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ตลอดจน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยหลักการ HA ช่วยให้ทิศทางและวิธีการพัฒนาองค์กรมีความชัดเจน ขึ้น แต่เงื่อนไขสำคัญของ HA อยู่ที่ทุกคนในองค์กรเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และเข้าร่วมพัฒนาองค์กร ด้วยใจที่มุ่งมั่น จำเป็นจะต้องใช้เวลาพอสมควรและมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนาค้นเหล่านั้น ก่อนที่จะให้เขาไปทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการต่อไป

1.3 มาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001 : 2000⁵ เป็นระบบการประกันคุณภาพที่ มุ่งเน้นความพึงพอใจของลูกค้าเป็นสำคัญ สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างแน่นอน มีการใช้เอกสารเป็นหลักฐานที่แสดงให้ทุกฝ่ายได้ทราบว่า องค์กรที่ใช้ระบบบริหารคุณภาพมาตรฐานนี้ มี การบริหารคุณภาพอย่างเป็นระบบ ในรูปแบบการประกันคุณภาพ

อย่างไรก็ดี การที่องค์กรมาตรฐานสากล ISO มีความประสงค์จะให้มาตรฐาน ISO 9001 : 2000 สามารถประยุกต์ใช้ได้กับธุรกิจทุกชนิดทุกขนาด จึงทำให้เกิดข้อจำกัดที่สำคัญขึ้น กล่าวคือ ถ้อยคำที่นำมาใช้กับข้อกำหนดของมาตรฐานระบบคุณภาพ ISO 9001 : 2000 จำเป็นต้องให้สามารถ ครอบคลุมถึงกิจกรรมคุณภาพที่หลากหลายลักษณะธุรกิจได้ ดังนั้น เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับธุรกิจ บริการสุขภาพหรืองานบริการสาธารณสุข ผู้ที่จะนำมาประยุกต์ใช้จึงต้องมีความเข้าใจในกลไกการ บริหารคุณภาพเชิงการประกันคุณภาพบริการเป็นพื้นฐานอย่างดีมาก่อน และข้อจำกัดที่สำคัญอีก ประการหนึ่งก็คือ ธุรกิจบริการสุขภาพที่ดี บริการสาธารณสุขที่ดี ต่างก็มีกิจกรรมคุณภาพเฉพาะตัวที่

⁵ ชูชาติ วิระณี ISO 9001 : 2000 Documentation กับ การประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข_ การจัดทำบัญชีกำกับระบบบริหาร คุณภาพ บทแปลและเรียบเรียงข้อกำหนดมาตรฐาน และเอกสารข้อกำหนดมาตรฐาน ISO 9001 : 2000 เอกสารประกอบการฝึกอบรม (ชุดที่ 2) สำหรับโครงการฝึกอบรมวิทยากรสำหรับการพัฒนาเครือข่ายคุณภาพบริการสาธารณสุข เอกสารโรเนียว

สำคัญ อันเป็น Intrinsic task ที่ธุรกิจอื่น ๆ ไม่มี และมีความสำคัญทางด้านคุณภาพที่ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า Generic task ตามที่ปรากฏในข้อกำหนดมาตรฐานเลย ด้วยเหตุนี้องค์การมาตรฐานสากล ISO จึงได้จัดประชุมนานาชาติจากผู้ประชุมที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในวงการบริการสุขภาพ ทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ที่ให้การรับรององค์กรผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารคุณภาพ ฯลฯ โดยมุ่งหวังว่าข้อสรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมน่าจะให้เค้าโครงข้อกำหนดระบบบริหารคุณภาพ ที่หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขทั่วไปสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพในการสร้างความพึงพอใจสูงสุดให้กับทุกฝ่ายได้ และได้มีการจัดพิมพ์เผยแพร่ในรูปของ International Workshop Agreement 1 (IWA1⁶) ในเดือนกันยายน 2544 โดยมีเนื้อหาที่เป็นส่วนของมาตรฐาน ISO 9001 : 2000, ISO 9004 : 2000 และส่วนที่เป็นประเด็นจำเพาะของการบริการสุขภาพ

1.4 มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ⁷ ก่อนหน้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพได้จัดทำมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของสถานีนอมาภัย ⁸ แบ่งเป็นมาตรฐานด้านงานบริการ (รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคฟื้นฟูสภาพร่างกายคุ้มครองผู้บริโภค) งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิต งานบริหาร และงานวิชาการ โดยมีการกำหนดมาตรฐาน Input Process และ Output สำหรับมาตรฐานแต่ละงาน เมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและมีการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบระบบบริการโดยกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้การประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) มีทิศทางและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้กำหนดมาตรฐานศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งตัวชี้วัดและเกณฑ์ขึ้น และจัดทำเป็นคู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อเดือนมีนาคม 2546 ประกอบด้วยมาตรฐานและเกณฑ์ต่าง ๆ ได้แก่

- มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน
 - (1) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรมในชุมชน
 - (2) สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน : ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นหลัก, มีและทำชมรมสร้างสุขภาพ
 - (3) บริการเชิงรุกประเมินสภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลกระทบ : อาสาสมัครดูแลสุขภาพประจำครอบครัวอธิบายการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านได้, การดำเนินการตลาดสดน่าซื้อที่ได้มาตรฐานในเขตเทศบาล
 - (4) มีและใช้ Family Folder เพื่อการบริการสุขภาพ

⁶ ISO IWA 1 Quality Management Systems — Guidelines for process improvements in health service organizations _ Based on ISO 9004 : 2000, Second edition, 2000-12-15 Quality management systems -- Guidelines for performance improvements Switzerland : 2544.

⁷ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน Manual of Primary Health Care Unit Standard Evaluation and Quality assurance 12 มีนาคม 2546 เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

⁸ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ร่าง) มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของสถานีนอมาภัย ไม่ทราบปีที่ผลิต, เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

- (5) มีและใช้ *Community Folder* เพื่อการสร้างสุขภาพชุมชน
- มาตรฐานด้านกิจกรรมบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน
 - (6) มีรูปแบบการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม : มีรูปแบบบริการที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้งกาย จิตสังคม และครอบครัวมีส่วนร่วม, ทีมสุขภาพสามารถประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้มารับบริการ
 - (7) มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ
 - (8) ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ
 - (9) มีระบบข้อมูล / IT Software ที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย เพื่อติดตามและส่งต่อได้สะดวก
 - (10) บริการรักษาพยาบาล : บริการสุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ, สามารถประเมินส่งต่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน / เร่งด่วนได้อย่างเหมาะสม
 - (11) บริการทันตกรรม : ให้บริการรักษาทันตกรรมป้องกันและทันตกรรมบำบัด
 - (12) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : เด็ก 0-5 ปีเจริญเติบโตตามมาตรฐาน, เด็กไม่เกิน 5 ปีได้รับวัคซีนตาม EPI program, หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน
 - (13) บริการชันสูตร : บริการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน, เก็บวัสดุส่งตรวจได้ถูกต้อง
 - (14) บริการยา : มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ, ผู้รับบริการได้รับมอทยาถูกต้องและสามารถใช้งานได้ถูกต้องเหมาะสม
 - (15) บริการการแพทย์แผนไทย / การแพทย์ทางเลือก
 - (16) บริการทำคลอดเฉพาะการคลอดปกติ บริการช่วยชีวิตฉุกเฉิน บริการผ่าตัดเล็ก : ความพึงพอใจของประชาชนต่อการเข้าถึงบริการของ PCU, มีการตรวจสอบระบบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อ
- มาตรฐานด้านบริการต่อเนื่อง
 - (17) มีบริการให้คำปรึกษา : มีระบบและจัดบริการให้ประชาชนสามารถปรึกษา การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การแก้ปัญหาทางกายจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามต่อเนื่อง โดยทีมสุขภาพที่ผ่านการอบรม
 - (18) มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับ มียานพาหนะเพื่อใช้ส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน : มีระบบประสานก่อนการส่งต่อ มีเอกสารรายละเอียดการส่งต่อ การติดตามผลการส่งต่อ, ทีมสุขภาพสามารถอธิบายการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่พบบ่อย
 - (19) บริการเยี่ยมบ้าน : มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการ ทำความรู้จัก สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ และให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็นเชื่อมโยงกับบริการใน PCU, ดูแลต่อเนื่องผู้พิการเพื่อช่วยเหลือปัญหาและส่งเสริมครอบครัว / ชุมชนมีบทบาทในการดูแล
 - (20) มีและใช้ Personal Record
- มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ
 - (21) มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือพยาบาลตามสัดส่วนประชากร
 - (22) มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง : มีการวางแผนและการฝึกอบรมทีมสุขภาพใน PCU ทุกเดือน

- (23) บุคลากรมีค่านิยมความชำนาญการทำงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ : มีค่านิยมความชำนาญการทำงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีการพิจารณาวางแผนการดำเนินงานเป็นทีมใน PCU โดยทุกคนในทีมสุขภาพมีส่วนร่วมตัดสินใจ
- (24) บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ : แผน / กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ครอบคลุมสภาพสุขภาพในพื้นที่และนโยบายรัฐบาล
- (25) มีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ : การติดตามประเมินผลและพัฒนางานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพตามแผน
- (26) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ : ทีมสุขภาพรับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ ทีมสุขภาพเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน
- (27) ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบมุ่งเน้นผลงาน
- (28) ระบบบริหารงานโดยคำนึงถึงความคุ้มค่า
- (29) จัดทำต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค : ระบบบริหารงานแสดงต้นทุนที่แท้จริง
- (30) มีมาตรฐานงานบริหารจัดการ : มีการพัฒนามาตรฐานการบริหารงานตามคู่มือ แนวทางมาตรฐาน
- (31) ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานราชการ / องค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคสร้างความเข้มแข็งชุมชน การออกบัตรประกันสุขภาพ
- (32) มีแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือการให้บริการ : ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ PCU
- (33) มีการพัฒนาหรือนวัตกรรมด้านต่าง ๆ ใน PCU
- (34) มีการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่จริง

มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนให้ความสำคัญกับกิจกรรมในชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้นด้วยการแยกเป็นกลุ่มมาตรฐานต่างหาก แต่ตัวชี้วัดที่กำหนดยังเป็นลักษณะกิจกรรมที่อาจไม่ตรงกับความหมายที่แท้จริง แม้จะพยายามกำหนดมาตรฐานเพื่อให้จัดบริการโดยมีประชาชนและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง แต่ยังมีมาตรฐานหรือกิจกรรมบางอย่างที่มีที่มาจากหน่วยงานวิชาการหรือส่วนกลางหรือกำหนดจากมุมมองผู้ให้บริการเป็นหลัก เช่น ชมรมสร้างสุขภาพ ตลาดสดน่าซื้อ Family Folder และ Community Folder ฯลฯ ประเด็นสำคัญคือ อะไรคือกิจกรรมที่สถานพยาบาลทุกแห่งต้องทำด้วยมาตรฐานเดียวกัน และอะไรคือกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะพื้นที่ มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนนี้จัดทำขึ้นเพื่อการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จึงจัดอยู่ใน Quality System ซึ่งให้น้ำหนักกับการประเมิน Process ที่เป็นกิจกรรม

1.5 ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (Thailand P.S.O.)⁹ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2541 กำหนดให้ทุกส่วนราชการ

⁹ สถาบันมาตรฐานสากลภาครัฐแห่งประเทศไทย สำนักงาน ก.พ. ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcomes (Thailand International P.S.O.) กรุงเทพฯ : บริษัท เดอะมาสเตอร์ จำกัด, 2545

ดำเนินการพัฒนามาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ เพื่อให้ราชการมีระบบบริหารและจัดการที่ดี อำนวยประโยชน์แก่ประชาชนและสังคมส่วนรวม

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภาครัฐราชการ ซึ่งเน้นผลลัพธ์ขั้นปลาย (ultimate Outcomes) จะดำเนินการพัฒนามาตรฐานสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงาน (Standard Achievement Outcomes) ซึ่งประกอบไปด้วย (1) ผลงาน / ผลผลิต (Performance/Output) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน (2) ผลลัพธ์ (outcomes) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน (3) ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcomes) และ (4) ระบบป้องกันผลลัพธ์ขั้นปลายที่ไม่พึงปรารถนา (Prevention System of Unintended Consequences)

นอกเหนือจากการพัฒนามาตรฐานสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานแล้ว การดำเนินการพัฒนามาตรฐานให้กับระบบบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐรวม 10 ระบบ ด้วยกัน คือ (1) ระบบข้อมูล (2) ระบบการสื่อสาร (3) ระบบการตัดสินใจ (4) ระบบการพัฒนาบุคลากร (5) ระบบการตรวจสอบถ่วงดุล (6) ระบบการมีส่วนร่วม (7) ระบบการบริการภาคเอกชน ประชาชน (8) ระบบการประเมินผล (9) ระบบการคาดคะเนและแก้ไขวิกฤต และ (10) ระบบวัฒนธรรมและจรรยาวิชาชีพ โดยมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละระบบขึ้นเพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับแต่ละหน่วยงานต่อไป

P.S.O. จัดอยู่ใน Quality System แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐโดยทั่วไป ไม่จำเพาะเจาะจงสำหรับบริการสุขภาพ

ระดับกระบวนการจัดบริการ

2.1 Clinical Practice Guideline (CPG)

2.2 มาตรฐานบริการของ กรม / กอง วิชาการต่าง ๆ

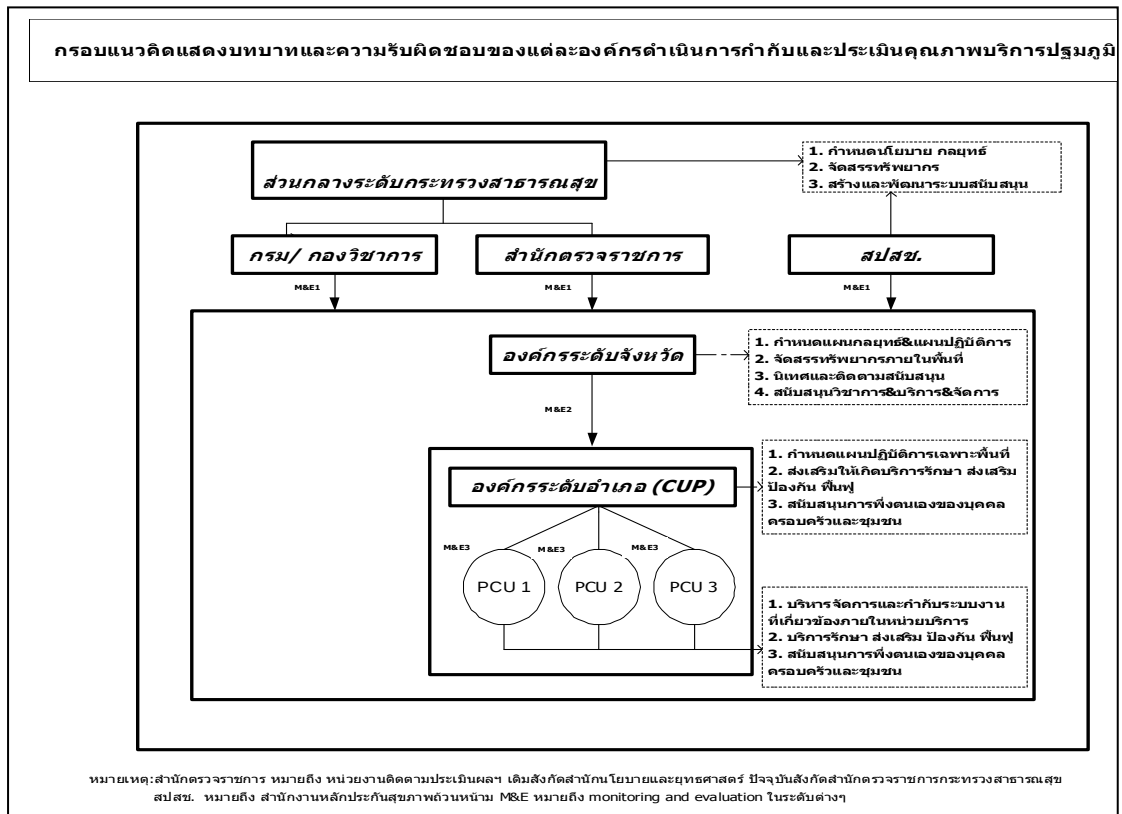
ประกอบด้วยมาตรฐานที่เกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการจัดบริการเป็นส่วนใหญ่ มีพื้นฐานการกำหนดมาจากมาตรฐานวิชาชีพและองค์ความรู้ของนักวิชาการ จัดเป็น Quality Assessment และ Quality Improvement

ประเด็นความเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญต่อเรื่องระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิ

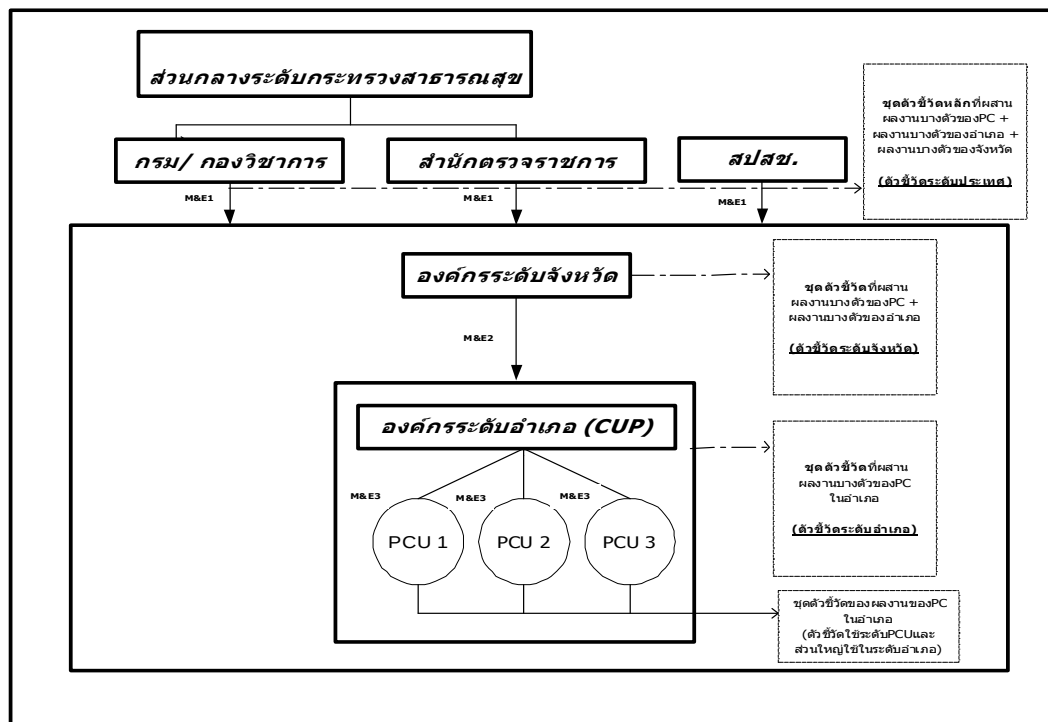
ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่านที่ทีมงานได้สัมภาษณ์ในประเด็นความเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องระบบคุณภาพบริการปฐมภูมิได้รายละเอียดสังเขป ดังนี้

- ในแง่ปรัชญาและมีทัศนภาพนั้น คุณภาพเป็นมุมมองที่ได้มาอย่างแตกต่างของผู้เกี่ยวข้องกับระบบบริการ เงื่อนไขของวิธีคิดและการกำหนดเส้นความสำเร็จหรือคุณภาพที่พึงพอใจของการพัฒนาคุณภาพจึงมีความแตกต่างกัน ขณะที่ต้องเข้าใจว่าคุณภาพไม่ใช่เรื่องมาตรฐานเท่านั้น แต่เป็นคุณค่า ความหมาย เป้าหมาย และกระบวนการของการพัฒนาโลก เครื่องมือและตัวชี้วัดรวมทั้งแหล่งข้อมูลเพื่อบอกระดับของคุณภาพในหลากหลายมิติ นอกจากนี้ การพัฒนาคุณภาพในแต่ละบริบทจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้วย
- ในแง่การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด ต้องมีความชัดเจนในเป้าหมาย ที่มาและลักษณะตัวชี้วัดว่าเป็นตัวชี้วัดในเชิงแนวคิด(conceptual indicators) เชิงโครงสร้าง(structural indicators)หรือ เชิงกิจกรรม(activity indicators) ทั้งนี้ทุกตัวแปรของชี้วัดไม่ว่าเป็นลักษณะใดต้องมีมิติของคุณภาพอยู่ ตัวชี้วัดคุณภาพยังจำเป็นต้องมีลักษณะเป็นevidence basedให้มากซึ่งอาจจะได้มาจากหลายวิธีการ และแนวกที่จะมีตัวชี้วัดที่สมบูรณ์ แต่อย่างน้อยต้องเป็นชุดตัวชี้วัดที่ได้รับการยอมรับ เป็นไปได้ เชื่อถือได้ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและมีความเที่ยงตรง นอกจากนี้ในแต่ละscenario จะมีระดับคุณภาพและตัวชี้วัดที่แตกต่างกันเนื่องจากปัจจัยและเงื่อนไขแวดล้อม ดังนั้นจะไม่สามารถใช้ตัวชี้วัดเดียวกันทั้งหมดในทุกแห่งของการพัฒนา และหากจะมีการกำหนดมาตรฐาน(standard setters) จำเป็นจะต้องระบุหลักการ ปัจจัยนำเข้า ผลผลิตที่ต้องการและศักยภาพที่จำเป็นของผู้ใช้ตัวชี้วัดในมาตรฐานดังกล่าวด้วย ทั้งนี้การพัฒนาตัวชี้วัดชุดใดชุดหนึ่งประกอบกับระบบที่จะนำตัวชี้วัดนั้นไปใช้ประโยชน์
- ในแง่วิธีการใช้ตัวชี้วัด จำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดตามระยะของการพัฒนาและต้องคำนึงถึง 1) เป้าหมายว่าเป็นการประเมินความสามารถหรือผลงานของบุคคลหรือองค์กร 2) การใช้ตัวชี้วัดชุดดังกล่าวนั้น เป็นบทบาทความรับผิดชอบของใคร หน่วยงานใดและมีศักยภาพความพร้อมในการทำได้น้อยเพียงใด และ3) ต้องมีความชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ชุดตัวชี้วัดนั้นเป็นการวัดสำหรับเฉพาะเรื่องของอะไรหรือเพื่อใช้ทิศทางของการพัฒนา หรือเพื่อใช้วัดเฉพาะพื้นที่ หรือเพื่อใช้ตัวชี้วัดเพื่อขยายผลต่อไปในอนาคต เป็นต้น
- ในแง่กลไกดำเนินการ ต้องมีการประเมินโครงสร้างการดำเนินการของการพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ต้นนโยบาย โครงสร้างทางกายภาพ การจัดสรรทรัพยากรและบทบาท ความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้จำเป็นต้องทบทวนกลไกที่มีอยู่ทั้งหมดในแง่แนวคิด เครื่องมือ วิธีการใช้ ผู้ใช้ เงื่อนไขปัจจัยต่อหน้าที่และประสิทธิภาพของการใช้เครื่องมือดังกล่าวด้วย เนื่องจากการดำเนินการต้องเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย หลายองค์กรดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดระบบงาน ความเชื่อมโยงพร้อมทั้งเงื่อนไขการดำเนินการของกลไกหลักที่มีระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้กลไกดำเนินการในทุกระดับต้องมีระบบงานรองรับและให้มีเงื่อนไขเวลารองรับกับระยะของการพัฒนา ขณะที่ในพื้นที่ต้องป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของการดำเนินการที่อาจจะเกิดขึ้นได้
- นอกจากนี้ การพัฒนาระบบคุณภาพบริการจำเป็นต้องตระหนักถึงการพัฒนาศักยภาพของคนทุกระดับของการพัฒนาในระบบทั้งหมด เพื่อการพัฒนาที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

กรอบแนวคิดแสดงบทบาท และความรับผิดชอบของแต่ละองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ



กรอบแนวคิดแสดงระดับขององค์กรกำกับติดตามและประเมินผลระบบบริการปฐมภูมิ และระดับของตัวชี้วัดระบบบริการปฐมภูมิ



ประเด็นความเห็นเรื่องกลไกกำกับคุณภาพบริการปฐมภูมิ

- เรื่องคุณภาพแยกไม่ออกจากเรื่องบริหารจัดการและการจัดสรรทรัพยากรแต่มีข้อดีคือใช้เป็นหน่วยเฝ้าระวังได้สำหรับการทำงานคุณภาพในระดับของPCU
- ตามนโยบายและปัญหาที่ส่งผลกระทบเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อPCU ทำให้ต้องพิจารณาภาพใหญ่ของระบบคุณภาพ เนื่องจากPCUเองไม่สามารถจัดการทั้งหมดได้ด้วยตนเองทั้งเรื่องการบริหารและการบริหารจัดการ
- ข้อเสนอของระบบกำกับคุณภาพของบริการนั้นขึ้นอยู่กับระบบบริการนั้นๆด้วย เช่นกรณีของผู้ให้บริการเป็นตัวหลักในระบบบริการภาพรวม เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ทำให้การกำกับติดตามก็จะมีแนวทางการดำเนินการและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการเป็นหลัก ขึ้นกับลักษณะของประเภทหน่วยบริการ ถ้าระบบบริการเป็นลักษณะรัฐสวัสดิการเช่นแคนาดา การบริการ การกำกับคุณภาพก็จะคิดเป็นลักษณะภาพรวมคุณภาพบริการ ไม่มีการจัดการเฉพาะแยกส่วนเป็นองค์กรย่อยๆของการกำกับแต่ละประเภทหน่วยบริการ
- องค์กรกำกับส่วนใหญ่จะมีงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ และ กำหนดนโยบาย ทิศทาง แนวทางการกำกับติดตามคุณภาพบริการแบบเป็นระบบที่ไม่เหมือนประเทศไทยที่มีการแยกส่วนขององค์กรที่ดำเนินการในแต่ละภารกิจ
- ส่วนกลางต้องมีกลไกและกรอบความคิดเรื่องการสร้างและพัฒนาระบบกำกับติดตามคุณภาพบริการ แต่จะต้องมีหน่วยที่ดำเนินการในเรื่องการพัฒนาในพื้นที่จริง ปัญหาส่วนหนึ่งคือ ส่วนกลางคิดว่าจะให้ภูมิภาคทำเรื่องพัฒนา ภูมิภาคบอกให้จังหวัดดูแลรับผิดชอบ ขณะที่จังหวัดก็จะให้ระดับCUPและหลายพื้นที่ให้PCU ดูแลเรื่องพัฒนาระบบบริการเอง มีข้อเสนอว่าระบบพัฒนาควรจะเป็นหน่วยของจังหวัด ส่วนกลางควรทำให้เกิดการกำหนดระบบ และสนับสนุนทรัพยากรสู่จังหวัดให้เกิดการพัฒนาในพื้นที่ให้ได้จริง