



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบ  
บริการปฐมภูมิเขตเมือง:  
กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร  
(Primary Care Services System in Urban  
Setting: Case Study in Bangkok Area)

ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

## คำนำ

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง:กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร  
นี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อหวังที่จะศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์จากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ ตั้งแต่ประชาชน บุคลากรสุขภาพ ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ และตัวแทนของกองทุนสุขภาพ ที่ครอบคลุมสิทธิประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และนำไปสู่การหาหนทางวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเขตเมือง ให้เป็นที่พึงประสงค์ของทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกำลังคน ระบบข้อมูล สารสนเทศและการติดต่อสื่อสาร เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ รูปแบบบริการ การบริหารจัดการ และกลไกการเงินการคลัง

งานวิจัยชิ้นนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะแรงสนับสนุนจากผู้มีพระคุณ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงสำหรับการสนับสนุนและคำชี้แนะจากผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลักษณ์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ศ.ดร.นพ.สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ พญ.รัศมี ตันศิริสิทธิกุล ดร.อุบล ชื่นสำราญ ดร.เกษร เทพแบ่ง และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่าน รวมทั้งบุคลากรสุขภาพจากหน่วยงานต่างๆ และประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ได้กรุณาให้ข้อมูล เสียสละทำนอง และคำแนะนำในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จนเรียกได้ว่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่บรรจุในรายงานวิจัยนี้ มาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลงานชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย

ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ รศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรธนารัตน์

นายณัฐพล แยมฉิม น.ส.พิมชนก สิงหา

น.ส.มณฑิชา เจนพานิชย์ทรัพย์ น.ส.ปณัฏฐ์จิตา ผากานนท์

31 พฤษภาคม 2559

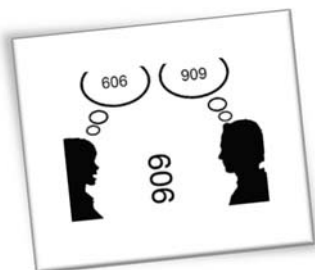
## สารบัญ

|                                                                     | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| 1. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง         | 1    |
| 2. ผลการศึกษาปัจจัยเชิงบุคคลและเชิงระบบต่อการใช้บริการสุขภาพ        | 22   |
| 3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สองตัวแปร                              | 53   |
| 4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุตัวแปร                              | 61   |
| 5. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก                                             | 74   |
| 6. อภิปรายผล                                                        | 94   |
| 7. มุมมองจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบบริการปฐมภูมิ           | 94   |
| 8. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ | 96   |
| 9. มาตรการพัฒนาศถานบริการปฐมภูมิเขตเมือง                            | 97   |
| 10. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง               | 114  |

## บทสรุปผู้บริหาร

กระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศนั้นมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตประชากรในสังคม การที่ประเทศไทยจะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของประชาชน โดยหวังที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า อย่างมั่นคงและยั่งยืนนั้นจึงต้องพิจารณาออกแบบนโยบายที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ ครอบคลุมครบถ้วน และนำไปสู่การดำเนินนโยบายที่เหมาะสมกับทั้งกลุ่มประชากร และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ระบบบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิถือเป็นเรื่องที่สำคัญและท้าทายอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนา เนื่องจากเป็นพื้นฐานโครงสร้างระบบบริการที่เปรียบเหมือนด่านหน้าในการดูแลประชาชนยามเจ็บป่วยไม่สบาย โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาในสังคมไทยและสังคมโลกล้วนเผชิญปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อยๆ อันมีผลมาจากค่านิยมนการไปรับการดูแลรักษาที่สถานพยาบาลเฉพาะทาง รวมถึงปัจจัยอื่นๆ อาทิเช่น ความเชื่อในเรื่องประสิทธิภาพของการดูแลรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ลักษณะการตัดสินใจไปรับบริการดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมือง

การวิจัยชิ้นนี้มุ่งเป้าที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รวมถึงทางเลือกรูปแบบนวัตกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมือง และการจัดการสภาพแวดล้อมนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในเขตเมืองที่พึงประสงค์ ในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้จ่ายเงินค่าชดเชยบริการ ธุรกิจเพื่อสังคม เอกชนในเขตเมือง ทั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมวิธี ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างประชากรจากการสำรวจผ่านแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 1,916 คน โดยเป็นกลุ่มประชากรที่มีสิทธิข้าราชการ 918 คน คิดเป็นร้อยละ 47.91 และสิทธิประกันสังคมจำนวน 998 คน คิดเป็นร้อยละ 52.09 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และมีกลุ่มตัวอย่างประชากรจากการสัมภาษณ์ จำนวนทั้งสิ้น 182 คน



### มุมมองต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

...ปฐมภูมิ...ความหมายอยู่ที่ “คุณค่าที่นำส่ง” มิใช่ที่ “คำจำกัดความ”...

ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มประชากรใดก็ตามล้วนมีความไม่เข้าใจในความหมายของคำว่าปฐมภูมิ แต่มุ่งหวังที่จะเห็นระบบบริการด้านหน้าที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นยามเจ็บป่วยที่พบบ่อยในชีวิตประจำวันได้ โดยอยากให้

เกิดการพัฒนาระบบที่มีบริการจำเป็น 6 ประเภทหลักได้แก่ การเจ็บป่วยเล็กน้อยทั่วไป, อุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย, การส่งเสริมสุขภาพ, การควบคุมป้องกันโรค, การรักษาโรคเรื้อรังแบบต่อเนื่อง, และการฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะ

### ลักษณะประชากรแต่ละสิทธิ และพฤติกรรมการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย



...ร່องรอยหลักฐานกับคำใบ้สำหรับการออกแบบสิ่งแทรกแซงด้านสุขภาพ...

หากเจ็บป่วยไม่สบาย กลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการกว่าร้อยละ 60 เลือกที่จะไปที่สถานพยาบาลภาครัฐ แต่กลุ่มผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมกว่าร้อยละ 80 จะไปที่สถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เรื่องความสะดวกในการเข้าถึงสถานพยาบาล (ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน) และการใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้หรือมีสิทธิใช้บริการนั้นรวมกันแล้วถือเป็นเหตุผลหลักของการเลือกใช้สถานพยาบาลกว่าร้อยละ 70

กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการ และร้อยละ 40 ของผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมนั้นได้รับผิชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองยามที่เจ็บป่วย โดยอยู่ในลักษณะของการไปรับการรักษาที่อื่นๆ ตามสะดวก/ยามจำเป็น หรือการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนที่เบิกตามสิทธิไม่ได้

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่ไม่ใช่โรงพยาบาล

ก. ระบบบริการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป

- การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับการดูแลรักษาได้มากขึ้น 57%
- กระบวนการให้คำแนะนำที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 52%
- การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่สาธารณะ จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 29%
- อายุที่มากขึ้นทุกๆ 1 ปี จะมีแนวโน้มมาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 2%
- การจัดเครือข่ายบุคลากรในชุมชนช่วยประสานงานจะดึงดูดประชาชนมารับบริการมากขึ้น 25%
- การจัดการกฎหมายที่ดูแลยามเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 44%

ข. ระบบบริการดูแลอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย

- เพศหญิงจะมีแนวโน้มมาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิมากกว่าเพศชาย 65%
- การสร้างภาพลักษณ์และชื่อเสียงที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับการดูแลรักษาได้มากขึ้น 54%
- การจัดเครือข่ายบุคลากรในชุมชนช่วยประสานงานจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 44%

- การอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่ายค่าดูแลรักษาพยาบาลจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 39%

ค. ระบบบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ

- เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน จะช่วยดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการได้มากขึ้น 3 เท่าตัว
- การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด จะช่วยดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น 2 เท่าตัว

ง. ระบบบริการด้านการควบคุมป้องกันโรค

- การสร้างช่องทางสื่อสารสาธารณะ จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 29%

จ. ระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพ/สมรรถนะ

- จำนวนสถานบริการที่เพียงพอให้เป็นทางเลือกเข้ารับบริการโดยอิสระ จะดึงดูดให้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น 2.25 เท่า
- การให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมและครบถ้วน จะดึงดูดให้มาใช้บริการได้เพิ่มขึ้น 2.14 เท่า
- ประชาชนที่มีรายได้ตั้งแต่ 15,000 บาทต่อเดือนลงมา จะมีแนวโน้มมารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิมากกว่ากลุ่มรายได้สูงกว่าถึง 1.8 เท่า
- อายุที่มากขึ้นทุกๆ 1 ปี จะมีแนวโน้มมารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 3%

## ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

### 1. สะกิดพฤติกรรม (Nudging)

กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- สร้างกลไกติดตาม ศึกษา ทำความเข้าใจพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- พัฒนามาตรการดึงดูดให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มารับการดูแลสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics) โดยการสะกิด (Nudge) ผ่านการใช้มาตรการที่สัมพันธ์กับอคติในการตัดสินใจของมนุษย์เพื่อให้กระทำการที่ถูกต้องเหมาะสม (Behavioral biases)
- จูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพ จาก "บริการสุขภาพ (Health service)" ไปเป็น "ประสบการณ์สุขภาพ (Health experience)" เพื่อลดความขัดแย้ง ความเสี่ยง และความ



กลั้วจากการมองระบบสุขภาพเป็นระบบบริการ และเน้นให้เกิดประสบการณ์สุขภาพที่มีผลจากการมีปฏิสัมพันธ์และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

2. เติมทักษะคนทำงาน สร้างหลากหลายบริการ พัฒนาและฟุ้งฟักเครือข่าย (Fostering skills, healthcare experience innovations, and networks)



กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- พัฒนาทักษะให้แก่บุคลากรในแต่ละระดับเพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม พร้อมวางระบบการถ่ายทอดทักษะระหว่างบุคคล
- สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และลดภาระบุคลากรสุขภาพในระยะยาว
- สร้างเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ (Health professional network/group) ที่ประกอบด้วยหลากหลายสาขาที่สัมพันธ์กับลักษณะประชากรในพื้นที่ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีและความมั่นใจทั้งต่อประชาชนและต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงาน
- สร้างภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องต่อวิถีชีวิตของประชากร โดยครอบคลุมถึงด้านการบริโภค อุบัติเหตุ ที่อยู่อาศัย การนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ การสื่อสาร การทำงาน และการเรียนรู้ เพื่อสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในชุมชนในการดูแลสุขภาพประชากร และนำไปสู่การปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสุขภาพให้ก้าวไปสู่ “สุขภาพดีด้วยมือของทุกคน (Health by All)”

### 3. ปรับสมดุลอำนาจ ถ้ายาอินงานและทรัพยากร (Balancing resources, works, and power)

กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- จัดตั้งระบบการดูแลรักษาแบบเป็นขั้นตอน โดยกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเลือกเข้ารับบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และมีระบบส่งต่อกรณีเกิดปัญหาสู่กลุ่มโรงพยาบาลที่เลี้ยง
- สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสถานบริการปฐมภูมิเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้แข็งแกร่งและตรงตามความต้องการของประชาชน และสำหรับโรงพยาบาลเพื่อปรับแต่งระบบการทำงานและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้พร้อมเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา
- เสริมสร้างความแตกฉานด้านบริการสุขภาพ (Health services literacy) เพื่อเพิ่มพลังการตัดสินใจในไปรับการดูแลรักษาสำหรับประชาชน
- ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน/ผู้ป่วย/ญาติสนิท ในกระบวนการดูแลสุขภาพสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นการพัฒนาฐานทางวัฒนธรรมของสังคมไทยให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร
- พัฒนาระบบการติดตาม กำกับ ประเมินคุณภาพมาตรฐานของแต่ละประเภทของบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมจัดกระบวนการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเชิงบวกยามเกิดปัญหา โดยครอบคลุมทั้งเรื่องบุคลากร ข้อมูลสารสนเทศ เวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ กระบวนการดูแลรักษา การบริหารจัดการ และเรื่องงบประมาณ



### 4. ปรับโครงสร้างและกลไกการเงินการคลัง (Restructuring financial mechanism)

กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- แก้ไขปัญหาความลักลั่นด้านการเบิกจ่าย ราคาบริการ งบประมาณจ่ายต่อหัวของแต่ละกองทุนสุขภาพสำหรับบริการปฐมภูมิทั้ง 6 ประเภทอันถือเป็นบริการพื้นฐานที่พึงปรารถนาของประชาชน โดยกำหนดให้เหมือนกันเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียว
- ปลดล็อกเรื่องกำหนดสถานบริการที่รับขึ้นทะเบียนสิทธิรายแห่ง โดยจัดกลุ่มเป็นเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ และกลุ่มโรงพยาบาลที่เลี้ยง/แม่ข่าย ให้เป็นการบริหารงบประมาณรายเครือข่าย/รายพื้นที่



## โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

### ความเป็นมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐไว้ในมาตรา 82 ที่ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”<sup>1</sup> การจัดระบบบริการปฐมภูมิ ถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นที่ให้เกิดการครอบคลุมในพื้นที่เป็นระบบเชิงรุกเน้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน เข้าถึงได้ง่าย เป็นสถานพยาบาลประจำตัวและครอบครัว ที่ให้บริการสุขภาพในขั้นปฐมภูมิแก่ประชาชน<sup>2</sup>

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยประชาชนที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 23.8 โดยที่ปรัชญาพื้นฐานของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 2 คน ในขณะที่ระบบประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่รัฐ นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในระบบ<sup>3</sup> ทั้งนี้จากข้อมูลสถิติด้านประชากรของกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 5,686,252 คน ความหนาแน่นของประชากร 3,625 คนต่อตารางกิโลเมตร ทั้งนี้ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 2,051 ชุมชน 463,095 หลังคาเรือน<sup>4</sup> ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

<sup>1</sup>รัฐสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 [ออนไลน์]. 2540 [cited 2558 เมษายน 2]. Available from: <http://gad.kku.ac.th/main/th/wp-content/uploads/2013/10/2-3-2540.pdf>

<sup>2</sup>สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก). ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) [ออนไลน์]. 2552 [cited 2558 เมษายน 2]. Available from:

<http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>

<sup>3</sup>สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก). ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย [ออนไลน์]. 2552 [cited 2558 เมษายน 2]. Available from:

<http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=14>

<sup>4</sup>กรุงเทพมหานคร. สถิติกรุงเทพมหานคร ด้านสังคม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย, 2556.

13 กรุงเทพมหานคร ณ ธันวาคม 2557 พบว่า ประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ มีจำนวน 689,390 คน สิทธิประกันสังคม มีจำนวน 3,081,680 คน<sup>5</sup>

กรุงเทพมหานครแบ่งพื้นที่การปฏิบัติงานของสำนักงานเขตออกเป็น 50 เขต (รูปที่ 1) แบ่งได้ 6 กลุ่มพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพกลาง กลุ่มกรุงเทพใต้ กลุ่มกรุงเทพเหนือ กลุ่มกรุงเทพตะวันออก กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ และกลุ่มกรุงเทพมหานครใต้<sup>6</sup> ดังนี้

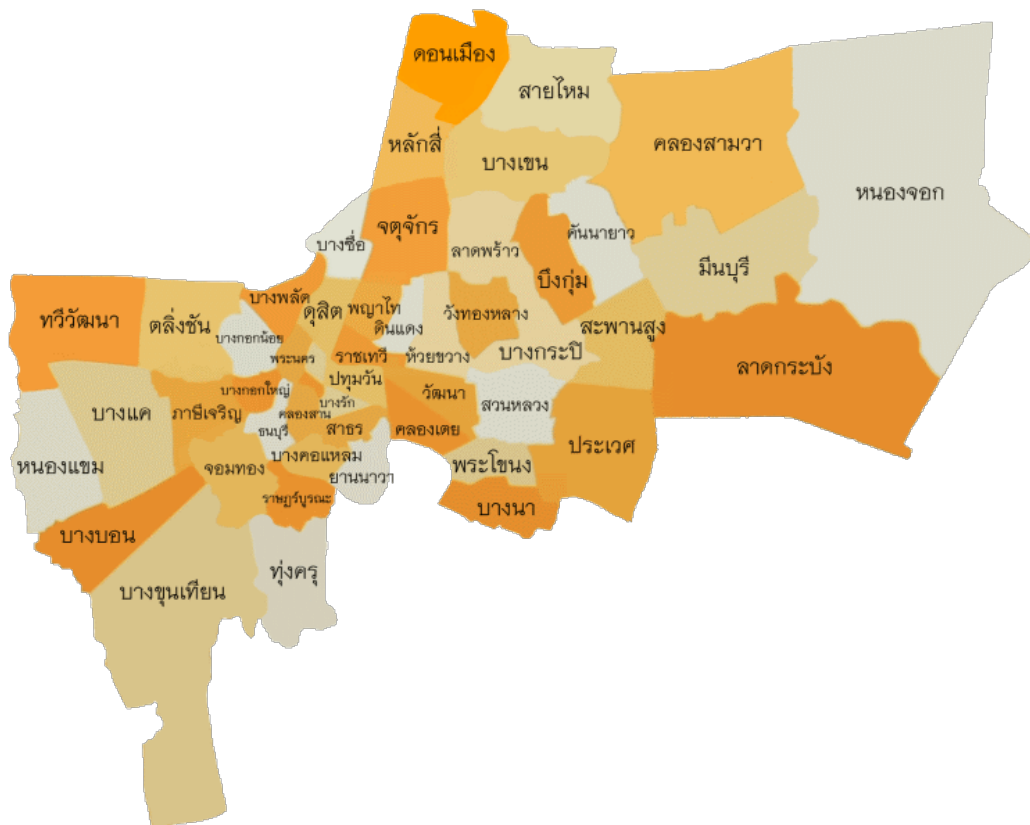
1. **กลุ่มกรุงเทพกลาง** ประกอบด้วย เขตพระนคร เขตดุสิต เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตสัมพันธวงศ์ เขตดินแดง เขตห้วยขวาง เขตพญาไท เขตราชเทวี และเขตวังทองหลาง
2. **กลุ่มกรุงเทพใต้** ประกอบด้วย ปทุมวัน บางรัก เขตสาทร เขตบางคอแหลม เขตยานนาวา เขตคลองเตย เขตวัฒนา เขตพระโขนง เขตสวนหลวง และเขตบางนา
3. **กลุ่มกรุงเทพเหนือ** ประกอบด้วย เขตจตุจักร เขตบางซื่อ เขตลาดพร้าว เขตหลักสี่ เขตดอนเมือง เขตสายไหม และเขตบางเขน
4. **กลุ่มกรุงเทพตะวันออก** ประกอบด้วย บางกะปิ สะพานสูง เขตบึงกุ่ม เขตคันนายาว เขตลาดกระบัง เขตมีนบุรี เขตหนองจอก เขตคลองสามวา และเขตประเวศ
5. **กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ** ประกอบด้วย เขตธนบุรี เขตคลองสาน เขตจอมทอง เขตบางกอกใหญ่ เขตบางกอกน้อย เขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน และเขตทวีวัฒนา
6. **กลุ่มกรุงเทพมหานครใต้** ประกอบด้วย เขตภาษีเจริญ เขตบางแค เขตหนองแขม เขตบางขุนเทียน เขตบางบอน เขตราชพฤกษ์ และเขตทุ่งครุ

---

<sup>5</sup>สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สิทธิในการรักษา ณ ธันวาคม 2557 [ออนไลน์]. [cited 3 เมษายน 2558]. Available from: [http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about\\_result.aspx](http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx)

<sup>6</sup>ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร. ที่ตั้งและลักษณะทางภูมิศาสตร์ของกรุงเทพมหานคร ม.ป.ป. [cited 3 เมษายน 2558].

Available from: <http://203.155.220.230/info/NowBMA/frame.asp>



รูปที่ 1: กรุงเทพมหานครจำแนกตามเขต

สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 68 แห่ง ศูนย์บริการสาธาณสุขสาขา จำนวน 76 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร จำนวน 9 แห่ง รวม 153 แห่ง<sup>7</sup> หากจำแนกตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 พบว่ามีจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 270 แห่ง จำแนกเป็นจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จำนวน 94 แห่ง จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนจำนวน 176 แห่ง<sup>8</sup> จำนวนผู้มารับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2553-2556 มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการ 1,581,537 ราย, 1,594,772 ราย, 1,492,415 รายและ 1,476,906 ราย ตามลำดับ<sup>9</sup> แนวโน้มการมารับบริการของ

<sup>7</sup> กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. การบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2554 และพ.ศ. 2555.

<sup>8</sup> สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์สัดส่วนประชากรแยกตามสังกัดหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขต 13 กรุงเทพมหานคร [ออนไลน์]. 2557 [cited 3 เมษายน 2558]. Available from: <http://dw.nhso.go.th>

<sup>9</sup> สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. สถิติจำนวนผู้ป่วย [ออนไลน์]. 2553 [cited 4 เมษายน 2558]. Available from: <http://www.bangkok.go.th/health>

ผู้ป่วยในศูนย์บริการสาธารณสุข มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยยังไม่ได้มีการดำเนินการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุของปรากฏการณ์ดังกล่าวอย่างถ่องแท้ และทันต่อสถานการณ์ ทำให้การพัฒนาระบบบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับลักษณะการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นมีการศึกษาไว้ไม่มากนัก และมักจะเป็นรายงานเชิงพรรณนา สุพัตรา ศิริวนิชชากร และคณะ เคยรายงานสถิติการใช้บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครในปีพ.ศ.2538ว่า ประชาชนได้มาใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานครในอัตราเฉลี่ย 0.3 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ<sup>10</sup> ในขณะที่มีการศึกษาพฤติกรรมมารักษาบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา พบว่าเมื่อประชาชนเจ็บป่วย ประชาชนพึ่งบริการของรัฐเพียง ร้อยละ 25 โดยใช้บริการของศูนย์แพทย์ ร้อยละ 13 โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 13 และสถานีนอนำย/เทศบาลร้อยละ 1<sup>11</sup> จะเห็นได้ว่าการมาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับสถิติที่รายงานในกรุงเทพมหานคร

ในทศวรรษที่ผ่านมา แม้จะมีกระแสสังคมที่เรียกร้องให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสาธารณสุขให้เกิดความเป็นธรรมต่อทุกคนในสังคม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์สำเร็จทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ ประเด็นสำคัญเรื่องหนึ่งที่มีนักวิชาการนำเสนอให้มีการศึกษาเจาะลึกคือ การออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน การจะทำเช่นนั้นได้นั้น จำเป็นจะต้องเข้าใจถึงปัจจัยทั้งระดับตัวบุคคล และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการสุขภาพต่างๆ สำหรับในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาเรื่องนี้ค่อนข้างน้อยมาก กระจัดกระจาย และไม่ทันสมัย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จอนฉะจิง เฟ็งจาด และคณะ ได้ทำการศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ. 2547 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกมารับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มารับบริการได้แก่ สถานบริการอยู่ใกล้บ้าน ร้อยละ 66.4 เดินทางสะดวก 40.9 และการไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก ร้อยละ 29.0<sup>12</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าอาจมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความไม่พึงพอใจในระบบบริการ ความไม่สะดวกในการรับบริการ ความเชื่อมั่นในระบบบริการ ระยะทางในการมารับบริการ หรือค่าใช้จ่ายนำไปสู่ปัญหาที่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หาทายข้าม

<sup>10</sup>สุพัตรา ศิริวนิชชากร และคณะ. รายงานการศึกษาประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2538.

กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2538.

<sup>11</sup>สุพัตรา ศิริวนิชชากร และคณะ. รายงานการศึกษาพฤติกรรม ประสพการณ์และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยาและความคิดเห็นต่อบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา.

กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2537.

<sup>12</sup>จอนฉะจิง เฟ็งจาด กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ ประภาพร จินันทุยา และฐิติภา หลิมสุนทร. การศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547.

ขั้นตอนการรักษาในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิไปสู่การใช้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิจนทำให้มีผู้ใช้บริการจำนวนมากเกินจนเกิดความแออัดและความล่าช้าในการบริการ

ในขณะเดียวกัน มีความคิดเห็นจากหลากหลายฝ่ายว่า การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของระบบบริการปฐมภูมิยังไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเหตุผลหลายประการเช่น ภาพพจน์ ระยะเวลาารับบริการ คุณภาพบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง ความยุ่งยากของระบบการส่งต่อการขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ และปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างอุปสงค์อุปทาน เป็นต้น<sup>13</sup>

สำหรับสถานการณ์ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศ พบว่ามีบริบทที่แตกต่างกันไป บางประเทศก็คล้ายคลึงกับประเทศไทย บางประเทศก็มีความแตกต่างจากประเทศไทย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงประชากร บริบทความเป็นเมืองและชนบท และปัจจัยเชิงระบบ เช่น รูปแบบการจัดระบบบริการ ระบบการจ่ายเงินค่าบริการ เป็นต้น

Qian D และคณะ<sup>14</sup> ได้ทำการศึกษาปัญหาการใช้บริการสุขภาพแบบข้ามระดับและไม่เป็นระบบในประชากรที่อยู่ในเขตชุมชนเมือง ประเทศจีน โดยพบว่า คลินิกเอกชนเป็นที่พึ่งหลักของประชาชนที่มีฐานะยากจนและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ในขณะที่ประชาชนที่มีสิทธิประกันสุขภาพมักจะใช้สิทธิที่สถานพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียนอยู่ในพื้นที่ ส่วนผู้ที่มีลูกหลานวัยเด็กมีแนวโน้มที่จะพาไปรับบริการดูแลรักษาที่สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูงมากกว่าที่จะไปที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

Mishra SI และคณะ<sup>15</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองบัลติมอร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีค.ศ. 2008 พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการคัดกรองดังกล่าวคือ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ คุณภาพของบริการที่ได้รับ และปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก และการคมนาคมในพื้นที่ โดยพบว่า ปัจจัยเกื้อหนุนให้ประชาชนเขตเมืองตัดสินใจมารับบริการคือ การสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวัง และผลลัพธ์ที่ได้จากการมารับบริการ

---

<sup>13</sup> สุพัตรา ศรีวนิชชากร. ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ [ออนไลน์]. ม.ป.ป. [cited 6 เมษายน 2558]. Available from: [http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/473/KSD\\_Primarycare%20%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%202.8\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/473/KSD_Primarycare%20%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%202.8_.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>14</sup> Qian D, Lucas H, Chen J, et al. Determinants of the use of different types of health care provider in urban China: A tracer illness study of URTI. Health Policy (2010), doi: 10.1016/j.healthpol.2010.06.014.

<sup>15</sup> Mishra SI, DeForge B, Barnet B, et al. Social determinants of breast cancer screening in urban primary care practices: A community-engaged formative study. Women's Health Issues (2012),22(5):e429-e438.

ในขณะที่หลายประเทศได้ทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางสนับสนุนให้เกิดการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่ประชาชนยอมรับและมาใช้บริการ แต่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์กลับประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงมาก โดยเกิดจากการใช้บริการปรึกษาแพทย์ระดับปฐมภูมิมีจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพนอกสังกัดโรงพยาบาล เช่น คลินิก เป็นต้น จนมีการออกนโยบายงดการออกใบอนุญาตใหม่ให้กับแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพอิสระดังกล่าว และนำมาซึ่งการถกเถียงในสาธารณะอย่างกว้างขวาง Busato A และคณะ<sup>16</sup> ได้ทำการศึกษาในปีค.ศ.2004 พบว่า ความหนาแน่นของประชากรวิชาชีพแพทย์ในแต่ละพื้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ

McNamara A และคณะ<sup>17</sup> ได้ทำการศึกษาลักษณะการใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพระดับต่างๆ ของประชาชนในประเทศไอร์แลนด์ โดยตีพิมพ์รายงานออกมาในปีค.ศ.2013 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญประกอบด้วย ก. ปัจจัยด้านความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การมีโรคเรื้อรังประจำตัวตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป และการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพแย่ ข. ปัจจัยเกื้อหนุน ได้แก่ การมีสิทธิรักษาพยาบาล/เบิกได้จะมีแนวโน้มใช้บริการเพิ่มกว่าค่าเฉลี่ยของคนทั่วไปอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และการมีความพิการ ในขณะที่อายุจะไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการศึกษาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน 14 ประเทศ<sup>18</sup> พบว่า บราซิลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ Brazilian Unified Health System (SUS) โดยอาศัยงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลัก ในการจัดบริการแบบ Family Health Programme ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากการจัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ มากขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย ทีม Family Health Care ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล วิชาชีพละ 1 คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4-6 คน รับผิดชอบเขตพื้นที่ที่กำหนด ดูแลประชากรไม่เกิน 5,000 คน แต่เนื่องจากขาดระบบ gatekeeper และระบบส่งต่อ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อและบริการสุขภาพโดยรวมสูง

---

<sup>16</sup>Busato A and Kunzi B. Primary care physician supply and other key determinants of health care utilization: the case of Switzerland. BMC Health Services Research (2008), 8:8.

<sup>17</sup>McNamara A, Normand C, and Whelan B. Patterns and determinants of health care utilization in Ireland. Trinity College Dublin, Ireland, February 2013.

<sup>18</sup> สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์; วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย; วิศวี วายูรกุล; จรรยา ภัทรอาชาชัย. ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง 14 ประเทศ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (2555),6:144.

แคนาดา มีกฎหมายที่กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยภาครัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย ผู้ให้บริการหลักคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeper) แต่เนื่องจาก บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จัดโดยภาคเอกชนนั้นทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น

สเปน มีระบบบริการสุขภาพเป็นระบบประกันสุขภาพครอบคลุมทุกคน กระจายอำนาจการจัดการให้แก่ 17 เขต แหล่งงบประมาณหลักสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐมาจากภาษี โดยประชาชนอายุต่ำกว่า 65 ปีต้องร่วมจ่ายค่ายา หน่วยบริการสุขภาพที่เล็กที่สุดส่วนมากเป็นหน่วย Primary care team (PCT) มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeper)

คิวบา มีระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่รัฐจัดบริการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีการจัดตั้ง health councils ขึ้นทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการประสานงานภาคส่วนต่างๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ แหล่งสนับสนุนมาจากงบประมาณของรัฐบาล โดยจัดสรรให้แก่หน่วยบริการและโรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นของรัฐบาล โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเป็นค่ายาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และเครื่องมือทางการแพทย์บางชนิด บริการปฐมภูมิในคิวบาอาศัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักในการให้บริการ ให้บริการครอบคลุมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และมีการกระจายแพทย์ในหน่วยบริการอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

สาธารณรัฐเกาหลี มีการรวมกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกัน เป็นกองทุนประกันสุขภาพกองทุนเดียว เรียกว่า National Health Insurance (NHI) การประกันสุขภาพเป็นภาคบังคับที่ทุกคนต้องเข้าร่วมและจ่ายเบี้ยประกัน แต่มีมาตรการช่วยเหลือสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามสัดส่วนที่กำหนดเพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็นและลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง สถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 90 เป็นของเอกชน แพทย์สามารถบริหารคลินิกของตนได้อย่างอิสระ ทั้งในรูปแบบคลินิกเดี่ยวหรือคลินิกที่เป็นกลุ่ม มีการใช้กลไกการตลาดอย่างเสรีในการเลือกใช้บริการสุขภาพทำให้เกิดการแข่งขันของสถานบริการ ทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่องระหว่างบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ญี่ปุ่น มีการประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 1922 เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากประกันสุขภาพ และประชาชนต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง โดยผู้มีรายได้น้อยร่วมจ่ายน้อย ประชาชนทุกคนที่มีหลักประกันสุขภาพ มีอิสระในการเลือกพบแพทย์และเลือกใช้บริการสุขภาพจากคลินิกหรือโรงพยาบาลในประเทศได้อย่างเสรีตามสิทธิประโยชน์ งานบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชน และไม่มีแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิทำหน้าที่ผู้เฝ้าประตู ทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ลำบากและโรงพยาบาลมีความแออัด

ไต้หวัน ระบบบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 17 เขต กระจายอำนาจให้เขตมีบทบาทมากขึ้น เขตมีหน้าที่ในการผลิต การกระจายบุคลากร การจัดตั้งหน่วยบริการ และดูแลประชาชนของตนเอง แหล่งที่มาของเงินมาจากการหักเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้เดือน สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไปและรายได้อื่น ๆ ของรัฐเข้ากองทุนประกันสุขภาพ ประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยหากเข้ารับบริการปฐมภูมิจะร่วมจ่ายน้อยกว่าการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการส่งต่อ ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการตามลำดับขั้นของสถานบริการ หากไม่เข้าตามลำดับต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นกว่าปกติ

ฮ่องกง มีการประกันสุขภาพที่เป็นไปตามความสมัครใจ ค่าใช้จ่ายในระบบผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มาจากเบี้ยประกันของผู้ประกันตน และบริษัทประกัน ประชาชนที่ใช้บริการในสถานบริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการในลักษณะตามปริมาณการใช้บริการ บริการระดับปฐมภูมิผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการทุติยภูมิเป็นของรัฐบาล มีบริการทั้งแพทย์แผนตะวันตกและแผนจีน

เดนมาร์ก มีระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการกระจายอำนาจให้เป็นหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการ แหล่งงบประมาณหลักได้จากภาษีทั้งระดับประเทศและระดับเทศบาล ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 16 ปีมีสิทธิเลือกรูปแบบความครอบคลุมบริการสุขภาพ 2 รูปแบบ ได้แก่ group 1 หรือ group 2 ส่วนใหญ่เลือกแบบ group 1 ซึ่งจะทำให้การเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำเวชปฏิบัติใกล้บ้านสำหรับบริการปฐมภูมิ ผู้ที่เลือก group 1 ได้รับการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับ group 2 ผู้ป่วยมีอิสระในการเข้ารับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแขนงใดๆ ก็ได้โดยไม่ต้องได้รับการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เขตทำการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเท่ากับค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับ group 1 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นด่านหน้าที่พบกับผู้ป่วยเป็นด่านแรก และเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดเขตต่างๆ

สวีเดน หน้าที่การจัดบริการสุขภาพถูกกระจายอำนาจออกไปสู่รัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตและเทศบาลงบประมาณสนับสนุนระบบบริการสุขภาพของสวีเดนมาจากภาษีเป็นหลัก ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม รัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตสามารถพิจารณาอัตราจ่ายสมทบตามความเหมาะสมภายใต้กรอบของกฎหมาย ผู้ป่วยได้รับการบริการครั้งแรกกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ผู้ป่วยสามารถเลือกไปใช้บริการคลินิกเอกชนได้ หากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดูแลรักษาได้ จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลระดับต่างๆ ต่อไป ปัญหาที่สำคัญคือ ระยะเวลาการรอการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดที่นาน

เบลเยียม ระบบประกันสุขภาพเป็นแบบภาคบังคับรวมเป็นกองทุน Sickness funds โดยมีสิทธิประโยชน์กว้างขวางครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ มีการจำกัดจำนวนเงินสูงสุดในแต่ละปีแต่ละครอบครัวต้องจ่ายเองสำหรับค่ารักษาพยาบาลตามรายได้ของครอบครัว (Maximum billing—MAB)

บริการปฐมภูมิเป็นบริการด้านหน้าที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการสุขภาพ เนื่องจาก ไม่มีระบบการส่งต่อ ทำให้การรับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางบางประเภทเป็นบริการด้านหน้าเช่นเดียวกัน บริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นบริการเอกชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้มีบทบาทผู้รักษาประตูในเบลเยียม ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ ทำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงโรงพยาบาลมีทั้งโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ

อังกฤษ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service—NHS) เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1948 เพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แหล่งรายได้งบประมาณมาจากภาษีของรัฐ บริการสุขภาพของ NHS ส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าบริการ ยกเว้น กรณีบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย NHS กองทุนบริการปฐมภูมิ (Primary care trusts—PCTs) ตามกฎหมาย ทำหน้าที่จัดซื้อบริการสุขภาพ และจัดสรรงบประมาณให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปบริหารจัดการตามบริการสุขภาพที่ให้แก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียน บริการปฐมภูมิเป็นระบบการดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาล โดยมีหน่วยบริการอยู่ใกล้กับชุมชนที่ประชาชนที่รับผิดชอบอาศัยอยู่ บทบาทที่สำคัญของบริการปฐมภูมิ คือ ให้บริการด้านหน้าสำหรับประชาชนที่ต้องการคำแนะนำหรือการรักษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และให้การบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย โดยบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบประชาชนรายนั้นๆ ระบบบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeping role) ในการพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาล

สหรัฐอเมริกา ระบบบริการสุขภาพเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน (public-private mix) ไม่มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care system) ครอบคลุมทั้งประเทศ แหล่งรายได้สำหรับบริการสุขภาพมาจากค่าบริการที่ผู้ป่วยจ่ายเองและแผนประกันสุขภาพตามปริมาณการให้บริการ การเข้ารับบริการสุขภาพขึ้นกับสิทธิประกันสุขภาพที่อยู่ หากไปรับบริการนอกเหนือจากที่ระบุตามสิทธิ ผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายเอง ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพมักไม่ได้เข้ารับบริการเมื่อจำเป็น สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โดยบางส่วนดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐและท้องถิ่น ไม่มีระบบสถานบริการทางการแพทย์ที่เป็นของรัฐบาลกลางให้บริการแก่ประชาชนทั่วประเทศ ไม่มีระบบ gatekeeper และระบบส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ กับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ

ออสเตรเลีย รัฐบาลรัฐและดินแดนจัดงบประมาณและบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ แต่ละรัฐและดินแดนมีอิสระในการบริหารจัดการบริการสุขภาพภายใต้ข้อบังคับตามกฎหมายรัฐและข้อตกลงกับรัฐบาลกลาง รัฐบาลรัฐมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการโรงพยาบาล จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการบริการชุมชนและสาธารณสุข แหล่งงบประมาณสนับสนุนหลักจากภาษีทั่วไป ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการในกรณีเกินกว่าสิทธิประโยชน์ปกติ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้บริการการแพทย์ทั่วไป วางแผนและให้คำปรึกษาครอบครัว ศัลยกรรมเล็ก ป้องกันโรค มักเป็นจุดแรกที่พบกับผู้ป่วย ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู ไม่มีระบบส่งต่อไปยังบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิที่ชัดเจน

จากตารางพบว่าประเทศที่มีระบบผู้เฝ้าประตู (gatekeeper) ไม่ว่าจะเป็นโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลต่อเนื่อง (continuity) และมีการประสานความร่วมมือในการดูแล (collaboration/coordination) ที่ดี ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การจัดบริการโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วยพบในประเทศที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คือ แคนาดา สเปน คิวบา เดนมาร์ก สวีเดน และออสเตรเลีย มีเพียงประเทศบราซิลที่รัฐบาลรับผิดชอบงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแต่ไม่มีระบบผู้เฝ้าประตู ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อสูง ประเทศที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรูปแบบประกันสุขภาพภาคบังคับ คือ เกาหลี ญี่ปุ่น เบลเยียม และสหรัฐอเมริกาไม่มีระบบผู้เฝ้าประตูคอยคัดกรองผู้ป่วย แต่มีการนำระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็น

#### ตารางเปรียบเทียบการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองประเทศต่าง ๆ

| ประเทศ | First contact/<br>Gatekeeper                 | Continuity                                               | Collaboration/<br>Coordination | Comprehensiveness                                         |
|--------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| บราซิล | ไม่มีระบบ<br>gatekeeper                      | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | ไม่มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน   | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| แคนาดา | แพทย์เวชศาสตร์<br>ครอบครัวเป็น<br>gatekeeper | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องตามหลัก<br>เวชศาสตร์<br>ครอบครัว | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน      | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>บูรณาการกิจกรรม<br>สร้างเสริมสุขภาพ |
| สเปน   | แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไปเป็น<br>gatekeeper  | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องโดย<br>แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไป | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน      | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>บูรณาการกิจกรรม<br>สร้างเสริมสุขภาพ |

|          |                                                                                |                                                          |                              |                                                           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| คิวบา    | แพทย์เวชศาสตร์<br>ครอบครัวเป็น<br>gatekeeper                                   | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องตามหลัก<br>เวชศาสตร์<br>ครอบครัว | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>บูรณาการกิจกรรม<br>สร้างเสริมสุขภาพ |
| เกาหลี   | ไม่มีระบบ<br>gatekeeper                                                        | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | ไม่มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| ญี่ปุ่น  | ไม่มีระบบ<br>gatekeeper                                                        | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | ไม่มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| ไต้หวัน  | หากผู้ป่วยไม่เข้า<br>รับบริการ<br>ตามลำดับขั้นจะ<br>เสียค่าบริการ<br>เพิ่มขึ้น | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>บูรณาการกิจกรรม<br>สร้างเสริมสุขภาพ |
| ฮ่องกง   | ไม่มีระบบ<br>gatekeeper                                                        | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | ไม่มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| เดนมาร์ก | แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไปเป็น<br>gatekeeper                                    | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องโดย<br>แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไป | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| สวีเดน   | แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไปเป็น<br>gatekeeper                                    | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องโดย<br>แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไป | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |

|              |                                             |                                                          |                              |                                                           |
|--------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| เบลเยียม     | ไม่มีระบบ<br>gatekeeper                     | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | ไม่มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| อังกฤษ       | แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไปเป็น<br>gatekeeper | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องโดย<br>แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไป | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>บูรณาการกิจกรรม<br>สร้างเสริมสุขภาพ |
| สหรัฐอเมริกา | ไม่มีระบบ<br>gatekeeper                     | ไม่มีระบบการ<br>ดูแลต่อเนื่อง<br>ชัดเจน                  | ไม่มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>ไม่ได้มีกิจกรรมสร้าง<br>เสริมสุขภาพ |
| ออสเตรเลีย   | แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไปเป็น<br>gatekeeper | ดูแลผู้ป่วย<br>ต่อเนื่องโดย<br>แพทย์เวชปฏิบัติ<br>ทั่วไป | มีระบบส่งต่อที่<br>ชัดเจน    | หน่วยบริการปฐมภูมิ<br>บูรณาการกิจกรรม<br>สร้างเสริมสุขภาพ |

จากการศึกษาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในประเทศไทย 6 แห่ง<sup>19</sup> สามารถแบ่งระบบบริหารจัดการเป็น 4 ประเภทตามรูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554-2559 คือ

1. **กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ** แม่ข่ายดูแลสนับสนุนเงินเดือน ค่าตอบแทน ยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ วัสดุ ครุภัณฑ์ กรณีส่งต่อมารักษาในโรงพยาบาลไม่ต้องตามจ่าย เพราะยังรวมเป็นกองทุนเดียวกัน รูปแบบนี้ ได้แก่

1.1 **โรงพยาบาลขอนแก่น** เป็นหน่วยบริการประจำ บริการจัดการผ่าน CUP Board วางแผนการบริหารจัดการ และประเมินติดตามในระดับ CUP อนุมัติแผนในระดับกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีฝ่ายแผนงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และโรงพยาบาลทำหน้าที่ในการติดตาม กำกับ ประเมินโครงการ มีการนิเทศ ติดตาม กำกับ อย่างน้อย 2 ครั้ง/แห่ง/ปี

<sup>19</sup> สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศรี วาญกุล, จรรยา ภัทรอาชาชัย. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการปฏิบัติงานวิชาการการวิจัยเอกสารวิชาการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง. โครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555.

**1.2 โรงพยาบาลหาดใหญ่** บริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่เป็นรองประธาน และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นกรรมการและเลขานุการ

**2. หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ (autonomous CUP/CUP split)**  
โรงพยาบาลตัดโอนงบประมาณรายหัวหลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบลงทุนค่าเสื่อม กรณีส่งต่อต้องตามจ่าย รูปแบบนี้ได้แก่

**2.1 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา** มีการแบ่งหน่วยบริการประจำ (CUP) ออกเป็น 2 แห่ง คือ CUP ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว และ CUP วัดพระญาติการาม โดย CUP วัดพระญาติการาม เริ่มทดลองนำร่องเป็น autonomous CUP มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ โดยมีสาธารณสุขอำเภอพระนครศรีอยุธยาเป็นประธาน CUP Board บริหารงบ OP/PP โดยเบิกผ่านโรงพยาบาล

**2.2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** CUP เมืองย่า การบริหารจัดการดำเนินการในรูปแบบ CUP board เมืองย่า มีความเป็น autonomous ในแต่ละ CUP เมืองย่า แต่ยังช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งแนวดิ่งและแนวราบระหว่าง CUP ผ่านคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (primary care network) เมืองย่า หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็น ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า และ สาธารณสุขอำเภอเมือง เป็น ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง สำหรับสายการบังคับบัญชาตามนิตินัย CUP เมืองย่า 1, 2, 3, 4 และ 7 ขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอเมือง CUP เมืองย่า 5 ขึ้นตรงต่อ รพ.มหาราชนครราชสีมา ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และมี สถานีกาชาดที่ 4 ร่วมบริการเป็นเครือข่าย CUP เมืองย่า 6 ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ทุก CUP มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ หากเกินอำนาจที่มีอยู่ โดยเฉพาะเรื่องการเงิน จะมีการเสนอต่อผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

**3. โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกัน มีการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ ส่วนกองทุนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ ได้แก่

**3.1 เทศบาลนครพิษณุโลก** บุคลากรของ CUP หลักทั้ง 3 แห่งในเขตอำเภอเมือง พิษณุโลก คือ CUP รพ. พุทธชินราช CUP โรงพยาบาล ม.นเรศวร และ CUP เทศบาลนครพิษณุโลก กำหนดนโยบายข้อตกลงร่วมกัน โดยประชากรในเขตรับผิดชอบของทั้ง 3 CUP สามารถข้ามเครือข่ายไปใช้บริการได้ โดยมีการตามจ่ายค่าบริการตามอัตราเรียกที่กำหนดในข้อตกลง การบริหารทรัพยากรบุคคลร่วมกัน มีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน โดยมีแพทย์ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนให้บริการทุกจุดบริการ และทางเทศบาลนครพิษณุโลกใช้งบประมาณในการจ้างแพทย์ให้กับคณะแพทย์ ม.นเรศวร เพื่อมาให้บริการที่ CUP เทศบาลนครพิษณุโลก พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กร

**4. โรงพยาบาลให้ท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง (outsourcing)** โรงพยาบาลแม่ข่ายซื้อบริการจากท้องถิ่นหรือเอกชน เช่น เทศบาล คลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น มีการตัดประชากรในเขตรับผิดชอบให้ดูแล และโอนงบกองทุนผู้ป่วยนอก และงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บริหารจัดการ ให้ความสำคัญต่อเนื้องานและตัวชี้วัดที่ต่างกันไปในแต่ละบริบท รูปแบบนี้ ได้แก่

**4.1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช** เริ่มดำเนินการระบบร่วมบริการผู้ป่วยนอกระหว่างรัฐ-เอกชน (public-private mixed outsourcing) ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ระบบจัดสรรด้านการเงินแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกชุมชนอบอุ่น) แบบเหมาจ่าย โดยแบ่งจำนวนผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนตามความเหมาะสมและเท่าเทียม และคำนึงถึงความชุกของโรคในพื้นที่ มีการจัดบริหารความเสี่ยงร่วมกันระหว่าง สปสช. โรงพยาบาลภูมิพลฯ และหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกชุมชนอบอุ่น)

**สำหรับนโยบายบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองทั้ง 6 แห่ง เป็นดังนี้**

**โรงพยาบาลขอนแก่น** อาศัยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยเน้น holistic, comprehensive, และ integrated care ลดความแออัดในโรงพยาบาล

**โรงพยาบาลหาดใหญ่** อาศัยหลักการ 1st Contact ของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ comprehensive, continuity, coordinated, และ community & family care ลดความแออัดในโรงพยาบาล

**โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา** เป้าหมายการจัดการบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ เพิ่มศรัทธาในหน่วยบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล โดยเน้นเวชปฏิบัติทั่วไปเบื้องต้น โรคเรื้อรังไม่มีแทรกซ้อน ป่วยเดินทางไม่ได้ และปัญหาเฉพาะพื้นที่ ลดความแออัดในโรงพยาบาล

**โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา** เน้นให้บริการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Center Model) คือ ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วยช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล หาหนทางร่วมกัน สร้างสรรค์งานป้องกัน-ส่งเสริม ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี และมีวิถีอยู่บนความเป็นจริง ลดความแออัดในโรงพยาบาล

**เทศบาลนครพิษณุโลก** ผู้รับบริการที่มีบัตร UC ระบุชื่อ CUP หลักที่ใดที่หนึ่งใน 3 แห่ง มีสิทธิรับบริการที่ใดก็ได้ใน 3 แห่ง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และส่งเสริมสุขภาพ

**โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช** เน้นการเข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดความแออัดในโรงพยาบาล

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า พื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีลักษณะเป็นเขตเมืองนั้น เป็นเพียงกรณีตัวอย่างของพื้นที่เขตเมืองที่มีปัญหาด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ทั้งในเรื่องทรัพยากรในระบบ ช่องทางการเข้าถึง และความไม่สอดคล้องของระบบบริการที่ได้รับการจัดสรรกับพฤติกรรมหรือความต้องการจริงของประชาชน นโยบายภาครัฐของคณะรัฐมนตรีชุดปัจจุบันได้มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรสำหรับประชาชนทุกคน โดยเล็งเห็นถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ชุมชนชนบท

และชุมชนเมือง และได้ขับเคลื่อนนโยบายที่มหัศจรรย์<sup>20</sup> โดยมุ่งเน้นให้เกิดที่มหัศจรรย์ในแต่ละพื้นที่ สร้างกลไก และระบบบริการที่สามารถดูแลครอบคลุมทุกมิติตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในระดับหน่วยบริการ ไปจนถึงการให้บริการเชิงรุกไปถึงบ้านของประชาชน และครอบคลุมเรื่องการพัฒนาคุณภาพสถานงานรับส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างทุกระดับของการบริการ เพื่อมุ่งให้เกิดคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน โดยในช่วงครึ่งปีแรกของการขับเคลื่อนนโยบาย ได้ดำเนินนโยบายลงสู่พื้นที่เขตชนบทอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ในขณะที่เขตชุมชนเมืองในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทยนั้น แม้จะมีความพยายามที่จะขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวไปบ้างแล้ว แต่ด้วยความซับซ้อนของวิถีชีวิตของประชากรในเขตเมือง และอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมทางสังคมในเขตเมือง ทำให้จำเป็นต้องมีการวางแผนขับเคลื่อนที่มีลักษณะจำเพาะในแต่ละพื้นที่ เพื่อมุ่งให้เกิดประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังไว้ตามนโยบาย

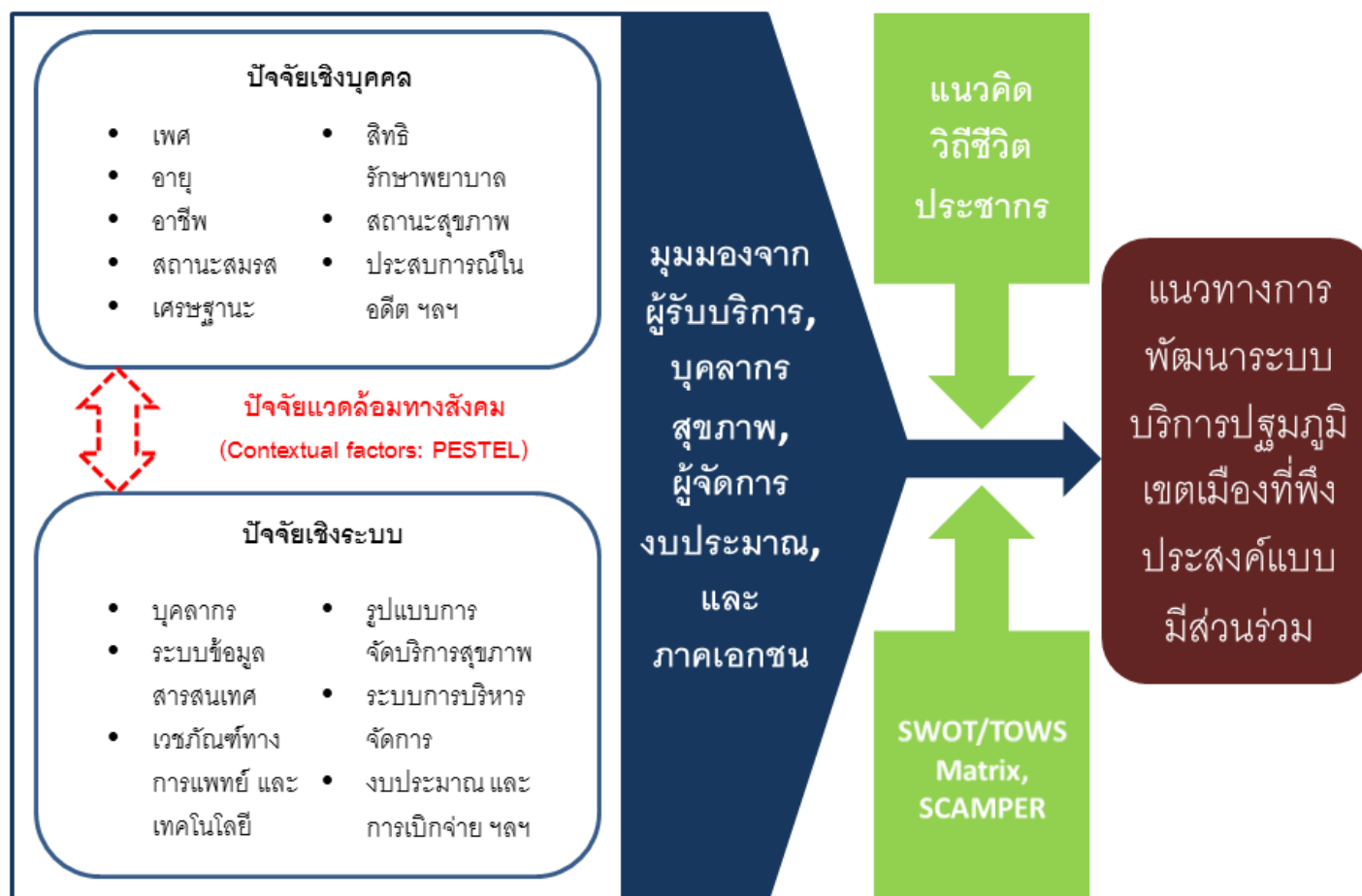
คณะผู้วิจัยจึงเห็นว่า หากมีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจถึงวิถีชีวิตของกลุ่มประชากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการ และผู้ให้บริการอย่างลึกซึ้ง พร้อมกับการทำความเข้าใจกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และปัจจัยแวดล้อมในบริบทพื้นที่เขตเมือง ทั้งปัจจัยเกื้อหนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค น่าจะทำให้การพัฒนากระบวนการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิสามารถวางแผนได้อย่างเป็นระบบแบบอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หวังผลได้จริง และมีโอกาสที่จะตอบสนองต่อความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพในการรับบริการสุขภาพ และลดภาระที่ไม่จำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิที่ประสบปัญหาอยู่ในปัจจุบันได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสนอทางเลือกรูปแบบนวัตกรรมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมือง และการจัดการสภาพแวดล้อมนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในเขตเมืองที่พึงประสงค์ ในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้จ่ายเงินค่าชดเชยบริการ ธุรกิจเพื่อสังคม เอกชนในเขตเมือง

<sup>20</sup> ภูติ เทชาดิวัฒน์ และคณะ. (ร่าง)ที่มหัศจรรย์ ทั่วไทย คนไทยเข้มแข็ง แข็งแรง. กุมภาพันธ์ 2558.

## ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองที่พึงประสงค์



## รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาประเภทผสมวิธี (Mixed method study) ซึ่งมีทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- **การศึกษาเชิงคุณภาพ** เป็นการเก็บข้อมูลเชิงลึกจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริการปฐมภูมิ ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและ ผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- **การศึกษาเชิงปริมาณ** เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

## ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

**การศึกษาเชิงคุณภาพ** มีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและ ผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ คัดเลือกพื้นที่เก็บข้อมูลโดยการสุ่มแบบเจาะจงเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร ที่มีผู้มารับบริการน้อยที่สุด และมากที่สุด อย่างละ 1 แห่ง ในปี 2556 จากแต่ละกลุ่มพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร (6 กลุ่มพื้นที่) โดยสุ่มเลือกตัวแทนโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายในการเลือก (1) ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จำนวน 5 ราย และสิทธิประกันสังคม 5 ราย รวมแต่ละ 10 รายต่อกลุ่มพื้นที่ รวมทั้งสิ้นอย่างน้อย 120 ราย (2) บุคลากรทางการแพทย์จากศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ในแต่ละกลุ่มพื้นที่ ระดับละ 3 ราย-แห่ง รวม 60 ราย (3) ตัวแทนผู้รับผิดชอบด้านบริหารค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคมหน่วยงานละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 190 ราย

**การศึกษาเชิงปริมาณ** มีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

เนื่องจากการศึกษาประสิทธิผลของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่าสัดส่วนของเหตุผลในการเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มารับบริการที่พบน้อยที่สุด คือเรื่องการไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก ร้อยละ 29.0<sup>(10)</sup> จึงนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษานี้

กำหนดค่า  $\alpha$  = Type I error probability for two- tailed = 0.05

P = สัดส่วนของเหตุผลเรื่องการไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก = 0.29

Q = 1-P = 0.71

d = โอกาสความคลาดเคลื่อนที่จะพบโดยกำหนดให้เป็น 10% ของ P = 0.029

แทนค่า

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.29 \times 0.71}{0.029^2} = 940.52$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มละ 941 ราย

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ stratified sampling technique ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** แบ่งพื้นที่กรุงเทพมหานครแบ่งเป็น 6 กลุ่ม (cluster)

**ขั้นตอนที่ 2** ในแต่ละกลุ่มพื้นที่ จะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่มพื้นที่ (proportional allocation) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 941 ราย

### เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมจากหลายแนวคิดและทฤษฎี แบบสอบถามดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปในด้านต่างๆ ของศูนย์บริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2: ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3: ข้อมูลคำถามเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์

หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบความแม่นยำ (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) แล้วนำแบบสอบถามที่ได้จากการทดสอบมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนนำไปใช้จริง

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเทปการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกถอดเทปคำต่อคำผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์สาระสำคัญของข้อมูลที่ได้จากการ In-depth interview และนำเสนอในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เป็นขั้นตอนที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับผลลัพธ์ได้แก่

Bivariate analysis เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับผลลัพธ์ที่เป็นกลุ่มโดยใช้การคำนวณค่าสถิติ Chi-square

Multivariate analysis โดยใช้ Logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับผลลัพธ์ที่ถูกจัดกลุ่ม

### **กระบวนการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนข้างต้น จะนำมาเข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์กลยุทธ์ กลวิธี หรือวิธีการในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบ SWOT/TOWS Matrix และเทคนิคการพัฒนานวัตกรรม SCAMPER อันประกอบด้วย Substitute, Combine, Adapt, Modify, Put to another use, Eliminate และ Reverse โดยพิจารณาความ

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรตามหลัก Lifestyle oriented approach<sup>21,22</sup> ทั้ง 7 มิติ ได้แก่ การบริโภค การอุปโภค/จับจ่ายใช้สอย การอยู่อาศัย/พักพิง การนอนหลับ/พักผ่อนหย่อนใจ การสื่อสาร การทำงาน และการเรียนรู้ และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองดังกล่าว โดยจำแนกตามบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละกลยุทธ์/กลวิธี/วิธีการ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำไปพิจารณาขับเคลื่อนในบริบทจริง

ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2558 ถึง 31 พฤษภาคม 2559

---

<sup>21</sup>ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์ และธีระ วรรณารัตน์. คู่มือสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่เล่ม 1 และเล่ม 2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2555.

<sup>22</sup>ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์, ธีระ วรรณารัตน์, ชนิกา อังสนันทสุข และคณะ. วิถีชีวิตกับโรคกระดูกและข้อ. จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ 2557.

### ตารางเวลาการดำเนินงาน

| กิจกรรม                                                                              | เดือน |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|                                                                                      | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. ประชุมทีมงานวางแผน/ติดตาม<br>ความคืบหน้า                                          | x     | x | x | x | x | x | x | x | x | x  | x  | x  |
| 2. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่<br>เกี่ยวข้อง                                           | x     | x |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 3. ออกแบบเครื่องมือ/ทดสอบ<br>เครื่องมือ                                              | x     | x |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| 4. ดำเนินการเก็บข้อมูล                                                               |       |   | x | x | x | x | x | x | x | x  |    |    |
| 5. วิเคราะห์ข้อมูล                                                                   |       |   |   | x | x | x | x | x | x | x  | x  |    |
| 6. นำเสนอรายงานความก้าวหน้า                                                          |       |   |   |   |   |   | x |   |   |    |    |    |
| 7. สังเคราะห์ จัดทำรายงานฉบับ<br>สมบูรณ์ และนำเสนอสรุปผล<br>การศึกษาต่อผู้เกี่ยวข้อง |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    | x  | x  |

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการวางแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. รายงานผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

## ผลการศึกษาวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคมในเขตกรุงเทพมหานครจำนวนทั้งสิ้น 1,916 คน โดยเป็นกลุ่มประชากรที่มีสิทธิข้าราชการ 918 คน คิดเป็นร้อยละ 47.91 และสิทธิประกันสังคมจำนวน 998 คน คิดเป็นร้อยละ 52.09 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยดำเนินการสำรวจประชากรในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปีพ.ศ.2558 โดยใช้แบบสอบถามที่ได้รับการจัดทำและทดสอบความแม่นยำและเที่ยงตรงในภาคสนามแล้ว

ทั้งนี้ผลการสำรวจแบ่งตามแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วนหลัก ดังนี้

## ส่วนที่ 1 ปัจจัยเชิงบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลทั่วไป |                        | รวม     |        | สิทธิ     |        |             |        |
|--------------|------------------------|---------|--------|-----------|--------|-------------|--------|
|              |                        |         |        | ข้าราชการ |        | ประกันสังคม |        |
|              |                        | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |
| เพศ          | ชาย                    | 637     | 33.25  | 311       | 33.88  | 326         | 32.67  |
|              | หญิง                   | 1,279   | 66.75  | 607       | 66.12  | 672         | 67.33  |
| อายุ         | ต่ำกว่า 31 ปี          | 538     | 28.08  | 191       | 20.81  | 347         | 34.77  |
|              | 31-40 ปี               | 571     | 29.80  | 265       | 28.87  | 306         | 30.66  |
|              | 41-50 ปี               | 430     | 22.44  | 236       | 25.71  | 194         | 19.44  |
|              | 51-60 ปี               | 305     | 15.92  | 183       | 19.93  | 122         | 12.22  |
|              | มากกว่า 60 ปี          | 61      | 3.18   | 38        | 4.14   | 23          | 2.30   |
|              | ไม่ระบุ                | 11      | 0.57   | 5         | 0.54   | 6           | 0.60   |
|              | ค่าเฉลี่ย              | 39.47   |        | 41.78     |        | 37.35       |        |
|              | (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | (11.52) |        | (11.59)   |        | (11.04)     |        |

| ข้อมูลทั่วไป  |                         | รวม   |        | สิทธิ     |        |             |        |
|---------------|-------------------------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|
|               |                         |       |        | ข้าราชการ |        | ประกันสังคม |        |
|               |                         | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |
| สถานภาพสมรส   | โสด                     | 900   | 46.97  | 385       | 41.94  | 515         | 51.60  |
|               | สมรส                    | 896   | 46.76  | 466       | 50.76  | 430         | 43.09  |
|               | หม้าย                   | 49    | 2.56   | 32        | 3.49   | 17          | 1.70   |
|               | หย่า                    | 55    | 2.87   | 29        | 3.16   | 26          | 2.61   |
|               | แยกกันอยู่              | 16    | 0.84   | 6         | 0.65   | 10          | 1.00   |
| ระดับการศึกษา | ต่ำกว่า<br>มัธยมศึกษา   | 177   | 9.24   | 56        | 6.10   | 121         | 12.12  |
|               | มัธยมศึกษา              | 252   | 13.15  | 92        | 10.02  | 160         | 16.03  |
|               | ปวช./ปวส./<br>อนุปริญญา | 259   | 13.52  | 106       | 11.55  | 153         | 15.33  |
|               | ปริญญาตรี               | 1,001 | 52.24  | 498       | 54.25  | 503         | 50.40  |
|               | ปริญญาโท                | 218   | 11.38  | 161       | 17.54  | 57          | 5.71   |
|               | ปริญญาเอก               | 6     | 0.31   | 3         | 0.33   | 3           | 0.30   |
|               | ไม่ระบุ                 | 3     | 0.16   | 2         | 0.22   | 1           | 0.10   |
| ที่พักอาศัย   | กรุงเทพมหานคร           | 1,657 | 86.48  | 794       | 86.49  | 863         | 86.47  |
|               | นนทบุรี                 | 145   | 7.57   | 78        | 8.50   | 67          | 6.71   |
|               | สมุทรปราการ             | 38    | 1.98   | 15        | 1.63   | 23          | 2.30   |
|               | ปทุมธานี                | 56    | 2.92   | 18        | 1.96   | 38          | 3.81   |
|               | อยุธยา                  | 1     | 0.05   | 1         | 0.11   |             |        |

| ข้อมูลทั่วไป   |                                         | รวม   |        | สิทธิ     |        |             |        |
|----------------|-----------------------------------------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|
|                |                                         |       |        | ข้าราชการ |        | ประกันสังคม |        |
|                |                                         | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |
|                | สมุทรสาคร                               | 2     | 0.10   | 1         | 0.11   | 1           | 0.10   |
|                | นครปฐม                                  | 17    | 0.89   | 11        | 1.20   | 6           | 0.60   |
| อาชีพ          | รับราชการ                               | 700   | 36.53  | 700       | 76.25  |             |        |
|                | รัฐวิสาหกิจ                             | 72    | 3.76   | 72        | 7.84   |             |        |
|                | พนักงานบริษัท/<br>ห้างร้านเอกชน         | 555   | 28.97  |           |        | 555         | 55.61  |
|                | รับจ้างทั่วไป                           | 55    | 2.87   | 7         | 0.76   | 48          | 4.81   |
|                | ลูกจ้างประจำ/<br>ลูกจ้างชั่วคราว        | 328   | 17.12  | 73        | 7.95   | 255         | 25.55  |
|                | ทำธุรกิจส่วนตัว                         | 91    | 4.75   | 14        | 1.53   | 77          | 7.72   |
|                | พนักงานราชการ                           | 20    | 1.04   |           |        | 20          | 2.00   |
|                | แม่บ้าน/พ่อบ้าน                         | 56    | 2.92   | 36        | 3.92   | 20          | 2.00   |
|                | ลูกจ้าง<br>รัฐวิสาหกิจ<br>(ประกันสังคม) | 20    | 1.04   |           |        | 20          | 2.00   |
|                | อื่นๆ เช่น<br>เกษียณอายุ,<br>ว่างงาน    | 19    | 0.99   | 16        | 1.74   | 3           | 0.30   |
| รายได้ต่อเดือน | ต่ำกว่า 10,000 บาท                      | 158   | 8.25   | 39        | 4.25   | 119         | 11.92  |

| ข้อมูลทั่วไป |                    | รวม   |        | สิทธิ     |        |             |        |
|--------------|--------------------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|
|              |                    |       |        | ข้าราชการ |        | ประกันสังคม |        |
|              |                    | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน       | ร้อยละ |
|              | 10,000-15,000 บาท  | 536   | 27.97  | 188       | 20.48  | 348         | 34.87  |
|              | 15,001-20,000 บาท  | 450   | 23.49  | 224       | 24.40  | 226         | 22.65  |
|              | 20,001-25,000 บาท  | 322   | 16.81  | 191       | 20.81  | 131         | 13.13  |
|              | มากกว่า 25,000 บาท | 448   | 23.38  | 274       | 29.85  | 174         | 17.43  |
|              | ไม่ระบุ            | 2     | 0.10   | 2         | 0.22   |             |        |

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,916 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 66.75 และ ร้อยละ 33.25 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิข้าราชการมีอายุเฉลี่ยมากกว่าสิทธิประกันสังคม โดยเฉลี่ย  $41.78 \pm 11.59$  ปี และ  $37.35 \pm 11.04$  ปีตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีสถานภาพโสดร้อยละ 46.97 และสถานภาพสมรสร้อยละ 46.76 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิข้าราชการและประกันสังคมมีสถานภาพสมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 50.76 และ 48.40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองสิทธินั้นส่วนใหญ่จบการศึกษาดั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 50 และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ประมาณร้อยละ 86.5

หากจำแนกตามสิทธิจะพบว่า สิทธิข้าราชการจะมีรายได้ต่อเดือนมากกว่าผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม โดยครึ่งหนึ่งจะมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือนตามลำดับ

ตารางที่ 2 การมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างสิทธิข้าราชการและประกันสังคม

| โรคประจำตัว                             | รวม   |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|-----------------------------------------|-------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                         | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ไม่มี                                   | 1,499 | 78.24  | 688            | 74.95  | 811              | 81.26  |
| มี (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)              | 417   | 21.76  | 230            | 25.05  | 187              | 18.74  |
| - โรคความดันโลหิตสูง                    | 178   | 35.96  | 118            | 41.70  | 60               | 28.30  |
| - โรคเบาหวาน                            | 72    | 14.55  | 42             | 14.84  | 30               | 14.15  |
| - โรคภูมิแพ้                            | 67    | 13.54  | 27             | 9.54   | 40               | 18.87  |
| - โรคไขมันในเส้นเลือดสูง                | 40    | 8.08   | 27             | 9.54   | 13               | 6.13   |
| - โรคเก๊าท์                             | 24    | 4.85   | 16             | 5.65   | 8                | 3.77   |
| - โรคไทรอยด์                            | 22    | 4.44   | 6              | 2.12   | 16               | 7.55   |
| - โรคกระเพาะอาหาร                       | 18    | 3.64   | 5              | 1.77   | 13               | 6.13   |
| - โรคหัวใจ                              | 15    | 3.03   | 7              | 2.47   | 8                | 3.77   |
| - โรคไมเกรน                             | 15    | 3.03   | 9              | 3.18   | 6                | 2.83   |
| - อื่นๆ เช่น โรคโลหิตจาง, โรคไต เป็นต้น | 44    | 8.89   | 26             | 9.19   | 18               | 8.49   |
| รวม                                     | 1,916 | 100.00 |                |        |                  |        |

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.24 หากจำแนกตามสิทธิจะพบว่า กลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการจะมีโรคประจำตัวถึงหนึ่งในสี่ หรือร้อยละ 25 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคมซึ่งมีโรคประจำตัวราวหนึ่งในห้า หรือร้อยละ 19

ทั้งนี้พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 35.96 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.55 และโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 13.54 ตามลำดับ

หากจำแนกตามชนิดของโรค จะพบว่า ในกลุ่มสิทธิข้าราชการมีสัดส่วนของโรคความดันโลหิตสูง  
ถึงกว่าร้อยละ 40 โดยกลุ่มสิทธิประกันสังคมมีเพียงร้อยละ 28 ในขณะที่โรคภูมิแพ้<sup>๕</sup>นั้นพบในกลุ่มสิทธิ  
ประกันสังคมมากกว่าสิทธิข้าราชการ 2 เท่าคือ ร้อยละ 18 และร้อยละ 9 ตามลำดับ ส่วนโรคเบาหวานนั้น  
พบพอๆ กันในทั้งสองสิทธิคือราวร้อยละ 14

จะสังเกตได้ว่า โรคประจำตัวที่ได้รับการระบุในกลุ่มตัวอย่างข้างต้นนั้น กลุ่มข้าราชการจะเป็นโรค  
เรื้อรังที่สัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุและพฤติกรรมบริโภคในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่มี  
สิทธิประกันสังคม

ตารางที่ 3 สถานพยาบาลที่เคยใช้ หรือคาดว่าจะใช้บริการเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

| อันดับ | สถานพยาบาล                                                                   | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|        |                                                                              | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| 1      | โรงพยาบาลศิริราช                                                             | 186    | 9.77   | 161            | 17.67  | 25               | 2.52   |
| 2      | โรงพยาบาลรามาริบัติ                                                          | 127    | 6.67   | 100            | 10.98  | 27               | 2.72   |
| 3      | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า                                                       | 79     | 4.15   | 61             | 6.70   | 18               | 1.81   |
| 4      | โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช                                                      | 79     | 4.15   | 65             | 7.14   | 14               | 1.41   |
| 5      | โรงพยาบาลราชวิถี                                                             | 76     | 3.99   | 40             | 4.39   | 36               | 3.63   |
| 6      | โรงพยาบาลวชิระ                                                               | 69     | 3.62   | 55             | 6.04   | 14               | 1.41   |
| 7      | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์                                                          | 69     | 3.62   | 51             | 5.60   | 18               | 1.81   |
| 8      | โรงพยาบาลกลาง                                                                | 46     | 2.42   | 28             | 3.07   | 18               | 1.81   |
| 9      | อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลเปาโล, ยันฮี, ลาดพร้าว, โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่น ฯลฯ | 1,173  | 61.76  | 350            | 38.14  | 823              | 82.54  |
| 10     | ไม่ระบุ                                                                      | 12     | 0.63   | 7              | 0.76   | 5                | 0.50   |
| รวม    |                                                                              | 1,916  | 100.00 | 918            | 100.00 | 998              | 100.00 |

จากตารางที่ 3 สถานพยาบาลที่เคยใช้ และ/หรือคาดว่าจะใช้บริการเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย พบว่าในภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้/คาดว่าจะใช้บริการเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยที่สถานพยาบาลเอกชนมากกว่าสถานพยาบาลภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ แต่หากจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลจะพบว่า กลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการกว่าร้อยละ 60 จะไปที่สถานพยาบาลภาครัฐ แต่กลุ่มผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมกว่าร้อยละ 80 จะไปที่สถานพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 4 เหตุผลของการเลือกใช้บริการสถานพยาบาล

| อันดับ | เหตุผล*                                                                    | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|        |                                                                            | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| 1      | สถานพยาบาลตั้งอยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน สะดวกในการเดินทางไปใช้บริการ        | 1,149  | 57.83  | 522            | 53.93  | 627              | 61.53  |
| 2      | มีสิทธิที่สถานพยาบาลนี้                                                    | 309    | 15.55  | 143            | 14.77  | 166              | 16.29  |
| 3      | เชื่อมั่นในความรู้ ความชำนาญของแพทย์ และพยาบาล                             | 190    | 9.56   | 120            | 12.40  | 70               | 6.87   |
| 4      | มีการให้บริการที่ดี สะดวก รวดเร็ว มีมาตรฐาน                                | 114    | 5.74   | 56             | 5.79   | 58               | 5.69   |
| 5      | มีประวัติการรักษาและแพทย์ที่ตรวจรักษา ประจำอยู่ที่สถานพยาบาลนี้            | 92     | 4.63   | 57             | 5.89   | 35               | 3.43   |
| 6      | สถานพยาบาลสะอาด มีสภาพแวดล้อมที่ดี                                         | 42     | 2.11   | 16             | 1.65   | 26               | 2.55   |
| 7      | สถานพยาบาลมีชื่อเสียง น่าเชื่อถือ                                          | 21     | 1.06   | 17             | 1.76   | 4                | 0.39   |
| 8      | มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและทันสมัย                                 | 19     | 0.96   | 13             | 1.34   | 6                | 0.59   |
| 9      | เป็นสถานพยาบาลของภาครัฐ                                                    | 17     | 0.86   | 12             | 1.24   | 5                | 0.49   |
| 10     | อื่นๆ เช่น มีจำนวนผู้ให้บริการไม่มาก, มีญาติ/คนรู้จักทำงานที่สถานพยาบาลนี้ | 34     | 1.71   | 24             | 2.48   | 27               | 2.65   |
| รวม    |                                                                            | 1,987  | 100.00 | 968            | 100.00 | 1,019            | 100.00 |

\*ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตารางที่ 4 เหตุผลของการเลือกใช้สถานพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สถานพยาบาลแห่งนั้นเพราะสถานพยาบาลตั้งอยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน สะดวกในการเดินทางไปใช้บริการมากที่สุด ร้อยละ 57.83 รองลงมาคือ เพราะการมีสิทธิที่สถานพยาบาลนั้นๆ ประมาณร้อยละ 15 และเพราะเชื่อมั่นในความรู้ ความชำนาญของแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 10 ตามลำดับ หากวิเคราะห์ผลในตารางที่ 4 นี้จะพบว่า ในภาพรวม เจาะลึกเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงและการใช้สิทธินั้นรวมกันแล้วถือเป็นเหตุผลหลักของการเลือกใช้สถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 73 และหากจำแนกตามสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมแล้วยังถือเป็นเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เช่นกันคือร้อยละ 68 และร้อยละ 78 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่รับผิดชอบเองในปีที่ผ่านมา

| อันดับ | ค่าใช้จ่าย         | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|--------|--------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|        |                    | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| 1      | ต่ำกว่า 5,000 บาท  | 650    | 33.92  | 341            | 37.15  | 309              | 30.96  |
| 2      | 5,001-10,000 บาท   | 144    | 7.52   | 84             | 9.15   | 60               | 6.01   |
| 3      | 10,001-15,000 บาท  | 26     | 1.36   | 12             | 1.31   | 14               | 1.40   |
| 4      | 15,001-20,000 บาท  | 19     | 0.99   | 13             | 1.42   | 6                | 0.60   |
| 5      | 20,001-25,000 บาท  | 12     | 0.63   | 7              | 0.76   | 5                | 0.50   |
| 6      | มากกว่า 25,000 บาท | 17     | 0.89   | 11             | 1.20   | 6                | 0.60   |
| 7      | ไม่มีการจ่ายเพิ่ม  | 1,044  | 54.49  | 449            | 48.91  | 595              | 59.62  |
| 8      | ไม่ระบุ            | 4      | 0.21   | 1              | 0.11   | 3                | 0.30   |
| รวม    |                    | 1,916  | 100.00 | 918            | 100.00 | 998              | 100.00 |

จากตารางที่ 5 ร้อยละ 50.98 ของข้าราชการมีการรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองยามที่เจ็บป่วยด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น การเสียค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกตามสิทธิไม่ได้ หรือไปรับการรักษาที่อื่นๆ ตามสะดวกแต่ไม่สามารถเบิกได้ เป็นต้น ในขณะที่กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมนั้นมีร่วร้อยละ 40 ที่มีการรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทั้งนี้ในกลุ่มข้าราชการที่ต้องควักกระเป๋าจ่ายเองนั้นมีร่วร้อยละ 73 จ่ายไปน้อยกว่า 5,000 บาท และร้อยละ 17 จ่ายไปราว 5,000-10,000 บาท ในขณะที่กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมที่ต้องควักกระเป๋าจ่ายเองนั้น ร่วร้อยละ 77.25 จ่ายไปน้อยกว่า 5,000 บาท และร้อยละ 15 จ่ายไปราว 5,000-10,000 บาท

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเชิงระบบและปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์

ตารางที่ 6 ระดับความสำคัญของปัจจัยเชิงระบบและปัจจัยแวดล้อมต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ (ระดับความสำคัญ 0-5 จากน้อยไปมาก)

| ปัจจัย                                                                                                      | ความสำคัญของปัจจัยในมุมมองของผู้รับบริการ |      |                |      |                  |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|----------------|------|------------------|------|
|                                                                                                             | ภาพรวม                                    |      | สิทธิข้าราชการ |      | สิทธิประกันสังคม |      |
|                                                                                                             | Mean                                      | SD   | Mean           | SD   | Mean             | SD   |
| <b>1. บุคลากรสุขภาพ</b>                                                                                     | 4.39                                      | 0.65 | 4.42           | 0.64 | 4.38             | 0.66 |
| 1.1 ความเพียงพอของบุคลากรในสถานพยาบาลต่อการให้บริการ                                                        | 4.38                                      | 0.67 | 4.39           | 0.66 | 4.36             | 0.67 |
| 1.2 ความรู้ความชำนาญของแพทย์ผู้ตรวจหรือพยาบาล                                                               | 4.60                                      | 0.58 | 4.64           | 0.53 | 4.56             | 0.61 |
| 1.3 การมีอัตรากำลังดีเยี่ยมเต็มใจให้บริการของเจ้าหน้าที่                                                    | 4.29                                      | 0.65 | 4.29           | 0.65 | 4.29             | 0.65 |
| 1.4 การปฏิบัติกรต่อผู้รับบริการด้วยความสุภาพอ่อนโยนของเจ้าหน้าที่                                           | 4.31                                      | 0.67 | 4.34           | 0.65 | 4.29             | 0.68 |
| <b>2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ</b>                                                                                | 4.14                                      | 0.76 | 4.15           | 0.75 | 4.13             | 0.78 |
| 2.1 การตอบคำถามและให้คำแนะนำต่างๆ                                                                           | 4.25                                      | 0.70 | 4.27           | 0.69 | 4.23             | 0.72 |
| 2.2 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาลให้ประชาชนรับทราบ                                    | 4.08                                      | 0.77 | 4.08           | 0.74 | 4.08             | 0.79 |
| 2.3 การมีระบบข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อการรักษาพยาบาล                                                           | 4.24                                      | 0.71 | 4.25           | 0.70 | 4.22             | 0.73 |
| 2.4 การมีหลายช่องทางในการสื่อสารกับ เจ้าหน้าที่ในสถานบริการ เช่น โทรศัพท์, เฟซบุ๊ก, ไลน์, ทวิตเตอร์ เป็นต้น | 3.99                                      | 0.84 | 3.98           | 0.83 | 4.00             | 0.84 |
| <b>3. เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี</b>                                                                   | 4.61                                      | 0.62 | 4.64           | 0.59 | 4.58             | 0.65 |

| ปัจจัย                                                                                                      | ความสำคัญของปัจจัยในมุมมองของผู้รับบริการ |             |                |             |                  |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|----------------|-------------|------------------|-------------|
|                                                                                                             | ภาพรวม                                    |             | สิทธิข้าราชการ |             | สิทธิประกันสังคม |             |
|                                                                                                             | Mean                                      | SD          | Mean           | SD          | Mean             | SD          |
| 3.1 การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและทันสมัย                                                           | 4.61                                      | 0.60        | 4.66           | 0.56        | 4.57             | 0.62        |
| 3.2 การมีจำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ                                                                     | 4.63                                      | 0.59        | 4.68           | 0.56        | 4.60             | 0.62        |
| 3.3 คุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน                                                       | 4.66                                      | 0.61        | 4.69           | 0.57        | 4.64             | 0.64        |
| 3.4 การให้คำแนะนำเรื่องการไต่ยา                                                                             | 4.51                                      | 0.66        | 4.53           | 0.64        | 4.50             | 0.68        |
| <b>4. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ</b>                                                                          | <b>4.17</b>                               | <b>0.81</b> | <b>4.19</b>    | <b>0.80</b> | <b>4.16</b>      | <b>0.82</b> |
| 4.1 การจัดพื้นที่ให้บริการสะอาด                                                                             | 4.34                                      | 0.66        | 4.37           | 0.64        | 4.32             | 0.67        |
| 4.2 การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอ ไม่แออัด                                                       | 4.33                                      | 0.70        | 4.35           | 0.70        | 4.32             | 0.70        |
| 4.3 การจัดสภาพแวดล้อมสวยงาม                                                                                 | 3.99                                      | 0.78        | 3.99           | 0.77        | 3.99             | 0.80        |
| 4.4 การรับบริการเป็นไปตามลำดับคิวไม่มีการลัดคิว                                                             | 4.37                                      | 0.71        | 4.39           | 0.67        | 4.35             | 0.73        |
| 4.5 มีเจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการรับบริการ                                                                  | 4.22                                      | 0.73        | 4.23           | 0.71        | 4.21             | 0.75        |
| 4.6 ความรวดเร็วในการรับบริการ                                                                               | 4.39                                      | 0.74        | 4.41           | 0.71        | 4.36             | 0.76        |
| 4.7 ความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อมารับบริการ                                                           | 4.52                                      | 0.65        | 4.55           | 0.62        | 4.49             | 0.67        |
| 4.8 การจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ เช่น ห้องน้ำ แก้วสำหรับนั่งรอรับบริการ น้ำดื่ม เป็นต้น | 4.18                                      | 0.74        | 4.19           | 0.74        | 4.18             | 0.74        |
| 4.9 ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน                                                                                | 4.19                                      | 0.68        | 4.20           | 0.67        | 4.18             | 0.69        |
| 4.10 การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ อาหาร ออกกำลังกาย การฝากครรภ์ ฯลฯ                  | 4.12                                      | 0.74        | 4.14           | 0.72        | 4.10             | 0.75        |

| ปัจจัย                                                          | ความสำคัญของปัจจัยในมุมมองของผู้รับบริการ |             |                |             |                  |             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|----------------|-------------|------------------|-------------|
|                                                                 | ภาพรวม                                    |             | สิทธิข้าราชการ |             | สิทธิประกันสังคม |             |
|                                                                 | Mean                                      | SD          | Mean           | SD          | Mean             | SD          |
| 4.11 การป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค          | 4.27                                      | 0.70        | 4.30           | 0.67        | 4.25             | 0.72        |
| 4.12 การรักษาโรค                                                | 4.46                                      | 0.65        | 4.49           | 0.64        | 4.43             | 0.67        |
| 4.13 การฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวะบำบัด                 | 4.21                                      | 0.73        | 4.25           | 0.71        | 4.18             | 0.74        |
| 4.14 การจัดบริการเยี่ยมบ้าน                                     | 3.63                                      | 0.99        | 3.64           | 0.99        | 3.63             | 0.99        |
| 4.15 การมีทีมหมอครอบครัวประจำชุมชน                              | 3.76                                      | 0.96        | 3.78           | 0.96        | 3.74             | 0.97        |
| 4.16 การมีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่                           | 3.74                                      | 0.97        | 3.73           | 0.98        | 3.75             | 0.97        |
| <b>5. ภาพลักษณ์โรงพยาบาล</b>                                    | <b>4.36</b>                               | <b>0.65</b> | <b>4.39</b>    | <b>0.64</b> | <b>4.33</b>      | <b>0.67</b> |
| 5.1 ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านโปร่งใส                            | 4.29                                      | 0.66        | 4.30           | 0.66        | 4.29             | 0.67        |
| 5.2 ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความทันสมัย                        | 4.31                                      | 0.67        | 4.33           | 0.65        | 4.29             | 0.69        |
| 5.3 ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความเต็มใจในการให้บริการของบุคลากร | 4.41                                      | 0.64        | 4.45           | 0.62        | 4.38             | 0.66        |
| 5.4 ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความน่าเชื่อถือ                    | 4.47                                      | 0.61        | 4.53           | 0.58        | 4.42             | 0.63        |
| 5.5 มีเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวก                 | 4.30                                      | 0.67        | 4.33           | 0.65        | 4.27             | 0.68        |
| <b>6. งบประมาณและการเบิกจ่าย</b>                                | <b>4.26</b>                               | <b>0.81</b> | <b>4.32</b>    | <b>0.76</b> | <b>4.20</b>      | <b>0.84</b> |
| 6.1 ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินที่ต้องรับผิดชอบเอง                   | 4.21                                      | 0.84        | 4.27           | 0.81        | 4.15             | 0.87        |
| 6.2 การอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลเรื่องการเบิกจ่าย              | 4.31                                      | 0.77        | 4.38           | 0.71        | 4.24             | 0.81        |
| <b>7. ปัจจัยเชิงนโยบาย</b>                                      | <b>4.37</b>                               | <b>0.74</b> | <b>4.40</b>    | <b>0.71</b> | <b>4.35</b>      | <b>0.77</b> |

| ปัจจัย                                                                     | ความสำคัญของปัจจัยในมุมมองของผู้รับบริการ |             |                |             |                  |             |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|----------------|-------------|------------------|-------------|
|                                                                            | ภาพรวม                                    |             | สิทธิข้าราชการ |             | สิทธิประกันสังคม |             |
|                                                                            | Mean                                      | SD          | Mean           | SD          | Mean             | SD          |
| 7.1 การรณรงค์ให้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน                           | 4.13                                      | 0.82        | 4.14           | 0.80        | 4.12             | 0.84        |
| 7.2 การให้สวัสดิการรักษายาบาลกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน                     | 4.43                                      | 0.69        | 4.45           | 0.65        | 4.41             | 0.72        |
| 7.3 การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลสังกัดได้อย่างอิสระ               | 4.39                                      | 0.72        | 4.44           | 0.67        | 4.34             | 0.76        |
| 7.4 นโยบายการเข้ารับบริการรักษายาบาลฉุกเฉินได้ทุกที่                       | 4.55                                      | 0.66        | 4.57           | 0.64        | 4.53             | 0.67        |
| <b>8. เศรษฐกิจ</b>                                                         | <b>4.15</b>                               | <b>0.90</b> | <b>4.14</b>    | <b>0.92</b> | <b>4.16</b>      | <b>0.87</b> |
| 8.1 ภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยมีผลต่อการตัดสินใจเลือกไปรับบริการจากโรงพยาบาล | 4.12                                      | 0.91        | 4.11           | 0.95        | 4.13             | 0.88        |
| 8.2 รายได้ของท่านมีผลต่อการตัดสินใจเลือกไปรับบริการจากโรงพยาบาล            | 4.18                                      | 0.88        | 4.16           | 0.90        | 4.19             | 0.86        |
| <b>9. สังคมและวัฒนธรรม</b>                                                 | <b>4.38</b>                               | <b>0.68</b> | <b>4.41</b>    | <b>0.66</b> | <b>4.35</b>      | <b>0.70</b> |
| 9.1 ชื่อเสียงของสถานพยาบาลมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาพยาบาล            | 4.25                                      | 0.73        | 4.29           | 0.71        | 4.22             | 0.75        |
| 9.2 การมีแพทย์เฉพาะทางมีผลต่อการตัดสินใจไปรับการดูแลรักษา                  | 4.52                                      | 0.62        | 4.55           | 0.60        | 4.49             | 0.63        |
| 9.3 ชื่อเสียงของโรงพยาบาลมีผลต่อความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล                | 4.36                                      | 0.66        | 4.39           | 0.65        | 4.33             | 0.67        |
| <b>10. เทคโนโลยี</b>                                                       | <b>4.25</b>                               | <b>0.74</b> | <b>4.27</b>    | <b>0.71</b> | <b>4.24</b>      | <b>0.76</b> |

| ปัจจัย                                                                                                                                     | ความสำคัญของปัจจัยในมุมมองของผู้รับบริการ |             |                |             |                  |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|----------------|-------------|------------------|-------------|
|                                                                                                                                            | ภาพรวม                                    |             | สิทธิข้าราชการ |             | สิทธิประกันสังคม |             |
|                                                                                                                                            | Mean                                      | SD          | Mean           | SD          | Mean             | SD          |
| 10.1 การใช้เทคโนโลยีมาให้บริการเพื่อความสะดวก เช่น ระบบนัดคิวออนไลน์ ระบบจ่ายตรง ระบบตรวจสอบสิทธิอัตโนมัติ ระบบรับ-ส่งผู้ป่วยอัตโนมัติ ฯลฯ | 4.25                                      | 0.74        | 4.27           | 0.71        | 4.24             | 0.76        |
| <b>11. สิ่งแวดล้อม</b>                                                                                                                     | <b>4.29</b>                               | <b>0.72</b> | <b>4.29</b>    | <b>0.71</b> | <b>4.29</b>      | <b>0.73</b> |
| 11.1 การเดินทางสะดวกมีรถสาธารณะ                                                                                                            | 4.25                                      | 0.75        | 4.25           | 0.75        | 4.25             | 0.75        |
| 11.2 สถานพยาบาลตั้งอยู่ไม่ไกลจากบ้านหรือที่ทำงาน                                                                                           | 4.33                                      | 0.69        | 4.33           | 0.67        | 4.32             | 0.71        |
| <b>12. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง</b>                                                                                                             | <b>4.41</b>                               | <b>0.72</b> | <b>4.42</b>    | <b>0.70</b> | <b>4.41</b>      | <b>0.73</b> |
| 12.1 การจ่ายเงินค่าชดเชยให้กับผู้รับบริการ เมื่อเกิดความเสียหายทางการแพทย์ต่อผู้รับบริการ                                                  | 4.46                                      | 0.71        | 4.46           | 0.69        | 4.46             | 0.73        |
| 12.2 สถานพยาบาลดำเนินการตามกฎหมาย นโยบาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล                                                        | 4.44                                      | 0.68        | 4.44           | 0.68        | 4.44             | 0.69        |
| 12.3 การให้ความรู้ และความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน                                                        | 4.34                                      | 0.74        | 4.35           | 0.73        | 4.33             | 0.76        |
| <b>รวม</b>                                                                                                                                 | <b>4.29</b>                               | <b>0.76</b> | <b>4.31</b>    | <b>0.75</b> | <b>4.27</b>      | <b>0.77</b> |

จากตารางที่ 6 ระดับความสำคัญของปัจจัยเชิงระบบและปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Likert scale ที่มีระดับคะแนนความสำคัญตั้งแต่น้อยที่สุด-มากที่สุด โดยมีคะแนนเต็ม 5 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าปัจจัยเชิงระบบและปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์มีความสำคัญอยู่ในระดับสำคัญมาก (ค่าเฉลี่ย 4.29 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) เมื่อพิจารณาเป็น

รายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีเป็นปัจจัยที่ได้รับการประเมินว่ามีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.61 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (ค่าเฉลี่ย 4.41 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72) และปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.39 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65)

ส่วนที่ 3 ลักษณะการเจ็บป่วยกับการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์

ตารางที่ 7 ความถี่ในการรับบริการทางการแพทย์ต่อปี

| ความถี่ต่อปี                                                 | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|--------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                              | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| <b>รักษาโรคทั่วไป</b>                                        |        |        |                |        |                  |        |
| 1-2 ครั้งต่อปี                                               | 1,034  | 53.97  | 504            | 54.90  | 530              | 53.11  |
| 3-6 ครั้งต่อปี                                               | 356    | 18.58  | 176            | 19.17  | 180              | 18.04  |
| มากกว่า 6 ครั้งต่อปี                                         | 153    | 7.99   | 67             | 7.30   | 86               | 8.63   |
| ไม่เคยใช้บริการ                                              | 373    | 19.47  | 171            | 18.63  | 202              | 20.24  |
| <b>อุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผล</b>       |        |        |                |        |                  |        |
| 1-2 ครั้งต่อปี                                               | 562    | 29.33  | 283            | 30.83  | 279              | 27.96  |
| 3-6 ครั้งต่อปี                                               | 23     | 1.20   | 9              | 0.98   | 14               | 1.40   |
| มากกว่า 6 ครั้งต่อปี                                         | 8      | 0.42   | 6              | 0.65   | 2                | 0.20   |
| ไม่เคยใช้บริการ                                              | 1,323  | 69.05  | 620            | 67.54  | 703              | 70.44  |
| <b>รักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น</b> |        |        |                |        |                  |        |
| 1-2 ครั้งต่อปี                                               | 201    | 10.49  | 97             | 10.57  | 104              | 10.42  |
| 3-6 ครั้งต่อปี                                               | 101    | 5.27   | 60             | 6.54   | 41               | 4.11   |
| มากกว่า 6 ครั้งต่อปี                                         | 68     | 3.55   | 35             | 3.81   | 33               | 3.31   |
| ไม่เคยใช้บริการ                                              | 1,546  | 80.69  | 726            | 79.08  | 820              | 82.16  |
| <b>ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด</b>    |        |        |                |        |                  |        |

| ความถี่ต่อปี                                               | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                            | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| 1-2 ครั้งต่อปี                                             | 237    | 12.37  | 120            | 13.07  | 117              | 11.72  |
| 3-6 ครั้งต่อปี                                             | 6      | 0.31   | 1              | 0.11   | 5                | 0.50   |
| มากกว่า 6 ครั้งต่อปี                                       | 8      | 0.42   | 4              | 0.44   | 4                | 0.40   |
| ไม่เคยใช้บริการ                                            | 1,665  | 86.90  | 793            | 86.38  | 872              | 87.37  |
| ป้องกันโรค เช่น ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค                      |        |        |                |        |                  |        |
| 1-2 ครั้งต่อปี                                             | 630    | 32.88  | 346            | 37.69  | 284              | 28.46  |
| 3-6 ครั้งต่อปี                                             | 17     | 0.89   | 7              | 0.76   | 10               | 1.00   |
| มากกว่า 6 ครั้งต่อปี                                       | 5      | 0.26   | 1              | 0.11   | 4                | 0.40   |
| ไม่เคยใช้บริการ                                            | 1,264  | 65.97  | 564            | 61.44  | 700              | 70.14  |
| ฟื้นฟูสุขภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา |        |        |                |        |                  |        |
| 1-2 ครั้งต่อปี                                             | 178    | 9.29   | 90             | 9.80   | 88               | 8.82   |
| 3-6 ครั้งต่อปี                                             | 7      | 0.37   | 5              | 0.54   | 2                | 0.20   |
| มากกว่า 6 ครั้งต่อปี                                       | 8      | 0.42   | 6              | 0.65   | 2                | 0.20   |
| ไม่เคยใช้บริการ                                            | 1,723  | 89.93  | 817            | 89.00  | 906              | 90.78  |

จากตารางที่ 7 ความถี่ในการรับบริการทางการแพทย์ต่อปี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่รับบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคทั่วไป 1-2 ครั้งต่อปีมากที่สุด ร้อยละ 53.97 ด้านอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยต้องเข้ารักษาพยาบาล เช่นเดียวกับ

การรักษาพยาบาลด้านรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด ด้านการป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา

ตารางที่ 8 ลักษณะการเจ็บป่วยกับช่องทางที่เลือกใช้ในการรับบริการทางการแพทย์

| การรับบริการทางการแพทย์                               | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|-------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                       | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| รักษาโรคทั่วไป                                        |        |        |                |        |                  |        |
| ร้านขายยา                                             | 592    | 30.90  | 290            | 31.59  | 302              | 30.26  |
| โรงพยาบาลรัฐบาล                                       | 531    | 27.71  | 363            | 39.54  | 168              | 16.83  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                        | 462    | 24.11  | 81             | 8.82   | 381              | 38.18  |
| คลินิก                                                | 258    | 13.47  | 128            | 13.94  | 130              | 13.03  |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.                             | 62     | 3.24   | 48             | 5.23   | 14               | 1.40   |
| สถานพยาบาลที่มาให้บริการที่ทำงาน                      | 9      | 0.47   | 6              | 0.65   | 3                | 0.30   |
| อื่นๆ เช่น ศูนย์แพทย์พัฒนา, กองแพทย์หลวงจิตรลดา       | 2      | 0.10   | 2              | 0.22   |                  |        |
| อุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผล       |        |        |                |        |                  |        |
| โรงพยาบาลรัฐบาล                                       | 715    | 37.32  | 505            | 55.01  | 210              | 21.04  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                        | 606    | 31.63  | 92             | 10.02  | 514              | 51.50  |
| คลินิก                                                | 351    | 18.32  | 183            | 19.93  | 168              | 16.83  |
| ร้านขายยา                                             | 185    | 9.66   | 93             | 10.13  | 92               | 9.22   |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.                             | 52     | 2.71   | 38             | 4.14   | 14               | 1.40   |
| สถานพยาบาลที่มาให้บริการที่ทำงาน                      | 5      | 0.26   | 5              | 0.54   |                  |        |
| อื่นๆ เช่น ศูนย์แพทย์พัฒนา, กองแพทย์หลวงจิตรลดา       | 2      | 0.10   | 2              | 0.22   |                  |        |
| รักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น |        |        |                |        |                  |        |

| การรับบริการทางการแพทย์                            | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|----------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                    | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| โรงพยาบาลรัฐบาล                                    | 1,212  | 63.26  | 833            | 90.74  | 379              | 37.98  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                     | 655    | 34.19  | 60             | 6.54   | 595              | 59.62  |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.                          | 23     | 1.20   | 14             | 1.53   | 9                | 0.90   |
| คลินิก                                             | 17     | 0.89   | 7              | 0.76   | 10               | 1.00   |
| ร้านขายยา                                          | 5      | 0.26   |                |        | 5                | 0.50   |
| สถานพยาบาลที่มาให้บริการที่ทำงาน                   | 2      | 0.10   | 2              | 0.22   |                  |        |
| อื่นๆ เช่น ศูนย์แพทย์พัฒนา, กองแพทย์หลวงจิตรลดา    | 2      | 0.10   | 2              | 0.22   |                  |        |
| ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด |        |        |                |        |                  |        |
| โรงพยาบาลรัฐบาล                                    | 1,162  | 60.65  | 814            | 88.67  | 348              | 34.87  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                     | 672    | 35.07  | 74             | 8.06   | 598              | 59.92  |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.                          | 41     | 2.14   | 14             | 1.53   | 27               | 2.71   |
| คลินิก                                             | 27     | 1.41   | 10             | 1.09   | 17               | 1.70   |
| ร้านขายยา                                          | 13     | 0.68   | 5              | 0.54   | 8                | 0.80   |
| สถานพยาบาลที่มาให้บริการที่ทำงาน                   | 1      | 0.05   | 1              | 0.11   |                  |        |
| ป้องกันโรค เช่น ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค              |        |        |                |        |                  |        |
| โรงพยาบาลรัฐบาล                                    | 829    | 43.27  | 580            | 63.18  | 249              | 24.95  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                     | 537    | 28.03  | 64             | 6.97   | 473              | 47.39  |

| การรับบริการทางการแพทย์                                         | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|-----------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                                 | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.                                       | 305    | 15.92  | 181            | 19.72  | 124              | 12.42  |
| คลินิก                                                          | 192    | 10.02  | 76             | 8.28   | 116              | 11.62  |
| สถานพยาบาลที่มาให้บริการที่ทำงาน                                | 47     | 2.45   | 14             | 1.53   | 33               | 3.31   |
| ร้านขายยา                                                       | 4      | 0.21   | 2              | 0.22   | 2                | 0.20   |
| อื่นๆ เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่                                 | 2      | 0.10   | 1              | 0.11   | 1                | 0.10   |
| <b>ฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา</b> |        |        |                |        |                  |        |
| โรงพยาบาลรัฐบาล                                                 | 1,175  | 61.33  | 799            | 87.04  | 376              | 37.68  |
| โรงพยาบาลเอกชน                                                  | 616    | 32.15  | 42             | 4.58   | 574              | 57.52  |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.                                       | 89     | 4.65   | 61             | 6.64   | 28               | 2.81   |
| คลินิก                                                          | 22     | 1.15   | 11             | 1.20   | 11               | 1.10   |
| ร้านขายยา                                                       | 6      | 0.31   | 2              | 0.22   | 4                | 0.40   |
| สถานพยาบาลที่มาให้บริการที่ทำงาน                                | 1      | 0.05   | 1              | 0.11   |                  |        |
| อื่นๆ เช่น สถานบำบัด, โรงพยาบาลเฉพาะทาง, ร้านนวด                | 7      | 0.37   | 2              | 0.22   | 5                | 0.50   |

จากตารางที่ 8 การรับบริการทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคทั่วไปที่ร้านขายยามากที่สุด ร้อยละ 30.90 รับบริการทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผลที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 37.32 รับบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 63.26 รับบริการทางการแพทย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด ที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 60.65 รับบริการทางการแพทย์ด้านการป้องกันโรค เช่น ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค ที่

โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 43.27 และรับบริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสภาพ เช่น  
กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา ที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 61.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 เหตุผลของการรับบริการทางการแพทย์

| เหตุผลของการรับบริการทางการแพทย์                             | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|--------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                              | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| <b>รักษาโรคทั่วไป</b>                                        |        |        |                |        |                  |        |
| ไถ่บ้าน                                                      | 864    | 39.49  | 403            | 38.38  | 461              | 40.51  |
| ตามสิทธิ                                                     | 577    | 26.37  | 243            | 23.14  | 334              | 29.35  |
| รอไม่นาน รวดเร็ว                                             | 417    | 19.06  | 211            | 20.10  | 206              | 18.10  |
| ใกล้ที่ทำงาน                                                 | 192    | 8.78   | 118            | 11.24  | 74               | 6.50   |
| มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ                                          | 106    | 4.84   | 57             | 5.43   | 49               | 4.31   |
| มีเครื่องมือทันสมัย                                          | 23     | 1.05   | 14             | 1.33   | 9                | 0.79   |
| อื่นๆ เช่น เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรง                         | 9      | 0.41   | 4              | 0.38   | 5                | 0.44   |
| <b>อุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผล</b>       |        |        |                |        |                  |        |
| ตามสิทธิ                                                     | 832    | 39.38  | 363            | 35.04  | 469              | 43.55  |
| ไถ่บ้าน                                                      | 660    | 31.24  | 325            | 31.37  | 335              | 31.10  |
| รอไม่นาน รวดเร็ว                                             | 316    | 14.96  | 154            | 14.86  | 162              | 15.04  |
| ใกล้ที่ทำงาน                                                 | 171    | 8.09   | 107            | 10.33  | 64               | 5.94   |
| มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ                                          | 99     | 4.69   | 63             | 6.08   | 36               | 3.34   |
| มีเครื่องมือทันสมัย                                          | 28     | 1.33   | 21             | 2.03   | 7                | 0.65   |
| อื่นๆ เช่น เกิดอุบัติเหตุใกล้โรงพยาบาล, บาดเจ็บเล็กน้อย      | 7      | 0.33   | 3              | 0.29   | 4                | 0.37   |
| <b>รักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น</b> |        |        |                |        |                  |        |

| เหตุผลของการรับบริการทางการแพทย์                   | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|----------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                    | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ตามสิทธิ                                           | 1,199  | 56.58  | 537            | 52.49  | 662              | 60.40  |
| ใกล้บ้าน                                           | 387    | 18.26  | 179            | 17.50  | 208              | 18.98  |
| มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ                                | 313    | 14.77  | 179            | 17.50  | 134              | 12.23  |
| ใกล้ที่ทำงาน                                       | 138    | 6.51   | 85             | 8.31   | 53               | 4.84   |
| รอไม่นาน รวดเร็ว                                   | 44     | 2.08   | 23             | 2.25   | 21               | 1.92   |
| มีเครื่องมือทันสมัย                                | 35     | 1.65   | 20             | 1.96   | 15               | 1.37   |
| อื่นๆ เช่น รักษาประจำ, บริการดี                    | 3      | 0.14   |                |        | 3                | 0.27   |
| ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด |        |        |                |        |                  |        |
| ตามสิทธิ                                           | 1,179  | 57.82  | 545            | 55.56  | 634              | 59.92  |
| ใกล้บ้าน                                           | 410    | 20.11  | 184            | 18.76  | 226              | 21.36  |
| มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ                                | 223    | 10.94  | 127            | 12.95  | 96               | 9.07   |
| ใกล้ที่ทำงาน                                       | 120    | 5.89   | 73             | 7.44   | 47               | 4.44   |
| รอไม่นาน รวดเร็ว                                   | 60     | 2.94   | 26             | 2.65   | 34               | 3.21   |
| มีเครื่องมือทันสมัย                                | 43     | 2.11   | 26             | 2.65   | 17               | 1.61   |
| อื่นๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลไม่แพง, บริการดี          | 4      | 0.20   |                |        | 4                | 0.38   |
| ป้องกันโรค เช่น ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค              |        |        |                |        |                  |        |
| ตามสิทธิ                                           | 949    | 46.43  | 463            | 47.05  | 486              | 45.85  |

| เหตุผลของการรับบริการทางการแพทย์                                | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|-----------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                                 | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ใกล้บ้าน                                                        | 580    | 28.38  | 265            | 26.93  | 315              | 29.72  |
| ใกล้ที่ทำงาน                                                    | 218    | 10.67  | 125            | 12.70  | 93               | 8.77   |
| รอไม่นาน รวดเร็ว                                                | 169    | 8.27   | 68             | 6.91   | 101              | 9.53   |
| มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ                                             | 91     | 4.45   | 46             | 4.67   | 45               | 4.25   |
| มีเครื่องมือทันสมัย                                             | 20     | 0.98   | 13             | 1.32   | 7                | 0.66   |
| อื่นๆ เช่น สวัสดิการที่ทำงาน ไม่เสียค่าใช้จ่าย                  | 17     | 0.83   | 4              | 0.41   | 13               | 1.23   |
| <b>ฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา</b> |        |        |                |        |                  |        |
| ตามสิทธิ                                                        | 1,201  | 60.41  | 565            | 59.35  | 636              | 61.39  |
| ใกล้บ้าน                                                        | 364    | 18.31  | 176            | 18.49  | 188              | 18.15  |
| มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ                                             | 237    | 11.92  | 111            | 11.66  | 126              | 12.16  |
| ใกล้ที่ทำงาน                                                    | 97     | 4.88   | 56             | 5.88   | 41               | 3.96   |
| รอไม่นาน รวดเร็ว                                                | 53     | 2.67   | 22             | 2.31   | 31               | 2.99   |
| มีเครื่องมือทันสมัย                                             | 34     | 1.71   | 22             | 2.31   | 12               | 1.16   |
| อื่นๆ เช่น บริการดี, ทำงานที่โรงพยาบาลนี้                       | 2      | 0.10   | -              | -      | 2                | 0.19   |

จากตารางที่ 9 เหตุผลของการรับบริการทางการแพทย์ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่รับบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคทั่วไปด้วยเหตุผลใกล้บ้านมากที่สุด ร้อยละ 39.49 รับบริการทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผลด้วยเหตุผลตามสิทธิมากที่สุด ร้อยละ 39.38 เช่นเดียวกับการรับบริการทางการแพทย์ด้านรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การรับบริการทางการแพทย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด การรับบริการทาง

การแพทย์ด้านการป้องกันโรค เช่น ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค และรับบริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสภาพ  
เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา ที่รับบริการทางการแพทย์ด้วยเหตุผลตามสิทธิการรักษา

ตารางที่ 10 พฤติกรรมการใช้สิทธิ จำแนกตามสิทธิที่มีและภาวะเจ็บป่วย

| พฤติกรรมการใช้สิทธิ และภาวะเจ็บป่วย                          | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|--------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                              | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| <b>รักษาโรคทั่วไป</b>                                        |        |        |                |        |                  |        |
| จ่ายเอง                                                      | 863    | 45.04  | 434            | 47.28  | 429              | 42.99  |
| ประกันสังคม                                                  | 516    | 26.93  |                |        | 516              | 51.70  |
| สิทธิข้าราชการ                                               | 462    | 24.11  | 462            | 50.33  |                  |        |
| ประกันชีวิต                                                  | 62     | 3.24   | 20             | 2.18   | 42               | 4.21   |
| สวัสดิการหน่วยงาน                                            | 9      | 0.47   |                |        | 9                | 0.90   |
| อื่นๆ เช่น ประกันกลุ่มของบริษัท, สวัสดิการอาสาสมัคร          | 4      | 0.21   | 2              | 0.22   | 2                | 0.20   |
| <b>อุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผล</b>       |        |        |                |        |                  |        |
| ประกันสังคม                                                  | 647    | 33.77  |                |        | 647              | 64.83  |
| สิทธิข้าราชการ                                               | 575    | 30.01  | 575            | 62.64  |                  |        |
| จ่ายเอง                                                      | 556    | 29.02  | 297            | 32.35  | 259              | 25.95  |
| ประกันชีวิต                                                  | 130    | 6.78   | 45             | 4.90   | 85               | 8.52   |
| สวัสดิการหน่วยงาน                                            | 4      | 0.21   |                |        | 4                | 0.40   |
| อื่นๆ เช่น ประกันอุบัติเหตุของบริษัท                         | 4      | 0.21   | 1              | 0.11   | 3                | 0.30   |
| <b>รักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น</b> |        |        |                |        |                  |        |
| ประกันสังคม                                                  | 920    | 48.02  |                |        | 920              | 92.18  |
| สิทธิข้าราชการ                                               | 877    | 45.77  | 877            | 95.53  |                  |        |

| พฤติกรรมการใช้สิทธิ และภาวะเจ็บป่วย                      | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|----------------------------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                                          | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| ประกันชีวิต                                              | 63     | 3.29   | 19             | 2.07   | 44               | 4.41   |
| จ่ายเอง                                                  | 54     | 2.82   | 22             | 2.40   | 32               | 3.21   |
| สวัสดิการหน่วยงาน                                        | 2      | 0.10   |                |        | 2                | 0.20   |
| ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด       |        |        |                |        |                  |        |
| ประกันสังคม                                              | 886    | 46.24  |                |        | 886              | 88.78  |
| สิทธิข้าราชการ                                           | 849    | 44.31  | 849            | 92.48  |                  |        |
| จ่ายเอง                                                  | 121    | 6.32   | 50             | 5.45   | 71               | 7.11   |
| ประกันชีวิต                                              | 59     | 3.08   | 18             | 1.96   | 41               | 4.11   |
| อื่นๆ เช่น สวัสดิการบริษัทของคู่สมรส                     | 1      | 0.05   | 1              | 0.11   |                  |        |
| ป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันโรค                         |        |        |                |        |                  |        |
| สิทธิข้าราชการ                                           | 770    | 40.19  | 770            | 83.88  |                  |        |
| ประกันสังคม                                              | 707    | 36.90  |                |        | 707              | 70.84  |
| จ่ายเอง                                                  | 349    | 18.22  | 124            | 13.51  | 225              | 22.55  |
| สวัสดิการหน่วยงาน                                        | 46     | 2.40   | 17             | 1.85   | 29               | 2.91   |
| ประกันชีวิต                                              | 42     | 2.19   | 5              | 0.54   | 37               | 3.71   |
| อื่นๆ เช่น ประกันสุขภาพ สวัสดิการอาสาสมัคร               | 2      | 0.10   | 2              | 0.22   |                  |        |
| ฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา |        |        |                |        |                  |        |
| ประกันสังคม                                              | 904    | 47.18  |                |        | 904              | 90.58  |

| พฤติกรรมการใช้สิทธิ และภาวะเจ็บป่วย | ภาพรวม |        | สิทธิข้าราชการ |        | สิทธิประกันสังคม |        |
|-------------------------------------|--------|--------|----------------|--------|------------------|--------|
|                                     | จำนวน  | ร้อยละ | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน            | ร้อยละ |
| สิทธิข้าราชการ                      | 873    | 45.56  | 873            | 95.10  |                  |        |
| จ่ายเอง                             | 94     | 4.91   | 35             | 3.81   | 59               | 5.91   |
| ประกันชีวิต                         | 42     | 2.19   | 10             | 1.09   | 32               | 3.21   |
| สวัสดิการหน่วยงาน                   | 3      | 0.16   |                |        | 3                | 0.30   |

จากตารางที่ 10 สิทธิการรับบริการทางการแพทย์ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่รับบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคทั่วไปใช้สิทธิจ่ายเองมากที่สุด ร้อยละ 45.04 รับบริการทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย ต้องทำแผลหรือเย็บแผลใช้สิทธิประกันสังคมมากที่สุด ร้อยละ 33.77 เช่นเดียวกับการรับบริการทางการแพทย์ด้านรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ด้านการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น การฝากครรภ์ การคุมกำเนิด และด้านการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดยาเสพติด บุหรี่ สุรา ส่วนด้านการป้องกันโรค เช่น ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค ใช้สิทธิข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 40.19 ตามลำดับ

## ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สองตัวแปร (Bivariate analysis)

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เพื่อศึกษาลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล (hospital) และที่ไม่ใช่โรงพยาบาล (non-hospital facilities) โดยกำหนดความหมายของสถานที่ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลนั้นหมายรวมถึงสถานที่ที่มีได้มีคำแนะนำว่าโรงพยาบาล ได้แก่ คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้านขายยา ตามการสำรวจความเข้าใจของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 11-16

ตารางที่ 11 ลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและที่ไม่ใช่โรงพยาบาลในกรณีรักษาโรคทั่วไป

| ปัจจัย               | จำนวน (%)    |             | p-value |
|----------------------|--------------|-------------|---------|
|                      | Non-hospital | Hospital    |         |
| สิทธิการรักษา        | 923 (100)    | 993 (100)   | 0.004*  |
| ข้าราชการ            | 474 (51.35)  | 444 (44.71) |         |
| ประกันสังคม          | 449 (48.65)  | 549 (55.29) |         |
| เพศ                  | 923 (100)    | 993 (100)   | 0.338   |
| ชาย                  | 297 (32.18)  | 340 (34.24) |         |
| หญิง                 | 626 (67.82)  | 653 (65.76) |         |
| อายุ (ปี)            | 917 (100)    | 988 (100)   | 0.062   |
| ≤40                  | 513 (55.94)  | 596 (60.32) |         |
| 41-60                | 368 (40.13)  | 367 (37.15) |         |
| >60                  | 36 (3.93)    | 25 (2.53)   |         |
| สถานภาพ              | 923 (100)    | 993 (100)   | 0.908   |
| โสด                  | 434 (47.02)  | 466 (46.93) |         |
| สมรส                 | 429 (46.48)  | 467 (47.03) |         |
| หม้าย หย่า แยก       | 60 (6.5)     | 60 (6.04)   |         |
| ระดับการศึกษา        | 921 (100)    | 992 (100)   | 0.262   |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี     | 343 (37.24)  | 345 (34.78) |         |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 578 (62.76)  | 647 (65.22) |         |

|                      |             |             |        |
|----------------------|-------------|-------------|--------|
| รายได้ (บาทต่อเดือน) | 923 (100)   | 991 (100)   | 0.026* |
| ≤15,000              | 358 (38.79) | 336 (33.91) |        |
| >15,000              | 565 (61.21) | 655 (66.09) |        |
| โรคประจำตัว          | 923 (100)   | 993 (100)   | 0.515  |
| ไม่มี                | 728 (78.87) | 771 (77.64) |        |
| มี                   | 195 (21.13) | 222 (22.36) |        |

\* Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 11 จะพบว่า ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป สิทธิการรักษาพยาบาล และรายได้ต่อเดือนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มที่สิทธิประกันสังคม และคนรายได้สูงกว่า 15,000 บาทต่อเดือนจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 12 ลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและที่ไม่ใช่โรงพยาบาลสำหรับบริการดูแลรักษาอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย

| ปัจจัย        | จำนวน (%)    |             | p-value* |
|---------------|--------------|-------------|----------|
|               | Non-hospital | Hospital    |          |
| สิทธิการรักษา | 595 (100)    | 1321 (100)  | <0.001*  |
| ข้าราชการ     | 321 (53.95)  | 597 (45.19) |          |
| ประกันสังคม   | 274 (46.05)  | 724 (54.81) |          |
| เพศ           | 595 (100)    | 1321 (100)  | <0.001*  |
| ชาย           | 153 (25.71)  | 484 (36.64) |          |
| หญิง          | 442 (74.29)  | 837 (63.36) |          |
| อายุ (ปี)     | 592 (100)    | 1313 (100)  | 0.806    |
| ≤40           | 351 (59.29)  | 758 (57.73) |          |
| 41-60         | 222 (37.50)  | 513 (39.07) |          |
| >60           | 19 (3.21)    | 42 (3.20)   |          |
| สถานภาพ       | 595 (100)    | 1321 (100)  | 0.230    |
| โสด           | 291 (48.91)  | 609 (46.10) |          |
| สมรส          | 262 (44.03)  | 634 (47.99) |          |

|                             |                  |                   |        |
|-----------------------------|------------------|-------------------|--------|
| หม้าย หย่า แยกกันอยู่       | 42 (7.06)        | 78 (5.91)         |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        | <b>594 (100)</b> | <b>1319 (100)</b> | 0.008* |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี            | 188 (31.65)      | 500 (37.91)       |        |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า        | 406 (68.35)      | 819 (62.09)       |        |
| <b>รายได้ (บาทต่อเดือน)</b> | <b>595 (100)</b> | <b>1319 (100)</b> | 0.292  |
| ≤15,000                     | 226 (37.98)      | 468 (35.48)       |        |
| >15,000                     | 369 (62.02)      | 851 (64.52)       |        |
| <b>โรคประจำตัว</b>          | <b>595 (100)</b> | <b>1321 (100)</b> | 0.064  |
| ไม่มี                       | 481 (80.84)      | 1018 (77.06)      |        |
| มี                          | 114 (19.16)      | 303 (22.94)       |        |

\* Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 12 จะพบว่า ในกรณีเกิดอุบัติเหตุเล็กน้อย สิทธิการรักษาพยาบาล เพศ และระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มว่า สิทธิประกันสังคม เพศหญิง และการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าสถานบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 13 ลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและที่ไม่ใช่โรงพยาบาลสำหรับบริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง

| ปัจจัย               | จำนวน (%)       |                   | p-value* |
|----------------------|-----------------|-------------------|----------|
|                      | Non-hospital    | Hospital          |          |
| <b>สิทธิการรักษา</b> | <b>49 (100)</b> | <b>1867 (100)</b> | 0.659    |
| ข้าราชการ            | 25 (51.02)      | 893 (47.83)       |          |
| ประกันสังคม          | 24 (48.98)      | 974 (52.17)       |          |
| <b>เพศ</b>           | <b>49 (100)</b> | <b>1867 (100)</b> | 0.828    |
| ชาย                  | 17 (34.69)      | 620 (33.21)       |          |
| หญิง                 | 32 (65.31)      | 1247 (66.79)      |          |
| <b>อายุ (ปี)</b>     | <b>49 (100)</b> | <b>1856 (100)</b> | 0.618    |
| ≤40                  | 26 (53.06)      | 1083 (58.35)      |          |
| 41-60                | 22 (44.90)      | 713 (38.42)       |          |

|                             |                 |                   |       |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|-------|
| >60                         | 1 (2.04)        | 60 (3.23)         |       |
| <b>สถานภาพ</b>              | <b>49 (100)</b> | <b>1867 (100)</b> | 0.194 |
| โสด                         | 20 (40.82)      | 880 (47.13)       |       |
| สมรส                        | 23 (46.94)      | 873 (46.76)       |       |
| หม้าย หย่า แยก              | 6 (12.24)       | 114 (6.11)        |       |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        | <b>49 (100)</b> | <b>1864 (100)</b> | 0.909 |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี            | 18 (36.73)      | 670 (35.94)       |       |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า        | 31 (63.27)      | 1194 (64.06)      |       |
| <b>รายได้ (บาทต่อเดือน)</b> | <b>49 (100)</b> | <b>1865 (100)</b> | 0.595 |
| ≤15,000                     | 16 (32.65)      | 678 (36.35)       |       |
| >25,000                     | 33 (67.35)      | 1187 (63.65)      |       |
| <b>โรคประจำตัว</b>          | <b>49 (100)</b> | <b>1867 (100)</b> | 0.128 |
| ไม่มี                       | 34 (69.39)      | 1465 (78.47)      |       |
| มี                          | 15 (30.61)      | 402 (21.53)       |       |

\* Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 13 จะพบว่า ในกรณีเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ไม่มีปัจจัยเชิงประชากรใดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 ลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและที่ไม่ใช่โรงพยาบาลสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ

| ปัจจัย               | จำนวน (%)       |                   | p-value |
|----------------------|-----------------|-------------------|---------|
|                      | Non-hospital    | Hospital          |         |
| <b>สิทธิการรักษา</b> | <b>82 (100)</b> | <b>1834 (100)</b> | 0.036*  |
| ข้าราชการ            | 30 (36.59)      | 888 (48.42)       |         |
| ประกันสังคม          | 52 (63.41)      | 946 (51.58)       |         |
| <b>เพศ</b>           | <b>82 (100)</b> | <b>1834 (100)</b> | 0.307   |
| ชาย                  | 23 (28.05)      | 614 (33.48)       |         |

|                             |                 |                   |        |
|-----------------------------|-----------------|-------------------|--------|
| หญิง                        | 59 (71.95)      | 1220 (66.52)      |        |
| <b>อายุ (ปี)</b>            | <b>82 (100)</b> | <b>1823 (100)</b> | 0.892  |
| ≤40                         | 47 (57.32)      | 1062 (58.26)      |        |
| 41-60                       | 33 (40.24)      | 702 (38.51)       |        |
| >60                         | 2 (2.44)        | 59 (3.24)         |        |
| <b>สถานภาพ</b>              | <b>82 (100)</b> | <b>1834 (100)</b> | 0.024* |
| โสด                         | 35 (42.68)      | 865 (47.16)       |        |
| สมรส                        | 36 (43.90)      | 860 (46.89)       |        |
| หม้าย หย่า แยก              | 11 (13.42)      | 109 (5.95)        |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        | <b>82 (100)</b> | <b>1831 (100)</b> | 0.013* |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี            | 40 (48.78)      | 648 (35.39)       |        |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า        | 42 (51.22)      | 1183 (64.61)      |        |
| <b>รายได้ (บาทต่อเดือน)</b> | <b>82 (100)</b> | <b>1832 (100)</b> | <0.01* |
| ≤15,000                     | 45 (54.88)      | 649 (35.43)       |        |
| >15,000                     | 37 (45.12)      | 1183 (64.57)      |        |
| <b>โรคประจำตัว</b>          | <b>82 (100)</b> | <b>1834 (100)</b> | 0.967  |
| ไม่มี                       | 64 (78.05)      | 1435 (78.24)      |        |
| มี                          | 18 (21.95)      | 399 (21.76)       |        |

\* Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 14 จะพบว่า ในกรณีตัดสินใจไปรับบริการส่งเสริมสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มว่าระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป และรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 15 ลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและที่ไม่ใช่โรงพยาบาลสำหรับบริการด้านป้องกันโรค

| ปัจจัย                      | จำนวน (%)    |              | p-value |
|-----------------------------|--------------|--------------|---------|
|                             | Non-hospital | Hospital     |         |
| <b>สิทธิการรักษา</b>        | 550 (100)    | 1366 (100)   | 0.289   |
| ข้าราชการ                   | 274 (49.82)  | 644 (47.14)  |         |
| ประกันสังคม                 | 276 (50.18)  | 722 (52.86)  |         |
| <b>เพศ</b>                  | 550 (100)    | 1366 (100)   | 0.006*  |
| ชาย                         | 157 (28.55)  | 480 (35.14)  |         |
| หญิง                        | 393 (71.45)  | 886 (64.85)  |         |
| <b>อายุ</b>                 | 548 (100)    | 1357 (100)   | 0.012*  |
| ≤40                         | 301 (54.93)  | 808 (59.55)  |         |
| 41-60                       | 236 (43.07)  | 499 (36.77)  |         |
| >60                         | 11 (2)       | 50 (3.68)    |         |
| <b>สถานภาพ</b>              | 550 (100)    | 1366 (100)   | 0.522   |
| โสด                         | 250 (45.45)  | 650 (47.58)  |         |
| สมรส                        | 261 (47.45)  | 635 (46.49)  |         |
| หม้าย หย่า แยก              | 39 (7.1)     | 81 (5.93)    |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        | 549 (100)    | 1364 (100)   | 0.631   |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี            | 202 (36.79)  | 486 (35.63)  |         |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า        | 347 (63.21)  | 878 (64.37)  |         |
| <b>รายได้ (บาทต่อเดือน)</b> | 550 (100)    | 1364 (100)   | 0.013*  |
| ≤15,000                     | 223 (40.55)  | 471 (34.53)  |         |
| >15,000                     | 327 (59.45)  | 893 (65.47)  |         |
| <b>โรคประจำตัว</b>          | 550 (100)    | 1366 (100)   | 0.003*  |
| ไม่มี                       | 406 (73.81)  | 1093 (80.01) |         |
| มี                          | 144 (26.19)  | 273 (19.99)  |         |

\* Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 15 จะพบว่า ในกรณีตัดสินใจไปรับบริการป้องกันโรค เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน และ สถานการณ์มี/ไม่มีโรคประจำตัวจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพพยาบาลในโรงพยาบาล และสถานบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มว่าเพศหญิง อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี รายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าสถาน บริการระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 16 ลักษณะการตัดสินใจของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่จะไปรับบริการดูแลสุขภาพที่ โรงพยาบาลและที่ไม่ใช่โรงพยาบาลสำหรับบริการฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะ

| ปัจจัย                      | จำนวน (%)    |              | p-value |
|-----------------------------|--------------|--------------|---------|
|                             | Non-hospital | Hospital     |         |
| <b>สิทธิการรักษา</b>        | 125 (100)    | 1791 (100)   | 0.002*  |
| ข้าราชการ                   | 77 (61.6)    | 841 (46.96)  |         |
| ประกันสังคม                 | 48 (38.4)    | 950 (53.04)  |         |
| <b>เพศ</b>                  | 125 (100)    | 1791 (100)   | 0.913   |
| ชาย                         | 41 (32.8)    | 596 (33.28)  |         |
| หญิง                        | 84 (67.2)    | 1195 (66.72) |         |
| <b>อายุ (ปี)</b>            | 124 (100)    | 1781 (100)   | 0.226   |
| ≤40                         | 67 (54.03)   | 1042 (58.51) |         |
| 41-60                       | 50 (40.32)   | 685 (38.46)  |         |
| >60                         | 7 (5.65)     | 54 (3.03)    |         |
| <b>สถานภาพ</b>              | 125 (100)    | 1791 (100)   | 0.059   |
| โสด                         | 54 (43.2)    | 846 (47.24)  |         |
| สมรส                        | 57 (45.6)    | 839 (46.85)  |         |
| หม้าย หย่า แยก              | 14 (11.2)    | 106 (5.91)   |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>        | 124 (100)    | 1789 (100)   | 0.104   |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี            | 53 (42.74)   | 635 (35.49)  |         |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า        | 71 (57.26)   | 1154 (64.51) |         |
| <b>รายได้ (บาทต่อเดือน)</b> | 125 (100)    | 1789 (100)   | 0.063   |

|                 |           |              |       |
|-----------------|-----------|--------------|-------|
| ≤15,000         | 55 (44.0) | 639 (35.72)  | 0.531 |
| >15,000         | 70 (56.0) | 1150 (64.28) |       |
| โรคประจำตัว (n) | 125 (100) | 1791 (100)   |       |
| ไม่มี           | 95 (76)   | 1404 (78.39) |       |
| มี              | 30 (24)   | 387 (21.61)  |       |

\* Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 16 จะพบว่า ในกรณีตัดสินใจไปรับบริการฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะ สติการรักษามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multi-variate analysis)

### สมมติฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนเป็นสถานบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการระดับที่เหนือกว่าบริการระดับปฐมภูมิตามความเข้าใจของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง
2. กำหนดให้สถานบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาล อันหมายถึงร้านขายยา ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก และอื่นๆ นั้นเป็นประเภทสถานบริการปฐมภูมิตามความเข้าใจของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง
3. บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันตามความเข้าใจของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่บริการ 6 ประเภท ได้แก่ การรักษาอาการเจ็บป่วยทั่วไป การดูแลรักษาอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อยๆ การส่งเสริมสุขภาพและให้บริการปรึกษา การควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และกายภาพบำบัด/การฟื้นฟูสภาพ
4. ทำการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการทางการแพทย์ข้างต้น โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนเป็นกลุ่มอ้างอิง (reference group) การคัดเลือกปัจจัยเข้าในโมเดลใช้วิธี forward stepwise logistic regression เนื่องจากมีปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเลือกสถานบริการมากมาย และบางปัจจัยน่าจะมีผลต่อการเลือกรับบริการแต่ยังขาดข้อมูลหรือหลักฐานทางทฤษฎีสนับสนุน ผลการศึกษาแสดงเป็น adjusted odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI) แยกประเภทตามการรักษาพยาบาล (รักษาโรคทั่วไป อุบัติเหตุเล็กน้อยๆ โรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และกายภาพบำบัด/ฟื้นฟูสภาพ)

จากสมมติฐานข้างต้น สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตามที่แสดงในตารางที่ 17-22

**ตารางที่ 17** ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการรักษาโรคทั่วไปในสถานบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับ  
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน

| การรักษาโรคทั่วไป                                                                 | Adjusted OR | 95% CI     | p-value  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|----------|
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่สถาน<br>บริการปฐมภูมิ     |             |            |          |
| การจัดบริการเสริม เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรค                             | 2.51        | 0.32-19.55 | 0.381    |
| ชื่อเสียง/ความน่าเชื่อถือของสถานบริการ                                            | 1.57        | 1.16-2.11  | 0.003*   |
| การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา                                                       | 1.52        | 1.11-2.08  | 0.009*   |
| การให้ความรู้และความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการ<br>รักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน | 1.44        | 1.10-1.90  | 0.009*   |
| การจัดพื้นที่รองรับบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด                                     | 1.31        | 0.97-1.77  | 0.084    |
| การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาลให้<br>ประชาชนรับทราบ          | 1.29        | 1.01-1.67  | 0.046*   |
| การอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่าย                                                | 1.28        | 0.94-1.76  | 0.119    |
| การมีทีมหมอครอบครัวประจำชุมชน                                                     | 1.25        | 1.02-1.56  | 0.034*   |
| อายุ (ที่เพิ่มขึ้นทุกๆหนึ่งปี)                                                    | 1.02        | 1.01-1.04  | 0.004*   |
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่<br>โรงพยาบาล             |             |            |          |
| การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต้นสังกัดตามสิทธิ                                     | 0.03        | 0.02-0.04  | < 0.001* |
| การมีจำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ                                               | 0.66        | 0.47-0.92  | 0.013*   |
| ความเต็มใจให้บริการของบุคลากร                                                     | 0.71        | 0.50-0.99  | 0.045*   |

|                                                              |      |           |        |
|--------------------------------------------------------------|------|-----------|--------|
| ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินที่ต้องรับผิดชอบเอง                    | 0.71 | 0.53-0.95 | 0.020* |
| การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลต้นสังกัดได้อย่างอิสระ  | 0.73 | 0.56-0.96 | 0.027* |
| มีเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวก                  | 0.73 | 0.51-1.04 | 0.078  |
| การจัดพื้นที่ให้บริการสะอาด                                  | 0.73 | 0.52-1.02 | 0.068  |
| การรับบริการเป็นไปตามลำดับคิว ไม่มีการลัดคิว                 | 0.80 | 0.61-1.05 | 0.112  |
| การใช้เทคโนโลยีมาให้บริการเพื่อความสะดวก เช่น ระบบนัดออนไลน์ | 0.83 | 0.64-1.08 | 0.162  |
| รายได้ต่อเดือนสูง                                            | 0.88 | 0.78-1.00 | 0.058  |

ในกรณีที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยโรคทั่วไป ปัจจัยที่ดึงดูดให้ไปรับการตรวจรักษาที่สถานบริการปฐมภูมินั้นได้แก่ ชื่อเสียง/ความน่าเชื่อถือของสถานบริการ การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การให้ความรู้และความเข้าใจเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชน (เช่น มาตรการดูแล/ชดเชยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสถานบริการสู่สาธารณะ การมีแพทย์ประจำครอบครัวในชุมชน และประชาชนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

ในขณะที่ปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนั้นตัดสินใจไปรับการตรวจรักษาที่ระดับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนนั้นได้แก่ สิทธิที่ระบุโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนสังกัดไว้ การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ ความเต็มใจในการให้บริการของบุคลากรโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบเองหากไม่ได้ไปที่ต้นสังกัด การเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาลโดยอิสระ

**ตารางที่ 18** แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการรักษาอุบัติเหตุฉุกเฉินเล็กน้อยในสถานบริการปฐมภูมิ  
เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

| การรับบริการรักษาอุบัติเหตุเล็กน้อย                                               | Adjusted OR | 95% CI    | p-value  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------|
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่สถาน<br>บริการปฐมภูมิ     |             |           |          |
| เพศหญิง                                                                           | 1.65        | 1.19-2.27 | 0.002*   |
| ชื่อเสียงของสถานบริการ                                                            | 1.54        | 1.10-2.16 | 0.012*   |
| การมีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่                                                  | 1.44        | 1.06-1.94 | 0.018*   |
| การอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่าย                                                | 1.39        | 1.02-1.90 | 0.036*   |
| การมีทีมหมอครอบครัวประจำชุมชน                                                     | 1.32        | 0.96-1.84 | 0.085    |
| การให้ความรู้และความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการ<br>รักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน | 1.30        | 0.99-1.71 | 0.058    |
| การจัดสภาพแวดล้อมสวยงาม                                                           | 1.23        | 0.96-1.58 | 0.101    |
| การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานบริการต้นสังกัดได้อย่างอิสระ                       | 1.22        | 0.92-1.61 | 0.163    |
| การจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ เช่น ห้องนำ แก้ว<br>น้ำดื่ม      | 1.21        | 0.92-1.59 | 0.164    |
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่<br>โรงพยาบาล             |             |           |          |
| การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต้นสังกัดตามสิทธิ                                     | 0.40        | 0.28-0.57 | < 0.001* |
| การจัดบริการเยี่ยมบ้าน                                                            | 0.68        | 0.53-0.89 | 0.005*   |
| นโยบายการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ทุกที่                                        | 0.71        | 0.52-0.96 | 0.026*   |

|                                                        |      |           |        |
|--------------------------------------------------------|------|-----------|--------|
| การมีแพทย์เฉพาะทาง                                     | 0.71 | 0.50-0.99 | 0.049* |
| ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน                               | 0.75 | 0.57-0.99 | 0.044* |
| ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความทันสมัย                   | 0.78 | 0.59-1.04 | 0.092  |
| การรักษาโรค                                            | 0.79 | 0.60-1.06 | 0.116  |
| มีเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวก            | 0.80 | 0.57-1.11 | 0.175  |
| ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความเต็มใจให้บริการของบุคลากร | 0.81 | 0.58-1.12 | 0.207  |
| การเดินทางสะดวก มีรถสาธารณะ                            | 0.85 | 0.68-1.08 | 0.191  |

ในกรณีที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ฉุกเฉิน ปัจจัยที่ดึงดูดให้ไปรับการตรวจรักษาที่สถานบริการปฐมภูมินั้นได้แก่ เพศหญิง ชื่อเสียง/ความน่าเชื่อถือของสถานบริการ การมีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และการอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ในขณะที่ปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนั้นตัดสินใจไปรับการตรวจรักษาที่ระดับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนนั้นได้แก่ สิทธิที่ระบุโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนสังกัดไว้ การจัดบริการเยี่ยมบ้าน นโยบายที่เอื้อให้สามารถรับบริการได้ทุกที่ การมีแพทย์เฉพาะทาง และขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

**ตารางที่ 19** แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการรักษาโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

| การรับบริการรักษาโรคเรื้อรัง                                                  | Adjusted OR | 95% CI    | p-value |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่สถานบริการปฐมภูมิ     |             |           |         |
| ความโปร่งใส/ตรงไปตรงมาในการตรวจรักษาของสถานบริการ                             | 2.52        | 0.84-7.58 | 0.098   |
| ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน                                                      | 2.31        | 0.85-6.27 | 0.101   |
| การมีอัตรายาคีดี ยิมแยมแจ่มใส เต็มใจให้บริการของเจ้าหน้าที่                   | 1.96        | 0.72-5.34 | 0.187   |
| การรณรงค์ให้ไปรับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน                                  | 1.83        | 0.84-3.99 | 0.127   |
| มีเจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการรับบริการ                                        | 1.80        | 0.66-4.89 | 0.248   |
| การมีทีมหมอครอบครัวประจำชุมชน                                                 | 1.32        | 0.96-1.84 | 0.085   |
| การให้ความรู้และความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน | 1.30        | 0.99-1.71 | 0.058   |
| การจัดสภาพแวดล้อมสวยงาม                                                       | 1.23        | 0.96-1.58 | 0.101   |
| การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลต้นสังกัดได้อย่างอิสระ                   | 1.22        | 0.92-1.61 | 0.163   |
| การจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ เช่น ห้องน้ำ แก้วน้ำดื่ม     | 1.21        | 0.92-1.59 | 0.164   |
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล             |             |           |         |
| การตอบคำถามและให้คำแนะนำต่างๆ                                                 | 0.34        | 0.14-0.85 | 0.021*  |

|                                                                                   |      |           |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|--------|
| สถานพยาบาลมีกลไกและกฎระเบียบที่ชัดเจนในการ ดูแล เยียวยา หากเกิดปัญหาไม่พึงประสงค์ | 0.39 | 0.19-0.80 | 0.010* |
| ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความทันสมัย                                              | 0.39 | 0.15-1.01 | 0.054  |
| การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและทันสมัย                                     | 0.46 | 0.19-1.11 | 0.085  |

ในกรณีที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนั้นตัดสินใจไปรับการตรวจรักษาที่ระดับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนนั้น ได้แก่ การให้คำแนะนำที่ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ และการมีกลไกและกฎระเบียบที่ชัดเจนในการ ดูแล เยียวยา หากเกิดปัญหาไม่พึงประสงค์จากการรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 20 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปในสถานบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

| การรับบริการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป                                                       | Adjusted OR | 95% CI    | p-value |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่สถานบริการปฐมภูมิ              |             |           |         |
| คุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน                                      | 3.04        | 1.11-8.32 | 0.030*  |
| การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด                                       | 2.09        | 1.01-4.33 | 0.047*  |
| การอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่าย                                                     | 1.71        | 0.92-3.17 | 0.090   |
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล                      |             |           |         |
| บริการที่ครอบคลุม/ครบถ้วน                                                              | 0.35        | 0.18-0.67 | 0.002*  |
| การจ่ายค่าชดเชยให้กับผู้รับบริการเมื่อเกิดความเสียหายทางการแพทย์ต่อผู้รับบริการ        | 0.46        | 0.26-0.80 | 0.007*  |
| รายได้ต่อเดือนที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5,000 บาท ตั้งแต่ต่ำกว่า 10,000 จนถึงมากกว่า 25,000 บาท | 0.58        | 0.37-0.91 | 0.019*  |
| การศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 ระดับจากต่ำกว่ามัธยมถึงปริญญาเอก                         | 0.70        | 0.47-1.05 | 0.082   |

ในกรณีที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจไปรับบริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี การปรึกษาปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ปัจจัยที่ดึงดูดให้ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมินั้นได้แก่ คุณภาพของยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน และการจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด

ในขณะที่ปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนั้นตัดสินใจไปรับบริการที่ระดับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนนั้นได้แก่ บริการที่ครอบคลุม/ครบถ้วน การจ่ายค่าชดเชยให้กับผู้รับบริการเมื่อเกิดความเสียหาย

ทางการแพทย์ต่อผู้รับบริการ และรายได้ต่อเดือนที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5,000 บาท ตั้งแต่ต่ำกว่า 10,000 จนถึง  
มากกว่า 25,000 บาท

**ตารางที่ 21** แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการการป้องกันโรคในสถานบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

| การรับบริการการป้องกันโรค                                                               | Adjusted OR | 95% CI    | p-value  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|----------|
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่สถานบริการปฐมภูมิ               |             |           |          |
| นโยบายการเข้ารับบริการได้ทุกที่                                                         | 1.33        | 0.99-1.78 | 0.057    |
| เพศหญิง                                                                                 | 1.31        | 0.96-1.78 | 0.086    |
| การมีช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ เช่น โทรศัพท์ Facebook Line Twitter  | 1.29        | 1.03-1.62 | 0.025*   |
| การมีจำนวนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพียงพอ                                                     | 1.29        | 0.97-1.70 | 0.078    |
| การให้ความรู้และความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลให้ประชาชน              | 1.27        | 0.99-1.62 | 0.055    |
| การส่งเสริมสุขภาพที่ครบถ้วน เช่น การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพอาหาร ออกกำลังกาย ฝากครรภ์ | 1.27        | 0.99-1.63 | 0.063    |
| การเดินทางสะดวก มีรถสาธารณะ                                                             | 1.21        | 0.96-1.53 | 0.107    |
| สถานภาพสมรสที่เปลี่ยนแปลงจากโสดเป็น สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่                          | 1.16        | 0.96-1.41 | 0.122    |
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล                       |             |           |          |
| ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน                                                                | 0.59        | 0.44-0.78 | < 0.001* |
| มีโรคประจำตัว                                                                           | 0.60        | 0.42-0.84 | 0.003*   |
| การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลสังกัดได้อย่างอิสระ                                | 0.69        | 0.54-0.88 | 0.003*   |

|                                             |      |           |        |
|---------------------------------------------|------|-----------|--------|
| มีเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับและอำนวยความสะดวก | 0.76 | 0.57-1.02 | 0.065  |
| ความรวดเร็วในการรับบริการ                   | 0.78 | 0.61-0.99 | 0.041* |
| การจัดสภาพแวดล้อมสวยงาม                     | 0.81 | 0.64-1.02 | 0.073  |

ในกรณีที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจไปรับบริการป้องกันโรค ปัจจัยที่ดึงดูดให้ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมินั้นได้แก่ การมีช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ เช่น โทรศัพท์ Facebook Line Twitter

ในขณะที่ปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนั้นตัดสินใจไปรับบริการที่ระดับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนนั้นได้แก่ ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน การมีโรคประจำตัว การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลสังกัดได้อย่างอิสระ และความรวดเร็วในการรับบริการ

**ตารางที่ 22** แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการฟื้นฟูสภาพในสถานบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับ  
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน

| การรับบริการการป้องกันโรค                                                          | Adjusted OR | 95% CI     | p-value |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|---------|
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่สถาน<br>บริการปฐมภูมิ      |             |            |         |
| การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานบริการสังกัดได้อย่างอิสระ                           | 2.25        | 1.25-4.06  | 0.007*  |
| การให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมและครบถ้วน                                               | 2.14        | 1.20-3.81  | 0.010*  |
| รายได้น้อยกว่า 15,001 บาทต่อเดือน                                                  | 1.80        | 1.21-2.66  | 0.003*  |
| การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ อาหาร ออก<br>กำลังกาย ฝากครรภ์ | 1.53        | 0.90-2.57  | 0.113   |
| การมีบริการตรวจรักษาโรค                                                            | 1.49        | 0.82-2.71  | 0.192   |
| การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด                                   | 1.43        | 0.85-2.43  | 0.177   |
| การรณรงค์ให้ไปรับบริการที่สถานบริการใกล้บ้าน                                       | 1.43        | 0.093-2.19 | 0.103   |
| อายุ (ที่เพิ่มขึ้นทุกๆหนึ่งปี)                                                     | 1.03        | 1.01-1.06  | 0.006*  |
| คุณลักษณะ/การให้ความสำคัญของผู้ที่เลือกการรักษาพยาบาลที่<br>โรงพยาบาล              |             |            |         |
| การให้สวัสดิการรักษายาบาลกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน                                 | 0.35        | 0.19-0.67  | 0.001*  |
| การมีแพทย์เฉพาะทาง                                                                 | 0.48        | 0.30-0.77  | 0.002*  |
| ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลด้านความทันสมัย                                               | 0.58        | 0.36-0.91  | 0.019*  |
| เพศหญิง                                                                            | 0.59        | 0.33-1.06  | 0.076   |

|                                                                                        |      |           |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|--------|
| ความเร็วในการรับบริการ                                                                 | 0.68 | 0.45-1.02 | 0.067  |
| การจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ เช่น ห้องน้ำ แก้วน้ำดื่ม              | 0.68 | 0.43-1.08 | 0.103  |
| การมีหลายช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ                                 | 0.66 | 0.44-0.99 | 0.043* |
| รายได้ต่อเดือนที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5,000 บาท ตั้งแต่ต่ำกว่า 10,000 จนถึงมากกว่า 25,000 บาท | 0.82 | 0.65-1.04 | 0.096  |

ในกรณีที่ประชาชนกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจไปรับบริการฟื้นฟูสภาพ บัณฑิตที่ดึงดูดให้ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมินั้นได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานบริการสังกัดได้อย่างอิสระ การให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย รายได้น้อยกว่า 15,001 บาทต่อเดือน และอายุ (ที่เพิ่มขึ้นทุกๆหนึ่งปี)

ในขณะที่ปัจจัยที่ผลักดันให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่างนั้นตัดสินใจไปรับบริการที่ระดับโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนนั้นได้แก่ การให้สวัสดิการรักษายาบาลกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การมีแพทย์เฉพาะทาง ภาวลักษณะของโรงพยาบาลด้านความทันสมัย และการมีหลายช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ



สรุปการสัมภาษณ์โครงการวิจัยระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

จำนวน 182 คน

### นักวิชาการในมหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน

#### ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันต่อการเปลี่ยนแปลงในเขตเมือง

หากตั้งต้นด้วยเรื่องข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ในการรักษา และควบคุมป้องกันโรคเพื่อนำไปสู่ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการนั้น อารัมภบทด้วยกรณีศึกษาเรื่องโรคเบาหวาน จากฐานข้อมูลย้อนหลังราว 34 ปี จำนวนรวมกว่า 4.4 ล้านรายของเครือข่าย Global NCD 220 ประเทศ พบว่าโดยรวมแล้วมีขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ยกเว้นในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น และบางประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันตก ที่มีลักษณะคงที่ แต่ยังมีได้มีการวิเคราะห์ว่าเกิดขึ้นเพราะเหตุผลใด ในขณะที่เมืองไทยนั้น ข้อมูลจาก MedResNet ชี้ให้เห็นว่าผลการดูแลรักษาโรคเบาหวานโดยวัดค่า HbA<sub>1c</sub> โดยรวมแล้วยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ตั้งไว้มากจนนำมาสู่คำถามเกี่ยวกับคุณภาพของการบริการและคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ว่ามีความสามารถน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งในเรื่องการรักษา และการให้การดูแลทางจิตใจและสังคมน้อยหรือไม่ ข้อมูลการศึกษาบางส่วนบ่งชี้ถึงปัญหาที่แพทย์ไม่รับฟังความเห็นจากพยาบาลหรือบุคลากรอื่น หรือแม้แต่เรื่องผู้บริหารโรงพยาบาลที่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจ HbA<sub>1c</sub> และไม่สนับสนุนให้บุคลากรดำเนินการตรวจให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น ตัวอย่างที่กล่าวมานั้นบ่งชี้ถึงปัญหาของระบบบริการปัจจุบันที่มาจากอิทธิพลของปัจจัยด้านรูปแบบการจัดระบบบริการ ด้านการจัดการการเงินการคลัง และด้านการอภิบาลระบบ

ในขณะที่ตัวอย่างของระบบบริการ Stroke Fast Track นั้นมีความเชื่อว่าประสบความสำเร็จ และก้าวหน้ามากกว่าระบบบริการโรคเบาหวาน เนื่องจากหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการเห็นคุณค่าของ Nurse case manager

ในขณะเดียวกัน หากมองถึงเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ตัวอย่างการจัดบริการดูแลที่ดีคือในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีการอภิบาลระบบที่ดี ทำให้เกิดวินัย และมีช่องว่างแคบมากระหว่างความรู้กับการใช้ความรู้ในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับองค์กร ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์คือ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมาก

เรื่องที่สำคัญในระบบบริการทางการแพทย์เรื่องหนึ่งคือ งานประกันคุณภาพ สำหรับในประเทศไทยนั้น จากอดีตจนถึงปัจจุบันมักเป็นพยาบาลที่ให้ความสนใจ และจ้างงานด้านนี้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่แพทย์นั้นมีจำนวนน้อยที่ให้ความสนใจและจ้างงานด้านนี้อย่างจริงจัง ซึ่งน่าจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการนำสิ่งที่พบจาก

งานประกันคุณภาพไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลรักษาทุกระดับให้มีประสิทธิภาพกว่าเดิม ทั้งนี้ทั้งนั้น การจะทำให้เรื่องการประกันคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของผู้ป่วยมาเป็นวาระสำคัญ ระดับประเทศได้ จำเป็นต้องมองหามาตรการกระตุ้นการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องนี้ในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ

### **บทบาทของแต่ละภาคส่วนในระบบบริการสุขภาพเขตเมือง**

ยามที่เกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับประเทศไทยแล้วโรงพยาบาลเอกชนไม่ใช่ที่พึ่งของประชาชนที่ไม่ร่ำรวย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจำนวนการเคลมค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ในรอบ 21 เดือนที่ผ่านมาจากโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ จะพบว่าจำนวนรวมลดลงกว่าแรกเริ่ม ประกาศนโยบาย และมีแนวโน้มคงที่มาตลอด ทั้งนี้ไม่มีข้อมูลของกลุ่ม out-of-pocket payment (OOP) และประกันสุขภาพของเอกชน

ตัวอย่างที่น่าประทับใจของระบบบริการภาครัฐในการจัดการปัญหาบริการฉุกเฉินคือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีห์ ซึ่งมีสถิติจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ปรากฏว่าอัตราการเสียชีวิตลดลงตามลำดับ ทั้งนี้เชื่อว่าเป็นเพราะทำการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่รับเวรต่อกัน โดยทำการติดป้ายข้อมูลผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการปรับโครงสร้างค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินให้เพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันรายได้เฉลี่ยประมาณครึ่งหนึ่งของเอกชน แต่ก็ช่วยทำให้เกิดผลดีต่อการคงอยู่ของบุคลากร จากบทเรียนเรื่องบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีห์มานั้น จะพบว่ากุญแจสำคัญคือ การที่มีคนกลางที่ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างหรือพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกหรือบุคลากรในระบบ

ในระบบสุขภาพภาครัฐในแต่ละระดับนั้น ควรเรียนรู้จากบทเรียนของหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จในเรื่องต่างๆ และนำมาประยุกต์ใช้กับระบบของตนเองอย่างเหมาะสม

ในเรื่องของบริการปฐมภูมิระดับคลินิกในชุมชน มีตัวอย่างที่น่าเรียนรู้เช่น คลินิกพระร่วง ซึ่งมีบริการทางการแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีบริการเยี่ยมบ้านด้วย ในขณะที่งานเกี่ยวกับฟื้นฟูสภาพนั้น มีบทเรียนจากลำนสนธิโมเดลที่ทำเรื่องนี้ได้ดี อย่างไรก็ตามควรทราบไว้ด้วยว่า คำจำกัดความเรื่องบริการปฐมภูมินั้นมีความคลุมเครืออยู่มาก แต่ละคนก็ตีความแตกต่างกันไป ไม่มีคำจำกัดความที่เป็นที่ยอมรับตรงกันทั่วทุกฝ่าย

ในมุมมองของประชาชนนั้น ต้องการ “หมอ” ที่เข้าใจได้เวลาไม่สบาย

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคตนั้น ยังคงมีทรัพยากรที่จำกัดเมื่อเทียบกับปริมาณความต้องการของประชาชน ความซับซ้อนของการเจ็บป่วยนั้นก็มีความหลากหลาย จนไม่สามารถทำ Effective resource allocation ได้อย่างแน่นอน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการแบ่งระดับของการให้บริการ (Divide labor class) เพื่อหวังให้เกิดผลในลักษณะ Gatekeeping ด้วย ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลรามาริบดีนั้นเป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีจุดเด่นด้านการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิ ควรทำตัวเป็นแม่ข่ายให้ที่อื่นๆ ที่เก่งรองลงไป แต่ไม่ใช่ทุ่มทรัพยากรลงไปทำทุกอย่างตั้งแต่เรื่องเล็กน้อยไปจนถึงยากๆ

โรงเรียนแพทย์ควรทำหน้าที่ในการสร้าง Prototype แล้วส่งถ่ายให้หน่วยงานระบบล่างลงมานำไปขยายผล

ระบบบริการสุขภาพของไทยนั้น หากพึ่งแต่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวจะเสี่ยงต่อความไม่แน่นอนหลายเรื่อง และไม่น่าจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยรวมได้

ระบบบริการสุขภาพของไทยปรับตัวกับความเป็นเมืองได้ช้า ดังจะเห็นได้ชัดจากตัวอย่างรอบตัว อาทิ เช่น การเกิดขึ้นของคอนโดมิเนียมมากมายในเมือง โดยมีประชากรสูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าอายุน้อย ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่มีกลไกการบริการที่เหมาะสมต่อลักษณะการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตดังกล่าวเลย แอมระบบการบริการที่อิงกับ catchment area ก็ดูจะไม่เหมาะสมกับกรุงเทพฯ หรือบริบทเมืองดังกล่าว ในขณะที่ระบบเอกชนนั้นมีความยืดหยุ่นและเตรียมพร้อมรับมือการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า เช่น ในตึกออลซีซั่นส์ที่ถนนวิทย์ ซึ่งมีสำนักงานมากมายในตึกนั้น มีคลินิกหลายแห่งในตึก ที่รับให้บริการผ่านการทำสัญญากับสำนักงานต่างๆ ทำให้ตอบสนองต่อวิถีชีวิตของกลุ่มประชากรได้ดี ตัวอย่างข้างต้นเป็นกรณีศึกษาที่ดี และตอกย้ำว่า เราไม่เข้าใจว่าชีวิตคนกำลังทำอะไร? ถ้าเราอยากเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตเค้า จะต้องทำอย่างไร?

### **ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง**

ก. รัฐต้องหาทางใช้ภาคเอกชนมาช่วยดูแลประชาชนอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาความคุ้มค่า คุณภาพ และให้สามารถเป็นที่พึ่งได้จริง ทั้งนี้คำถามที่ควรค้นหาคำตอบได้แก่ จะคบหาเอกชนได้อย่างไร? จะทำให้โปร่งใสและตรวจสอบได้อย่างไร? จะป้องกันภาวะ information asymmetry และการเอาเปรียบได้อย่างไร? จะทำ

อย่างไรให้เกิดระบบที่ช่วยกำกับ และตรวจสอบ Rule&Regulation ได้อย่างมีประสิทธิภาพ? และจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องมีการแสดงเจตจำนงทางการเมืองของผู้บริหารบ้านเมืองที่เกี่ยวข้อง?

ข. ปัจจุบันเอกชนต้องการ out-of-pocket segment เยอะ โดยเน้นกลุ่มลูกค้าต่างประเทศ รัฐควรแทรกแซงตลาด และสร้างทางเลือกให้เกิดขึ้น

ค. ไทยมีฐานทางวัฒนธรรมที่ยังได้รับการใส่ใจน้อยเกินไป เช่น เมนูอาหารไทยนั้นมีความดี แต่ปัจจุบันสังคมมีแต่อาหารขยะ ในขณะที่อาหารไทยหาซื้อได้ยากขึ้น หรือมีคุณภาพต่ำลง

ง. ควรสร้างมาตรการหรือนโยบายที่เพิ่มโอกาสสำหรับผู้ประกอบการท้องถิ่นให้อยู่รอดได้

## ตัวแทนผู้บริหารกองทุนสุขภาพ จำนวน 11 ราย

2, 22 และ 29 เมษายน 2559

### ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันต่อการเปลี่ยนแปลงในเขตเมือง

ระบบสุขภาพที่มีอยู่ในกรุงเทพมหานครนั้นตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ระดับหนึ่ง สิ่ง  
ที่เห็นเป็นจุดอ่อนชัดเจนคือ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้มีลักษณะ fragmented หรือกระจัดกระจายมาก

คนมีเงินมักไม่มีปัญหาในการแสวงหาบริการสุขภาพมากนัก เพราะมักไปรับบริการที่โรงพยาบาล  
เอกชน ในขณะที่คนยากจนนั้นจะประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมาก

กรุงเทพมหานครนั้นใหญ่เกินกว่าที่หน่วยงานกทม.จะจัดการดูแลได้ นอกจากนี้ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของ  
การบริหารจัดการระบบสุขภาพในกรุงเทพมหานครคือเรื่อง governance ทั้งในเรื่องการบริหารทรัพยากร และ  
การเชื่อมประสานระหว่างกัน ตัวอย่างที่เห็นถึงประสิทธิภาพในการบริการนอกระบบสุขภาพคือ  
ห้างสรรพสินค้า ที่รวมถึงที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเขตเมืองไว้ในทีเดียว

“Patients need advice where to go”

ต่างประเทศนั้นมีระบบ health line เพื่อให้บริการปรึกษาในการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยมี  
จุดมุ่งหมายที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและความแออัดในการไปรับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล

เรื่องกำลังคนนั้น จำนวนคนไม่ค่อยเป็นปัญหาสำหรับเขตเมืองมากนัก แต่ประสิทธิภาพในการบริหาร  
จัดการกำลังคนนั้นเป็นปัญหาที่ชัดเจน เห็นว่าทางภาคเอกชนมีระบบการบริหารจัดการกำลังคนที่มี  
ประสิทธิภาพมากกว่าภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการกำลังคนที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (non-professional)  
และมีการ training คนที่ตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า

ให้ลองสังเกตรายได้ของเภสัชกรในโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่ารายได้ไม่สูงนัก สาเหตุหลักน่าจะมา  
จากการที่ระบบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ต่างๆ ในเอกชนนั้นอิงกับระบบการจัดการที่ไม่พึ่งคนเป็นหลัก

การดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมินั้น คำนี้น่าจะไม่ได้ในกรุงเทพมหานคร หากยึดติดกับรูปแบบและสถานที่  
เดิมๆ

การจัดการบริการสุขภาพของเขตเมืองนั้นจำเป็นต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชากร และบริบทแวดล้อมในสังคม ยกตัวอย่างเช่น รูปแบบบริการที่บ้าน (service@home) นั้นเป็นที่ต้องการอย่างยิ่ง แต่ติดปัญหาหลักคือเราจัดให้เขาไม่ได้

โดยปกติแล้ว ประชาชนในเมืองนั้นเวลาเจ็บป่วยไม่สบายมักจะมีหมอประจำ ไม่ว่าจะเป็นเฉพาะทางหรือไม่ก็ตาม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือ หมอพื้น

รูปแบบการให้บริการสุขภาพแบบเดิมๆ เช่น คลินิกนั้นจะพบว่าปัจจุบันคลินิกที่อยู่รอดคือ คลินิกเก่าแก่หรืออยู่ในซอย ซึ่งคนในพื้นที่คุ้นเคย เดินทางไปหาสะดวกกว่าไปที่โรงพยาบาล

ระบบบริการปฐมภูมิจะขายได้ ต้องจัดบริการที่โรงพยาบาลต่างๆ ยังทำไม่ได้ เช่นตัวอย่างที่ยกไปข้างต้น คือบริการที่บ้าน หรือ service@home

ผู้ป่วย หรือประชาชนทั่วไปมีความคิด และสามารถตัดสินใจได้เองว่าเมื่อไหร่จะไปโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามก็ยังจำเป็นต้องมีมาตรการช่วยเหลือที่จะเพิ่มความแตกต่างด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพราะปัจจุบันเป็นยุคข้อมูลข่าวสารท่วมท้นจนแยกจริงเท็จลำบาก

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจะเห็นได้ว่า ไม่มีหน่วยบริการให้คนเลือก

Drug dispensing services นั้นอาจเป็นรูปแบบบริการใหม่ที่สังคมเมืองต้องการ หากไม่ได้ยึดติดกับสถานที่เดิมๆ ที่เราค่อนข้างคุ้นเคย อย่างไรก็ตามมักจะมีปัจจัยทางการเมืองทั้งระดับองค์กร และระดับวิชาชีพมาเกี่ยวข้อง จนทำให้เกิดความสนใจในการสร้างกลไกใหม่ๆ ขึ้นมา อาทิเช่น สถานการณ์ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลรัฐมักจะมีแหล่งรายได้จากยาที่จำหน่ายแก่ผู้ป่วยหรือเบิกจ่ายจากกองทุนสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการว่า 83% ของค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของข้าราชการนั้นเป็นค่ายา อย่างไรก็ตามทางกรมบัญชีกลางนั้นได้ทำการกำหนด Fee schedule สำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ไว้อยู่แล้ว ถ้าอะไรที่โรงพยาบาลรัฐจะได้ก็คงต่างกันแค่วิธีการที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดซื้อ ในขณะที่ในระดับวิชาชีพก็จะพบว่าเภสัชกรย่อมไม่อยากจะเกิดทางเลือกในการสั่งยาและจ่ายยา เพราะกระทบต่อบทบาทหน้าที่และอาชีพที่ดำเนินอยู่ เช่นที่ร้านขายยา เป็นต้น

ประเทศไทยนั้นเกิดความขัดแย้งในแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพเพราะ การวางรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่ถูกสร้างขึ้นนั้นใช้รูปแบบจากสหราชอาณาจักร ในขณะที่การดูแลรักษาโรคนั้นเดินตามรอยของ

ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ในขณะนี้สังคมไทยให้คุณค่าแก่ความเป็นแพทย์เฉพาะทางเป็นหลัก มากกว่าที่จะให้ความสำคัญต่อแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

### **บทบาทของแต่ละภาคส่วนในระบบบริการสุขภาพเขตเมือง**

ไม่เชื่อว่าระบบปฐมภูมิจะเข้มแข็งได้ด้วยคนที่อยู่ทุติยภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้การที่จะให้โรงพยาบาลต่างๆ เน้นมาทำปฐมภูมินั้นไม่คุ้มค่า เพราะต้องจัดสรรบุคลากรโรงพยาบาลมาทำงานนี้ แล้วอาจทำให้งานรักษาเสียหายได้

รายงานขององค์การอนามัยโลกปีค.ศ.2008 ระบุชัดเจนว่า การบริการปฐมภูมิจะเข้มแข็งได้ต้องมีการควบคุมทรัพยากร โดยควรให้แพทย์ทั่วไปเป็นผู้ถือเงิน แล้วค่อยซื้อบริการทุติยภูมิและตติยภูมิตามความจำเป็นของแต่ละกรณี

จากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน โรงพยาบาลรัฐมีกำไรจากการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก แต่มักขาดทุนจากการรักษาผู้ป่วยใน

หากจะให้โรงพยาบาลหันมาทำงานปฐมภูมิ ควรดำเนินการสร้างบริการให้มีความหลากหลาย และไม่ให้รู้สึกว่าเป็นบริการระดับล่าง การวาง branding, image, variety of services เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

ยังมองว่าเป็นเรื่องยากมากที่จะทำให้กองทุนสุขภาพที่มีธรรมชาติของกลไกต่างกันมาปรับให้เข้ากัน

### **ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง**

นโยบายที่รัฐควรพิจารณาดำเนินการคือ การพัฒนาบริการปฐมภูมิให้มีความหลากหลาย และตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคนเมือง หากมุ่งไปยังคนเศรษฐกิจดี ก็ควรมีบริการที่เน้นข้อมูลกฎระเบียบ และทางเลือกที่เหมาะสมทั้งในเรื่องแพทย์ โรงพยาบาล หรือ intervention ในขณะที่หากจะมุ่งไปที่กลุ่มคนยากจน ก็ควรเน้นเรื่องการเข้าถึงบริการ แม้โดยทั่วไปแล้วเราจะอ้างว่าการจัดระบบบริการดังกล่าวนั้น อาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม แต่หากมองด้วยใจเป็นธรรมแล้ว แนวทางข้างต้นคือแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายจริงในสังคม และมักไม่เคยได้รับการพิจารณาดำเนินการมาก่อนเลย

กลุ่มตัวแทนประชาชนและผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและข้าราชการ จำนวน 145 คน

11 มีนาคม, 8 และ 27 เมษายน 2559 (สนทนากลุ่ม)

### ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันต่อการเปลี่ยนแปลงในเขตเมือง

ระบบสุขภาพของไทยยังไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของประชากรและบริบทแวดล้อมทางสังคม ทั้งนี้ควรระลึกเสมอว่า กรุงเทพมหานครไม่ใช่ตัวแทนของประเทศไทย และดูจะเป็นกรณีที่ยากกว่าจังหวัดอื่นๆ เพราะมีความหลากหลายของประชากรร่วมกับอิทธิพลด้านสังคมและเศรษฐกิจมาก

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพนอกเมืองให้พัฒนามากขึ้นตามกรุงเทพมหานครคือสิ่งที่จำเป็นต้องทำ มิฉะนั้นประชาชนก็จะไหลมารับบริการในกรุงเทพมหานครดังที่เห็นมาโดยตลอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

มาตรการลำดับต้นที่จำเป็นมากคือ การพัฒนาคน และแผนในการทำให้ระลึกรถึงคุณค่าของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในระบบภาครัฐ ประชาชนไทยในปัจจุบันเวลาเจ็บป่วยไม่สบายมักจะตรงไปรับบริการตรวจรักษากับหมอที่ตนเองต้องการได้เลย ไม่มีระบบที่จะคัดกรองหรือส่งต่ออย่างเป็นขั้นตอนแบบที่เราเห็นในต่างประเทศ ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าวคือ ความไม่เข้มแข็งของระบบแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ทำให้เกิดความระแวง ไม่ไว้วางใจในเรื่องคุณภาพของบริการ ทำให้เสาะหาไปที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ เช่น จุฬาฯ รามา ศิริราช ฯลฯ

การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์น่าจะเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเพิ่มมาตรฐานการดูแลรักษาของแพทย์ และจะส่งผลต่อไปถึงภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือในสายตาของประชาชน แต่ที่ผ่านมาระบบนี้ประชาชนไม่เคยได้รับรู้ ดังนั้นในทางปฏิบัติประชาชนจึงมักไปหาแพทย์ตามชื่อเสียงของสถานพยาบาล หรือคำบอกต่อของคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้องในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทมิตรสหาย เพราะสุดท้ายแล้วหวังที่จะหายจากการเจ็บป่วยโดยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

ระบบบริการสุขภาพของไทยควรได้รับการปฏิรูปให้เกิดกลไกการดูแลแบบเป็นขั้นเป็นตอน มีการส่งต่อเพื่อตรวจรักษาตามความจำเป็น แต่จะเกิดกลไกดังกล่าวขึ้นมาได้แล้วได้รับการยอมรับจากประชาชนย่อมต้องมีแนวทางการสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบุคลากรทางการแพทย์แต่ละระดับ

## บทบาทของแต่ละภาคส่วนในระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ในปัจจุบัน หากเปรียบเทียบความรู้สึกของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพพยาบาลระหว่างรัฐและเอกชนดูจะไม่ต่างกันมากนัก โรงเรียนแพทย์ยังมีภาษีดีกว่าโรงพยาบาลเอกชนในภาพรวม ในขณะที่ความเป็นระบบความสะดวกสบาย และความง่ายในการเข้าถึงบริการนั้นทางภาคเอกชนดีกว่ารัฐมาก แต่สิ่งที่พบเห็นกันในสังคมเมืองคือ คนรวยเข้าถึงบริการได้ คนจนยากที่จะเข้าถึงบริการ

1. โรงเรียนแพทย์ควรมุ่งทำงานที่ตนเองถนัดคือ ตติยภูมิหรือรักษาโรคยากๆ ซับซ้อน เพราะทรัพยากรที่มีจำกัด แต่อย่างไรก็ตามคงทำงานระดับปฐมภูมิไม่ได้ เพราะผูกติดกับภารกิจที่ดูแลประชาชน ดังนั้นจึงควรทำเพียงระดับหนึ่ง แต่มองหาเครือข่ายระดับล่างมาช่วยดำเนินการ โดยทางโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ ควรทำหน้าที่ช่วยพัฒนาหรือรับรองคุณภาพมาตรฐานของสถานบริการที่เล็กกว่าหรือเครือข่ายในพื้นที่ของตนเอง และมองไปถึงการวางระบบหรือกลไกที่จะช่วยชดเชยหรือเยียวยาทั้งผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เวลาที่เกิดปัญหาในการดูแลรักษาที่ไม่ได้คาดคิด
2. สำหรับการพัฒนาองค์กรต่างๆ นั้น ควรลงทุนทรัพยากรให้มากขึ้นเพื่อพัฒนางานปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิไปพร้อมกัน ตามสัดส่วนที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามคิดว่าในระยะยาว profit margin ของการดูแลระดับตติยภูมิน่าจะมากกว่าระดับอื่น

## ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

นโยบายรัฐที่ควรพิจารณาดำเนินการได้แก่ การส่งเสริมหรือสร้างให้เกิดความรับรู้คุณค่าของแพทย์และบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในระดับต่างๆ การพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล การสร้างระบบ Gatekeeper เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังควรศึกษากลวิธีหรือมาตรการที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

## ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น 2 ตึกอำนวยการ 18 เม.ย. 59

### ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันต่อการเปลี่ยนแปลงในเขตเมือง

ในพื้นที่บางกอกน้อยนั้นมีความเป็นเมืองมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากจำนวนคอนโดมิเนียม รถไฟฟ้า ฯลฯ อันนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตของประชากร ทำให้เกิดการแข่งขันมากขึ้น และมีจำนวนประชากรในพื้นที่มากขึ้นด้วย

ศิริราชร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชนดำเนินการพัฒนา 42 ชุมชนในพื้นที่บางกอกน้อย โดยมุ่งหวังที่จะพัฒนา 4 ส.(ศ.) ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกมีราว 3.5 ล้านครั้งต่อปี โดยมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ อันสะท้อนถึงสถานะสุขภาพของประชากรที่แย่ลง ทั้งนี้ผู้ป่วย 80% มาจากฝั่งธน และปัญหาสุขภาพที่พบก็มีทั้งเรื่องโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ จนไปถึงปัญหาจากสภาพแวดล้อมและมลภาวะ ทำให้ต้องหันมาวิเคราะห์ และตระหนักว่าโรงพยาบาลเองไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ทั้งหมดด้วยตนเองได้ แต่ต้องหาความร่วมมือจากภายนอกด้วย อาทิเช่น ทหารเรือ กทม. เป็นต้น โดยหวังใจลึกๆ ว่า โมเดลที่พัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในพื้นที่นี้จะสามารถทำให้พื้นที่นี้เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาด้านสาธารณสุขต่อไป

ที่มาของแนวคิดการก้าวออกนอกรั้วโรงเรียนแพทย์ไปทำงานกับภาคีภายนอกนั้น สืบเนื่องมาจากสมัยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชช่วงปีพ.ศ.2547-2550 ประสบปัญหาเรื่อง NICU ที่มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน แม้อุปกรณ์ต่างๆ จะหาได้ แต่บุคลากรก็มีจำกัด จะขยายพื้นที่เพื่อรองรับความต้องการก็ไม่มีทางทำได้ จึงต้องคุยกับทางภาควิชาสูติเวชเพื่อหาสาเหตุ และพบว่า NICU รับเคสที่เป็นเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย ซึ่งมักจะได้รับการส่งต่อจากที่อื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมักมองว่าเป็นภาระระยะยาว ประกอบกับมีกรณีหนึ่งที่บิดาของผู้ป่วยเด็กน้ำหนักน้อยถึงกับเอาปืนมาวางบนโต๊ะพร้อมพูดว่า “จะรับลูกเข้านอนโรงพยาบาลหรือจะเอาลูกปืน?” ในขณะนั้นจึงมีการประชุมหารือจนทราบว่าเคสเด็กน้ำหนักน้อยส่วนใหญ่มาจากเรื่องการคลอดก่อนกำหนด และมักมาจากปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเริ่มต้นที่จะวางแผนจัดการปัญหาร่วมกับหน่วยงานภายนอกตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

นอกจากกรณีดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นเบาหวานและมีแผลกดทับ ต้องมาทำแผลทุกเช้า และกลุ่มผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ทุพพลภาพและต้องมาทำกายภาพบำบัดทุกวัน โดยรวมแล้วปริมาณความต้องการเหล่านั้นมากเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะจัดบริการให้ได้อย่างมีคุณภาพ และส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลโดยมีเวลาที่จำกัดมาก ขณะนั้นนพ.วีระพันธ์ ซึ่งเป็นแพทย์ทางระบบประสาทจึงได้เริ่มคุยกับ กทม. และสปสช. ได้รับงบมา 8 ล้านบาทจากสปสช. เพื่อทดลองนำร่องพัฒนาศูนย์บริการของกทม. ให้มีศักยภาพดีเพียงพอที่จะให้บริการเหล่านั้นแก่กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ โดยทางศิริราชก็ได้จัดรถไปให้ 1 คันเพื่อทำการรับส่งอำนวยความสะดวกผู้ป่วย และช่วยอบรมบุคลากรและทำการติดตามกำกับประเมินผลด้วย

อย่างไรก็ตาม แนวการดำเนินการต่างๆ ดังกล่าวนั้นยังมีความจำกัดอยู่ที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์เท่านั้น โดยอาศัยแพทย์ที่ห่วยใยและมีความสนใจที่จะจัดการปัญหาผ่านแนวทางการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่

สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนที่ทางศิริราชดำเนินการอีกเรื่องหนึ่งคือ การพัฒนาศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ซึ่งมีรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ได้ดำเนินการวางแผนพัฒนาให้เป็นศิริราช 2 โดยรับฟังความเห็นของประชาชนในพื้นที่ มาปรับระบบบริการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องวันเวลาที่เปิดให้บริการ โดยล่าสุดปรับให้เปิดบริการทุกวัน โดยให้บริการถึง 2 ทุ่ม ไม่ใช่การเปิดแบบ 24 ชั่วโมงแบบโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งนี้การรับฟังความเห็นและความต้องการของประชาชนจะสามารถช่วยปรับแต่งระบบบริการไม่ให้ประชาชนเกิดความคาดหวังที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงและสามารถทำเฉพาะสิ่งที่เป็นไปได้ ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคือ ความจริงที่ศูนย์การแพทย์ฯ ไม่มีคลังเลือดที่จะสามารถรองรับเคสอุบัติเหตุหนักๆ นอกเวลาได้ จึงต้องทำการปิดไฟหลังปิดบริการแต่ละวัน ทำให้รถพยาบาลหรือหน่วยฉุกเฉินต่างๆ ไม่กล้าเสี่ยงเคสเข้ามาตอนกลางคืน

จะเห็นได้ว่าความร่วมมือต่างๆ ที่เกิดขึ้นมานั้น ยังไม่ได้มีการขยายความร่วมมือไปถึงภาคเอกชน โดยส่วนตัวแล้วคิดว่าน่าจะไม่ใช่ยุ่งยาก หากเลือกกลุ่มที่จะคุยได้เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น เครือรพ.ธนบุรีนั้นแตกต่างจากบุคลากรของศิริราชน่าจะสามารถคุยกันได้ ในขณะที่หากพูดคุยกับเครืออื่นๆ อาจอาศัยหลักการแบ่งปันรายได้รายจ่าย และช่วยกันจัดการทรัพยากรเพื่อจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนแต่ละกลุ่ม โดยไม่ระแวงกัน และรักษาสมดุล give and take ให้ดี

### ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้มีความกระจัดกระจาย ต่างคนต่างทำ สิ่งที่รัฐควรพิจารณาในการพัฒนานโยบายได้แก่

- ก. การลดความทับซ้อนของพื้นที่ให้บริการ
- ข. การจัดสรรทรัพยากรใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
- ค. การหามาตรการที่จะประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน/โรงพยาบาล โดยอาจอาศัยผู้มีบารมีที่จะช่วยให้แต่ละที่ลดทิฐิหรือลดการยึดมั่นถือมั่นตัวตน ให้หันมาช่วยกันทำมากกว่าแข่งขันกัน ยกตัวอย่าง เช่น ปัจจุบันแต่ละที่ก็ล้วนแข่งกันเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ ซื้อเครื่องมือเครื่องไม้ราคาแพงซ้ำซ้อนกันเกินจำเป็น อาทิ เครื่อง Cyclotron, PET CT เป็นต้น
- ง. ประเมินความต้องการจำเป็นในแต่ละพื้นที่/ชุมชน
- จ. ให้คำนึงไว้เสมอว่า สูดทำยแล้วระบบจะดีไม่ดี คนในระบบจะทำงานแล้วดีไม่ดี คนตอบก็คือประชาชน

## ตัวแทนฝ่ายการเมือง/นโยบาย รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน

4 และ 11 เมษายน 2559

### ความเห็นต่อระบบสุขภาพเขตเมือง (จุดแข็ง จุดอ่อน ภาวะคุกคาม และโอกาสพัฒนา)

ผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครนั้น หากจำแนกออกมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ คนในทม.เอง คนที่อยู่ปริมณฑล และคนจากชนบท เป็นที่เห็นได้ชัดเจนว่า “คนยากจนจะเข้าถึงบริการได้ยากกว่าคนรวย”

กรุงเทพมหานคร 4-5 เขตที่ไม่มีหน่วยบริการสาธารณสุขเลยไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน (ไม่รวมคลินิก) และมีประมาณ 10 เขตที่ไม่มีโรงพยาบาลรัฐเลย มีแต่โรงพยาบาลเอกชน หากลองเจาะลึกไปถึงตัวเลขสถานพยาบาล จากข้อมูลของสปสช.จะพบว่ากรุงเทพมหานครนั้นมีประชากร 6-7 ล้านคน มีคลินิกในระบบสปสช. 180 แห่ง ตกเฉลี่ยแล้วดูแลคนประมาณแห่งละ 1 หมื่นคน ก็ครอบคลุมได้เพียง 2,000,000 คนเท่านั้น โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ก็ดูแลประชาชนราว 500,000 คน โรงเรียนแพทย์รวมกันดูแลราว 1,000,000 คน ดังนั้นจึงเหลืออีก 2-3 ล้านคนที่ไม่ได้รับการดูแล หากบัตส่วนนี้ไปให้ทางศูนย์บริการสาธารณสุขของทม. 65 แห่งดูแล ก็คงต้องดูแลประชาชนราวแห่งละ 4 หมื่นคนขึ้นไป ซึ่งก็หนักหนาเอาการ

โดยปกติแล้วในระบบสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน 30-60 เตียงในชนบทจะดูแลประชาชนราว 3-4 หมื่นคน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) จังหวัดละราว 20 แห่ง การส่งต่อจะยากกว่ากรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครนั้นต่างจากต่างจังหวัดในเรื่องระยะทางและระยะเวลาในการเดินทาง แม้จะดูระยะทางใกล้แต่กินเวลานาน จนโดนแซวว่า “ใกล้แต่ไกล”

การดูแลรักษาทางการแพทย์นั้นเป็นการผสมผสานระหว่างศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการดูแลรักษาระหว่างหมอกับผู้ป่วย ในต่างจังหวัดนั้นหลายครั้งรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้แม้ข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน แต่เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทาง ฯลฯ

นโยบายในลักษณะ Family care team กับแนวคิดบริการปฐมภูมินั้นได้รับการนำเสนอเพื่อให้สามารถช่วยเหลือประชาชนที่เข้าถึงได้บริการยาก

ในเขตเมืองนั้น โรงพยาบาลมักไม่มีแรงจูงใจให้มาทำงานดูแลระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลใหญ่ๆ มักไม่ยากได้เหมาะสมรายหัวเขตเมืองเพราะมีแนวโน้มที่จะทำให้ขาดทุน

ระบบบริการปฐมภูมิไม่สามารถเกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครได้เพราะการเมืองระหว่างสปสช.กับทาง กทม. อันสืบเนื่องมาจากข้อจำกัดที่ต่างกัน แม้ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการพูดคุยกันมากขึ้นก็ตาม

การทำงานร่วมกันระหว่างสปสช.กับท้องถิ่นอาจเป็นไปได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) สปสช.จ่าย ท้องถิ่นไม่จ่าย 2) สปสช.จ่าย ท้องถิ่นลงทุนแบบเดิม 3) สปสช.จ่าย ท้องถิ่นลงทุนจ่ายเพิ่มเติมขึ้นหมด

ไม่เห็นท้องถิ่นมาเน้นทำงานเรื่องระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งบ่งชี้ได้เป็นนัยๆ ว่า engagement ระหว่างหน่วยงานสุขภาพกับท้องถิ่นยังคงเป็นเรื่องที่ท้าทาย

หากสรุปสั้นๆ เกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิของเมืองไทย คงบอกได้ว่ายังมีช่องว่างเพื่อการพัฒนาอีกมาก โดยการออกแบบระบบที่ผ่านมาไม่สามารถตอบสนองต่อลักษณะการเปลี่ยนแปลงของประชากรและบริบทแวดล้อมได้

### **ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองที่พึงปรารถนา**

คงไม่มีใครกล้าตอบว่าที่พึงปรารถนานั้นเป็นอย่างไร แต่พอจะยกตัวอย่างความสำเร็จในบางพื้นที่ในอดีต เช่น รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้ดำเนินการยกเงินทั้งหมดมาทำ CUP split ในลักษณะของโรงพยาบาลเมือง เพื่อลดความแออัดของแผนกผู้ป่วยนอก และลดอัตราการแอดมิทเข้ารักษาตัวในรพ.มหาวิทยาลัยให้ได้ ในขณะที่อยู่และเป็นโมเดลต้นแบบของ Urban primary health care

Primary care ต้องให้ประชาชนรู้ว่าใครจะดูแลเขา และควรทำให้คนที่ทำหน้าที่ดูแลประชาชนนั้นไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่ต้องดูแล ทั้งนี้กุญแจสำคัญคือการสร้างพันธสัญญาเริ่มต้นระหว่างกันให้รู้จักและรู้สึกดีต่อกัน แล้วจึงทำการพัฒนาระบบความสัมพันธ์เหล่านั้นให้ตอบสนองต่อวิถีชีวิตและความต้องการจำเป็นของกันและกัน มุ่งไปสู่เรื่อง timeliness, responsiveness, และ continuity

งานปฐมภูมินั้น 80% ทำได้อยู่แล้วด้วยแต่ละที่เอง ส่วนอีก 20% จำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายการทำงาน ในขณะเดียวกันก็ต้องสร้างความมั่นใจใน curative services ไม่ใช่ไปเน้นแต่ทำ preventive services แบบที่คุ้นชินกันมาตลอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิสำหรับเขตเมืองที่พึงปรารถนา คือ “การสร้างให้เกิดทีมที่ช่วยให้เข้าถึงบริการทุกอย่างที่จำเป็นได้ แม้จะทำได้ไม่ทั้งหมดก็ตาม”

“ไม่มีใครอยากไปไกล ไม่มีใครอยากจ่ายแพง”

## นโยบายรัฐที่ควรพิจารณาดำเนินการนำไปพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

- ก. พัฒนาเครือข่ายเชื่อมต่อบริการปฐมภูมิ พุติภูมิ และตติภูมิให้ไร้รอยต่อ
- ข. กระจายบุคลากรสุขภาพให้ทั่วถึง หาทางแก้ไขปัญหา ineffective providers
- ค. คนที่ถือเงิน ต้องทำงานอย่างจริงจัง
- ง. หากมองที่พื้นที่กรุงเทพมหานคร กทม.ควรใช้โครงสร้างพื้นฐานอย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น หากต้องการให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่แบบโรงพยาบาลชุมชน ก็ต้องทำให้มีเตียงผู้ป่วยสำหรับดูแล แต่หากทำไม่ได้หรือไม่ทำเช่นนั้น ก็ควรที่จะลดขนาดประชากรที่รับผิดชอบโดยปรับให้เหมาะสมกับศักยภาพ และพูดคุยหารือกับ key actors อื่นๆ ในพื้นที่
- จ. ระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน จะต้องมี supply side เป็นตัวหลักแน่นอนๆ กล่าวคือรพ.ใหญ่ต้องเอาจริงและพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน
- ฉ. การพัฒนาระบบเขตสุขภาพโดยเน้นการสร้างเครือข่าย และตั้งกฎกติกาในการส่งต่อข้ามเขต การพัฒนาแผนเขตสุขภาพโดยวางหมากการพัฒนาให้แต่ละเขตเด่นด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ภาพรวมของประเทศมีความสามารถในการแข่งขันระดับนานาชาติได้

## กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 19 ราย

28 มีนาคม และ 21 เมษายน 2559

### ความเห็นต่อระบบสุขภาพเขตเมือง (จุดแข็ง จุดอ่อน ภาวะคุกคาม และโอกาสพัฒนา)

ตอบด้วยความรู้สึกกะลป ไม่มีความมั่นใจว่า ระบบบริการทาง การแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ และความ ต้องการของประชาชนเขตเมืองได้อย่างเพียงพอทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ เพราะการกระจาย (DECENTRALIZATION) ความเจริญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมยังไม่สามารถทำให้เขตชนบทเป็นที่คาดหวังได้ในการดำรงชีวิต ดังนั้นการเคลื่อนย้ายของประชากรจึงมุ่งเข้าสู่เขตเมือง ทำให้เขตเมืองมีอัตราการเติบโตของประชากรหนาแน่น ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ เทคโนโลยี องค์ความรู้ ตลอดจนปัจจัยความจำเป็นทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็น วงจรที่ทำให้การกระจายบุคลากร ทาง การแพทย์และเทคโนโลยี ไปสู่เขตชนบทก็ทำได้ยาก แม้จะสร้างแรงจูงใจด้วยผลตอบแทนต่าง ๆ นานา แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกมา วงจรดังกล่าวทำให้เป็นอุปสรรคต่อการกระจายการให้บริการสุขภาพสู่เขตชนบท ดังนั้นประชากรเขตชนบทจึงมุ่งเข้าสู่เขตเมือง นอกเหนือไปจากการมุ่งเข้าสู่เขตเมืองเพื่อรายได้ทางเศรษฐกิจ ดังนั้นเขตเมือง จึงมีความต้องการบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เขตเมืองถึงแม้จะมีความพร้อมทางด้านบุคลากรและเทคโนโลยี แต่ก็ไม่สามารถตอบสนองปริมาณที่พุ่งเข้าสู่เขตเมืองที่มีเป็นจำนวนมากได้

#### ก. กำลังคน

แม้เขตเมืองจะมีทรัพยากร 'คน' ที่มีความรู้ความชำนาญ แต่ปริมาณความต้องการที่มุ่งเข้าใช้บริการสุขภาพจากการเคลื่อนย้ายของ ประชากรมีมาก ดังนั้น ผมยังเชื่อว่า กำลังคนในการบริการสุขภาพในเขต เมืองก็ยังไม่เพียงพอ

#### ข. ระบบข้อมูลสารสนเทศ

ระบบข้อมูลสารสนเทศยัง ต้องพัฒนาให้สามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (EFFECTIVENESS) ผมไม่ขอเน้นถึงเรื่องคำว่าประสิทธิภาพ (EFFICIENCY) เพราะประสิทธิภาพจะตามมาเอง หากระบบสารสนเทศเกิดประสิทธิผลต่อการ อำนาจความสะดวกในการให้บริการทางสุขภาพอย่างเป็นเครือข่าย ซึ่งจะต้องเป็นสารสนเทศที่เป็นเครือข่ายที่สามารถกระจาย (DECENTRALIZATION) ไปสู่เขตชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถลดการใช้บริการทางสุขภาพจากการมุ่งเข้าสู่เขตเมืองลง

### ค. เวชภัณฑ์/เทคโนโลยีทางการแพทย์

ไม่ใช่ปัญหาในเขตเมือง และอาจมีกำลังเหลือเสียด้วย

### ง. รูปแบบการให้บริการทั้งในภาค รัฐ และเอกชน

มีทั้งส่วนที่เหมือนกัน และส่วนที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์ ภารกิจ และเจตนารมณ์ของหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนนั้นต่างกัน ดังนั้นในเขตเมืองรูปแบบการให้บริการสุขภาพในรูปแบบกองทุน เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , กองทุนประกันสังคม และ งบประมาณรักษา พยาบาล และครอบครัว ยังไม่ได้รับการบริการอย่างเพียงพอเพราะผลตอบแทน และความคุ้มค่าน้อย ในขณะที่การให้บริการในรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง (SELF-PAYER) หรือประกันสุขภาพส่วนบุคคล ยังมีความเพียงพอ เนื่องจาก หน่วยบริการภาคเอกชนในเขตเมืองมีจำนวนมากพอ

### จ. กลไกการจัดการงบประมาณ และการเบิกจ่ายจากกองทุนต่างๆ

อัตราเบิกจ่ายงบประมาณ ถึงแม้จะน้อย แต่ความสำคัญในระบบการจัดการและการเบิกจ่ายนั้นกลับ แยก ยิ่งกว่า สิ่งนี้จึงเป็นอย่างมากต่อความเพียงพอในการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการ บริการสุขภาพที่เป็น ระบบกองทุน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

## **บทบาทของระบบบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิสำหรับประชาชนในเขตเมือง**

ระบบการบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิ เป็นความ จำเป็นขั้นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งไม่ว่า จะในเขตเมือง หรือ เขตชนบทก็ตาม ที่ผ่านมาเขตเมืองนั้นง่ายต่อการเข้าใช้บริการของผู้รับบริการ ในขณะที่ระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่เริ่มมีการ ควบคุมและ ให้ความสำคัญต่อบทบาทของการบริการแพทย์ปฐมภูมิอยู่แต่เฉพาะ ระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ได้มีความใส่ใจพัฒนาให้ มีระบบการควบคุมหรือจัดระบบบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิ เลย ดังนั้น รพ.ที่มีสถานะ เป็นหน่วยทุติยภูมิขึ้นไปจึงต้องให้บริการทางการแพทย์ระดับปฐม ภูมิไปอย่างเบ็ดเสร็จด้วย ทำให้ภาระงานของ รพ.หรือหน่วยในระดับทุติยภูมิขึ้นไปมีมากขึ้น เกิดความแออัด จะต้องจัดระบบการบริการทางการแพทย์ที่มีการควบคุมการให้บริการผู้ประกันตนใน ระบบประกันสังคมและข้าราชการในระบบงบประมาณแผ่นดินให้เป็นระบบ เดียวในรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้การให้บริการทางการแพทย์เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพตามลำดับขั้นจาก พื้นฐาน คือ ระดับปฐมภูมิเสียก่อน ...การเปลี่ยนแปลงเรื่องนี้เป็น สิ่งจำเป็นมาก แม้จะยากลำบากแต่ต้องพยายาม

## ความเห็นต่อการแยกหน่วยบริการทางแพทย์แต่ละระดับ

จำเป็นครับ เพียงแต่การปฏิบัติจะต้องมีรายละเอียดที่ต้องมีการพัฒนาในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเป็นจริงให้ได้ ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการที่จะต้องพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นที่ตั้งทางภูมิศาสตร์, การสนับสนุนส่งเสริมหน่วยปฐมภูมิ, การสร้างความเข้าใจต่อประชาชนผู้รับบริการ ฯลฯ

รพ.เอกชนนั้นมีเจตนารมณ์เป็นธุรกิจที่แสวงกำไร เพียงแต่การเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการประจำในระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นประกันสังคม หรือแม้แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น บางครั้งถึงแม้จะไม่ได้กำไรที่เป็นตัวเงิน (NON-CASH GAIN) แต่ รพ.อาจได้กำไรจาก "การพัฒนาขีดความสามารถทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูงหรือตติยภูมิ" เป็นผลตอบแทน ทำให้ รพ.เอกชนหลายแห่งมีขีดความสามารถที่ทำให้มีผู้ใช้บริการด้วยทุนส่วนตัว (SELF PAYER) ที่เป็นเป้าหมายผลประโยชน์ทางธุรกิจเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้กำไรที่เป็นเงินสด (CASH GAIN) จากผู้ใช้บริการส่วนนี้จะต้องนำมาเจือจางต่อการขาดทุนจากผู้ใช้บริการสิทธิบัตรทองและอื่นๆ ก็ตาม ทั้งนี้ รพ.เอกชนบางแห่งได้ปรับแก้ด้วยการบริหารต้นทุนที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ยังคงมีกำไรได้ ถึงแม้ส่วนต่างกำไร (PROFIT MARGIN) จะลดต่ำกว่าจากเดิมที่ไม่ได้เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ก็ตาม

อย่างไรก็ตาม รพ.เอกชนหลายแห่งก็ถือว่าการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ เป็นความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นภาคธุรกิจด้วยกันมองว่าเป็นแนวทางดำเนินงานที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม หรือ Corporate Social Responsibility (CSR)

การวางแผนการจัดบริการทางการแพทย์ใน รพ. จึงจำเป็นต้องจำแนกผู้ใช้บริการออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ใช้บริการด้วยทุนส่วนตัว กับส่วนที่ใช้บริการด้วยระบบกองทุนรักษาพยาบาลภาครัฐ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจในอนาคตระยะยาวนั้น โดยส่วนตัวแล้วเห็นว่าจำเป็นอย่างมากที่จะต้องรวมระบบการรักษาพยาบาลที่เป็นกองทุน ทั้งกองทุนประกันสังคมและงบประมาณตาม พ.ร.ฎ. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ เข้าเป็นระบบเดียว โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรจะเป็นผู้บริหารเงินกองทุนที่ควรรวมนี้ ทั้งนี้ความเห็นนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าการเปลี่ยนแปลงนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากความกล้าหาญของผู้บริหารราชการแผ่นดิน หากสมมติฐานนี้เป็นไปไม่ได้แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต ก็คงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปัจจุบัน

## นโยบายรัฐที่ควรพิจารณาดำเนินการนำไปพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

ควรจัดระบบปฐมภูมิกระจายให้เข้าถึงชุมชนให้ได้จำนวนมากๆ ในระยะสั้น เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความสะดวกและลดการใช้บริการในรพ.หรือ หน่วยทุติยภูมิขึ้นไปลง ขณะเดียวกันให้หน่วยทุติยภูมิวางตัวเป็นหน่วยสนับสนุนให้ได้เพื่อให้เกิด ระบบการบริการทางการแพทย์อย่างเป็นลำดับขั้น เท่าที่ออกความเห็นมานี้มันก็เป็นหลักการที่เข้าใจกันอยู่แล้ว แต่ที่ทำได้นั้นก็เพราะความจำกัดของอุปทาน และความต้องการของอุปสงค์ที่เขตเมือง หรือเขตชนบทของไทยนั้นมันยังไม่พบ ความสมดุล ...ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ...พูดง่ายครับ...แต่ทำยาก ...แต่ต้องพยายามทำกันต่อไป

## สาระสำคัญจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับความคาดหวังต่อบทบาท

### ของแต่ละภาคส่วนในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร

#### ก. รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานบริหารพื้นที่

- 1) ประเมินความต้องการจำเป็นในแต่ละพื้นที่/ชุมชน
- 2) การจัดสรรทรัพยากรใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
- 3) กระจายบุคลากรสุขภาพให้ทั่วถึง หาทางแก้ไขปัญหา ineffective providers
- 4) ส่งเสริมหรือสร้างให้เกิดความรับรู้คุณค่าของแพทย์และบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในระดับต่างๆ
- 5) ให้คำนึงไว้เสมอว่า สุดท้ายแล้วระบบจะดีหรือไม่ดี คนในระบบจะทำงานแล้วดีหรือไม่ดี คนตอบก็คือประชาชน
- 6) ควรศึกษาวิถีหรือมาตรการที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 7) ต้องหาทางใช้ภาคเอกชนมาช่วยดูแลประชาชนอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาความคุ้มค่า คุณภาพ และให้สามารถเป็นที่พึ่งได้จริง ทั้งนี้คำถามที่ควรค้นหาคำตอบได้แก่ จะคบหาเอกชนได้อย่างไร? จะทำให้โปร่งใส และตรวจสอบได้อย่างไร? จะป้องกันภาวะ information asymmetry และการเอาเปรียบได้อย่างไร? จะทำอย่างไรให้เกิดระบบที่ช่วยกำกับ และตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ?
- 8) ควรสร้างมาตรการหรือนโยบายที่เพิ่มโอกาสสำหรับผู้ประกอบการท้องถิ่นให้อยู่รอดได้
- 9) การพัฒนาระบบเขตสุขภาพโดยเน้นการสร้างเครือข่าย และตั้งกฎกติกาในการส่งต่อข้ามเขต การพัฒนาแผนเขตสุขภาพโดยวางหมากการพัฒนาให้แต่ละเขตเด่นด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ภาพรวมของประเทศมีความสามารถในการแข่งขันระดับนานาชาติได้

#### ข. หน่วยบริการ

- 1) พัฒนาศักยภาพปฐมภูมิให้มีความหลากหลาย และตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคนเมือง หากมุ่งไปยังคนเศรษฐกิจฐานดี ก็ควรมีบริการที่เน้นข้อมูล ภาวะเจ็บป่วย และทางเลือกที่เหมาะสมทั้งในเรื่องแพทย์ โรงพยาบาล หรือ intervention ในขณะที่หากจะมุ่งไปที่กลุ่มคนยากจน ก็ควรเน้นเรื่องการเข้าถึงบริการ

- 2) ควรใช้โครงสร้างพื้นฐานอย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น หากต้องการให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทำหน้าที่แบบโรงพยาบาลชุมชน ก็ต้องพัฒนาให้มีเตียงผู้ป่วยสำหรับดูแล แต่หากทำไม่ได้หรือไม่ทำเช่นนั้น ก็ควรที่จะลดขนาดประชากรที่รับผิดชอบโดยปรับให้เหมาะสมกับศักยภาพ และพูดคุยหารือกับ key actors อื่นๆ ในพื้นที่
- 3) ต้องมีรพ.ใหญ่ที่พร้อมช่วยเหลือสนับสนุนหน่วยบริการเล็กๆ เพื่อให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- 4) หามาตรการที่จะประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน/โรงพยาบาล โดยอาจอาศัยผู้มีบารมีที่จะช่วยให้แต่ละที่ลดทิวหรือลดการยึดมั่นถือมั่นตัวตน ให้หันมาช่วยกันทำมากกว่าแข่งขันกัน
- 5) ลดความทับซ้อนของพื้นที่ให้บริการ
- 6) พัฒนาระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
- 7) พัฒนาเครือข่ายเชื่อมต่อบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้ไร้รอยต่อ

#### ค. หน่วยงานบริหารกองทุนสุขภาพ

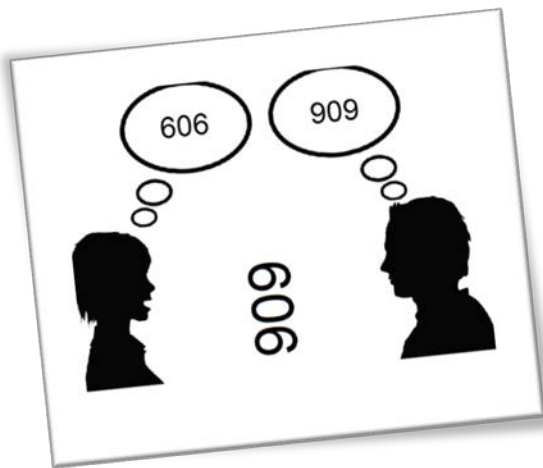
สร้างกลไกการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับระบบ Gatekeeper เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและประหยัดค่าใช้จ่าย

## การอภิปรายผลการศึกษา และสังเคราะห์แนวทางพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียข้างต้น อันหมายรวมถึงประชาชนผู้ที่มีสิทธิรักษาพยาบาลของประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารสถานบริการ ผู้บริหารกองทุนสุขภาพ ฝ่ายการเมือง และนักวิชาการในสถาบันการศึกษา สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

### มุมมองต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

...ปฐมภูมิ...ความหมายอยู่ที่ “คุณค่าที่นำส่ง” มิใช่ที่ “คำจำกัดความ”...



คำว่า “บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” นั้นเป็นคำที่ดี แต่ไม่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใดที่สามารถให้คำจำกัดความได้อย่างมั่นใจ คำตอบส่วนใหญ่จากประชาชนมีอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่ ไม่ทราบและไม่แน่ใจ ในขณะที่กลุ่มบุคลากรสุขภาพทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานนั้นเข้าใจความหมายของบริการปฐมภูมิโดยยึดติดกับลักษณะของสถานบริการแต่ละขนาด ส่วนกลุ่มนักวิชาการจากในสถาบันการศึกษาต่างๆ นั้นมักออกตัวไม่ยึดติดกับ

ความหมายของบริการปฐมภูมิเพราะไม่สามารถจำแนกแยกแยะออกมาอย่างชัดเจนได้ แต่มุ่งเน้นไปที่การดูแลสุขภาพประชาชนที่ครอบคลุมตั้งแต่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

ประชาชนทั้งสองสิทธิให้ความหมายในทางปฏิบัติว่า บริการปฐมภูมิเป็นบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้นที่พบบ่อย หรือสอดคล้องกับชีวิตของตนเองหรือครอบครัว ได้แก่ การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือโรคทั่วไป การดูแลรักษาอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย การส่งเสริมสุขภาพ/ให้คำปรึกษาสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะ

ทั้งนี้บริการสุขภาพที่ประชาชนได้นำเสนอมาทั้ง 6 ประเภทนั้นไม่มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใดที่เห็นขัดแย้ง หรือเห็นว่าไม่สอดคล้องกับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันแต่อย่างใด ทั้งนี้บริการที่ต้องการจำเป็ดังกล่าวมานั้นไม่ได้ยึดติดกับลักษณะของหน่วยบริการ และสังกัด

## ลักษณะประชากรแต่ละสิทธิ และพฤติกรรมการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย

...ร่องรอยหลักฐานกับคำใบ้สำหรับการออกแบบสิ่งแทรกแซงด้านสุขภาพ...

จากผลสำรวจ กลุ่มสิทธิข้าราชการมีอายุเฉลี่ยและมีสัดส่วนของการมีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มสิทธิประกันสังคม โรคประจำตัวที่ได้รับการระบุในกลุ่มตัวอย่างข้างต้นนั้น กลุ่มข้าราชการจะเป็นโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุและพฤติกรรมบริโภคในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคม

จากการประเมินพฤติกรรมการตัดสินใจไปรับการดูแลรักษาพยาบาลในอดีตที่ผ่านมา กลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการกว่าร้อยละ 60 เลือกว่าจะไปที่สถานพยาบาลภาครัฐ แต่กลุ่มผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมกว่าร้อยละ 80 จะไปที่สถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เรื่องความสะดวกในการเข้าถึงสถานพยาบาล (ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน) และการใช้สิทธิตามสถานพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้หรือมีสิทธิใช้บริการนั้น รวมกันแล้วถือเป็นเหตุผลหลักของการเลือกใช้สถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70



กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้ที่มีสิทธิข้าราชการได้มีการรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองยามที่เจ็บป่วย ในขณะที่กลุ่มผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมนั้นมีถึงร้อยละ 40 ที่มีการรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเช่นกัน เหตุผลส่วนใหญ่ที่ตัดสินใจจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง คือการไปรับการรักษาที่อื่นๆ ตามสะดวก/ยามจำเป็น หรือการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนที่เบิกตามสิทธิไม่ได้ ซึ่งเป็นหลักฐานนี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่าประชาชนทั้งสองสิทธินี้มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมอยู่แล้วโดยยังไม่เคยมีระบบการติดตามข้อมูลเช่นนี้อย่างเป็นทางการมาก่อน ทั้งนี้อาจมีนัยยะให้เข้าใจได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนของประเทศนั้นอาจสูงกว่าที่คาดหมายไว้ และจำเป็นที่จะต้องมีการเน้นเรื่องการควบคุม ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังมากขึ้น

ในยามเจ็บป่วย ประชาชนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองสิทธินี้มักไปรับบริการดูแลสุขภาพที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป ที่มีราวครึ่งหนึ่งที่ตัดสินใจไปรับการดูแลในสถานบริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่โรงพยาบาล เช่น ร้านขายยา คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุข ฯลฯ ด้วยเหตุผลหลักคือความสะดวกในการเข้าถึง และใช้เวลาน้อยกว่าไปโรงพยาบาล ข้อค้นพบจากการสำรวจนี้ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้สำหรับการลดความแออัดในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลประชาชนที่เป็นโรคทั่วไป ในขณะที่การจะสร้างมาตรการจูงใจให้ประชาชนไปใช้บริการอื่นๆ ในสถานบริการปฐมภูมินั้นอาจมีความทำ

หาย และต้องอาศัยผลการศึกษาปัจจัยเชิงลึก ทั้งระดับบุคคลและปัจจัยเชิงระบบมาพิจารณา ดังจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

### **ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนในสังคมเมืองเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพแต่ละประเภท**

...ระบบสุขภาพเป็นระบบที่มีชีวิต ที่ต้องพัฒนาด้วยศาสตร์และศิลป์ มองคน ไม่ใช่มองแต่ตัวเลข...



บริการสุขภาพแต่ละประเภคนั้นมีลักษณะของบริการและบริบทแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของประชาชนแต่ละสิทธิในการไปรับการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้จำแนกการวิเคราะห์ออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเชิงระบบ และทำการเปรียบเทียบให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และการตัดสินใจเลือกไปรับการดูแลสุขภาพที่สถานบริการแต่ละประเภท (ดังรูปที่ 2) ทั้งนี้เป็นการจูงใจให้เห็นว่าธรรมชาติของคนนั้นเป็นเช่นไร และนำไปสู่การสังเคราะห์มาตรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองให้ตอบสนองต่อความต้องการและวิถีชีวิตของประชาชน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจนั้นแบ่งเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ปัจจัยที่หนุนให้ไปรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาล และปัจจัยที่หนุนให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำมาพิจารณาพัฒนามาตรการหรือนโยบายสาธารณะในอนาคต โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้

- ก. มาตรการที่มุ่งตรงไปที่ประชาชน (Population based strategy)
- ข. มาตรการสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ (Non-hospital based strategy)
- ค. มาตรการสำหรับโรงพยาบาล (Hospital based strategy)

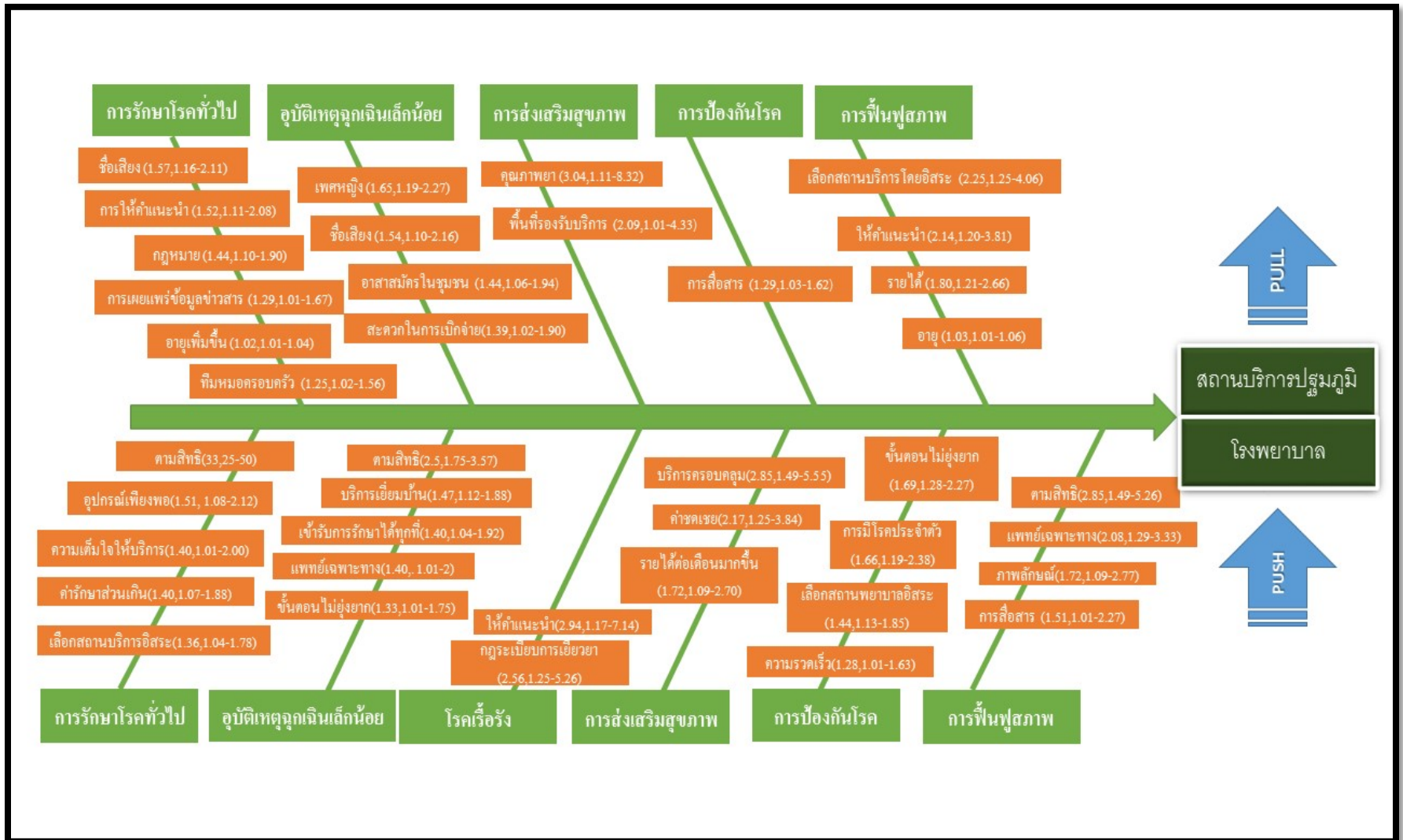
ทั้งนี้มาตรการที่จะพัฒนาขึ้นมาใช้นั้น สามารถทำได้ทั้งในเชิงเกื้อหนุน/เสริมสร้าง/เชิงบวก และ/หรือในเชิงปิดกั้น/เชิงลบ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ของแต่ละปัจจัยที่ได้จากผลการศึกษามาเป็นตัวแปรสำคัญสำหรับพัฒนามาตรการหรือนโยบายที่ต้องการ อย่างไรก็ตามกฎเกณฑ์สำคัญของการดำเนินการดังกล่าวนี้คือการคิดออกจากดินแดนหรือกรอบที่คุ้นเคย เพื่อให้เกิดทางเลือกเชิงนโยบายใหม่ ภาวการณ์ร่วมมือใหม่ และตลาดสาธารณสุข (public health market) ใหม่ในสังคม ในการวิจัยครั้งนี้จะขอเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มาตรการเพื่อพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิให้มีลักษณะที่พึงประสงค์ และสามารถดึงดูดประชาชนให้มารับบริการดูแลรักษาได้ตามสมควร และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ซึ่งหมายรวมถึงทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง เพื่อหวังจะปรับแต่งให้ทำงานร่วมกันได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน มีประสิทธิภาพ และมีความสุข

### **มาตรการเพื่อพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิเขตเมือง**

สำหรับมาตรการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลในระบบกองทุนสุขภาพต่างๆ หรือที่ไม่ได้เป็นเครือข่าย เพื่อที่จะให้มีคุณสมบัติที่พึงปรารถนาและสอดคล้องกับชีวิตของประชาชนที่มีสิทธิข้าราชการและประกันสังคม สามารถจำแนกตามลักษณะบริการทั้ง 6 ประเภท โดยสรุปได้ตามการดพลั่งที่คาดหวังผลได้ (Primary care power cards) ดังนี้



รูปที่ 2: ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล



## กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป

หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะสามารถสรุปได้ว่า ในกรณีที่ต้องการปรับแต่งรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโรคทั่วไป และมีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ไปใช้บริการตรวจรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิที่มีในระดับโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการที่มีอยู่นั้นให้มีคุณลักษณะสำคัญดังนี้



- เสริมสร้างความน่าเชื่อถือ ชื่อเสียงค้ำชู ผ่านมาตรการพัฒนาภาพลักษณ์สถานบริการ
- เสริมความเข้มแข็งในบริการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา และการให้ความรู้และความเข้าใจเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชน (เช่น มาตรการดูแล/ชดเชยกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์)
- เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสถานบริการสู่สาธารณะ ผ่านช่องทางต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ
- การจัดให้มีเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำหน้าที่ดูแลตั้งแพทย์ประจำครอบครัวในชุมชน และช่วยเหลือ ประสานงาน ยามเกิดปัญหาหรือความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ
- เน้นประชาสัมพันธ์ เชิญชวนประชาชนกลุ่มสูงอายุ หรือที่อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไปให้ทราบถึงสมรรถนะของสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน เพื่อให้ตัดสินใจไปใช้บริการ แทนที่จะต้องไปที่โรงพยาบาล
- การกำหนดสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยให้ลงทะเบียนในระบบที่เอื้อให้การเบิกจ่าย ณ สถานบริการปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาลเป็นไปได้อย่างสะดวก
- การเสริมสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอ ให้แก่สถานบริการที่มีโรงพยาบาล
- การอบรมบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิให้แสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการดูแลรักษา
- การพิจารณาใช้ระบบ Gatekeeping โดยกำหนดให้ทุกคนไปรับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปจากสถานบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ และใช้ระบบส่งตัวมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลยามจำเป็น



การสร้างภาพลักษณ์ที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น 57%



กระบวนการให้คำแนะนำที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 52%



การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่สาธารณะ จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 29%



อายุที่มากขึ้นทุกๆ 1 ปี จะมีแนวโน้มมาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 2%



การจัดให้มีเครือข่ายบุคลากรในชุมชนช่วยประสานงานจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 25%



การจัดการกฎหมายที่ดูแลยามเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 44%

### การดูแลรักษาอุบัติเหตุเล็กน้อย



หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะสามารถสรุปได้ว่า ในกรณีที่ต้องการปรับแต่งรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ถูกเงิน และมีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ไปใช้บริการตรวจรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิที่มีไ้ระดับโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนพัฒนาให้สถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการที่มีอยู่นั้นมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

- การประชาสัมพันธ์ระบบบริการดูแลรักษาของสถานบริการปฐมภูมิโดยเน้นการเข้าถึงประชาชนเพศหญิง
- เสริมสร้างความน่าเชื่อถือ ชื่อเสียงคูนู ผ่านมาตรการพัฒนาภาพลักษณ์สถานบริการ
- การจัดให้มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขหรือทีมหมอบครอครัวในพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ประสานงานอำนวยความสะดวกประชาชนในการเข้ารับการตรวจรักษา และการอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- การกำหนดสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยให้ลงทะเบียนในระบบที่เอื้อให้การเบิกจ่าย ณ สถานบริการปฐมภูมิที่มีไ้โรงพยาบาลเป็นไปได้อย่างสะดวก
- การพิจารณาใช้ระบบ Gatekeeping โดยกำหนดให้ทุกคนไปรับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปจากสถานบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ และใช้ระบบส่งตัวมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลยามจำเป็น
- การจัดบริการเยี่ยมบ้าน โดยอาจมีแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลเครือข่ายที่เป็นพี่เลี้ยงในกรณีจำเป็น



ยามเกิดอุบัติเหตุเล็กน้อย เพศหญิงจะมีแนวโน้มมาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิมากกว่าเพศชาย 65%



การสร้างภาพลักษณ์และชื่อเสียงที่ดี จะดึงดูดประชาชนมารับการดูแลรักษาได้มากขึ้น 54%



การจัดให้มีเครือข่ายบุคลากรในชุมชนช่วยประสานงานจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 44%



การอำนวยความสะดวกเรื่องการเบิกจ่ายค่าดูแลรักษาพยาบาลจะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 39%

## การป้องกันโรค

หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะสามารถสรุปได้ว่า ในกรณีที่ต้องการปรับแต่งรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนที่มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ไปใช้บริการป้องกันโรคที่สถานบริการปฐมภูมิที่มีไ้ระดับโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนพัฒนาให้สถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการที่มีอยู่นั้นมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้



- การสร้างให้มีช่องทางที่ประชาชนสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการได้อย่างสะดวกและหลากหลาย เช่น โทรศัพท์ Facebook Line Twitter ฯลฯ
- การพัฒนาระบบบริการป้องกันโรค ณ สถานบริการปฐมภูมิให้มีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน และรวดเร็ว
- การพัฒนาระบบบริการที่สร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนผู้ที่มีโรคประจำตัว อาทิเช่น ระบบการเฝ้าระวังเวลามีปัญหา ระบบการปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางที่จำเป็น ร่วมกับการพัฒนาภาพลักษณ์/ความน่าเชื่อถือ เป็นต้น
- การพิจารณาใช้ระบบ Gatekeeping โดยกำหนดให้ทุกคนไปรับบริการป้องกันโรคจากสถานบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ



การสร้างช่องทางสื่อสารสาธารณะ จะดึงดูดประชาชนมารับบริการได้มากขึ้น 29%



### การส่งเสริมสุขภาพ

หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะสามารถสรุปได้ว่า ในกรณีที่ต้องการปรับแต่งรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนที่มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ไปใช้บริการส่งเสริมสุขภาพที่สถานบริการปฐมภูมิที่มีใช้ระดับโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนพัฒนาให้สถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการที่มีอยู่นั้นมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

- การพัฒนาจัดสรรให้สถานบริการปฐมภูมิมีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน พร้อมพัฒนาภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของสถานบริการให้สื่อถึงคุณสมบัติข้างต้น
- การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด
- การจัดบริการที่หลากหลาย ครอบคลุม/ครบถ้วน
- การส่งเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่ามีกลไกและกฎระเบียบที่ชัดเจนในการ ดูแล เยียวยา หากเกิดปัญหาไม่พึงประสงค์จากการรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ
- การพัฒนามาตรการจูงใจให้กลุ่มผู้มีรายได้สูงให้มาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิ เช่น การสร้างภาพลักษณ์บริการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่ทันสมัย การประชาสัมพันธ์เรื่องการอำนวยความสะดวก และเวลาในการรอคอย ฯลฯ



เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีและได้มาตรฐาน จะช่วยดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการได้มากขึ้น 3 เท่าตัว



การจัดพื้นที่รองรับการบริการอย่างเพียงพอไม่แออัด จะช่วยดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการมากขึ้น 2 เท่าตัว

## การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง

หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะสามารถสรุปได้ว่า ในกรณีที่ต้องการปรับแต่งรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วย



จากโรคเรื้อรัง และมีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ไปใช้บริการตรวจรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิที่มีใช้ระดับโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนพัฒนาให้สถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการที่มีอยู่นั้นมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

- การทำให้สถานบริการปฐมภูมิสามารถให้คำแนะนำที่ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ
- การส่งเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่ามีกลไกและกฎระเบียบที่ชัดเจนในการ ดูแล เยียวยา หากเกิดปัญหาไม่พึงประสงค์จากการรับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ

## การฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะ

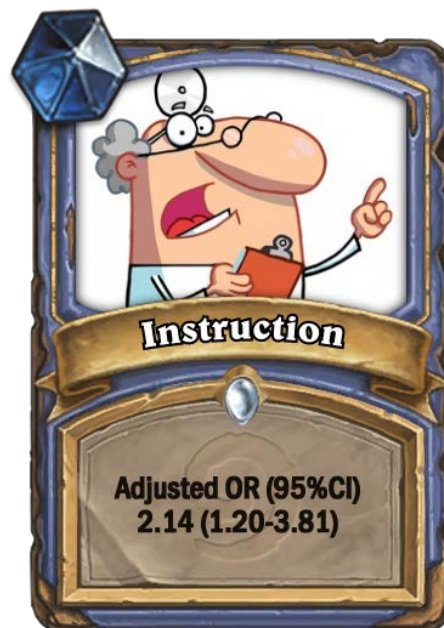
หากพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะสามารถสรุปได้ว่า ในกรณีที่ต้องการปรับแต่งรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนที่มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม ไปใช้บริการฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะที่สถานบริการปฐมภูมิที่มีใช้ระดับโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนพัฒนาให้สถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายบริการที่มีอยู่นั้นมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

- การพิจารณาใช้ระบบ Gatekeeping โดยกำหนดให้ทุกคนไปรับบริการฟื้นฟูสภาพจากสถานบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ โดยมีจำนวนสถานบริการที่เพียงพอให้เป็นทางเลือกเข้ารับบริการโดยอิสระ
- การพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิให้สามารถให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมและครบถ้วน
- การประชาสัมพันธ์บริการฟื้นฟูสภาพที่ได้มาตรฐาน ในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อยกว่า 15,001 บาทต่อเดือน และในกลุ่มที่วัยกลางคนขึ้นไปให้ทราบ และสนใจมารับบริการ ณ สถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน
- การพัฒนากลไกการบริการที่มีแพทย์เฉพาะทางมาร่วมให้บริการดูแลหรือปรึกษา ณ สถานบริการปฐมภูมิสำหรับกรณีจำเป็น
- การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการให้มีความทันสมัย
- การสร้างช่องทางสำหรับประชาชนในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการเพื่อใช้ในการปรึกษาประสานงาน หรือนัดหมายบริการ





จำนวนสถานบริการที่เพียงพอให้เป็นทางเลือกเข้ารับบริการโดยอิสระ จะดึงดูดให้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น 2.25 เท่า



การให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมและครบถ้วน จะดึงดูดให้มาใช้บริการได้เพิ่มขึ้น 2.14 เท่า



ประชาชนที่มีรายได้ตั้งแต่ 15,000 บาทต่อเดือนลงมา จะมีแนวโน้มมารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิมากกว่ากลุ่มรายได้สูงกว่าถึง 1.8 เท่า

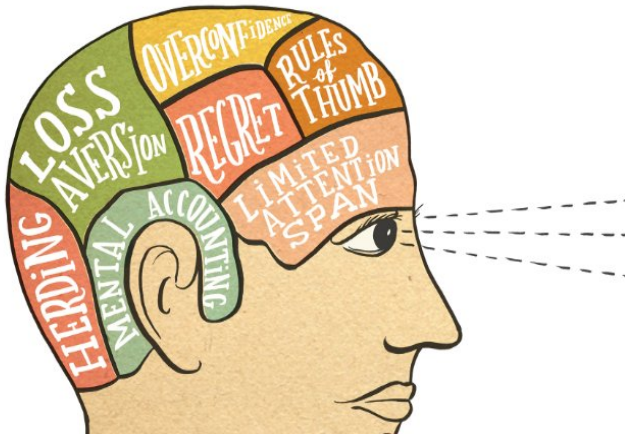


อายุที่มากขึ้นทุกๆ 1 ปี จะมีแนวโน้มมาใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 3%

## ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

จากมาตรการพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิเขตเมืองข้างต้น อาจไม่สามารถดำเนินการได้ในวงกว้าง หากปราศจากการสนับสนุนเชิงนโยบายระดับมหภาคจาก“รัฐ” อันหมายรวมถึงรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานบริหาร/ปกครองส่วนท้องถิ่น หากวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามในระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในปัจจุบัน พอดีจะสรุปยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองได้ดังนี้

### สะกิดพฤติกรรม (Nudging)



กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- 1) สร้างกลไกติดตาม ศึกษา ทำความเข้าใจพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- 2) พัฒนามาตรการดึงดูดให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มารับการดูแลสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics) โดยการสะกิด (Nudge) ผ่านการใช้มาตรการที่สัมพันธ์กับอคติในการตัดสินใจของมนุษย์เพื่อให้กระทำการที่ถูกต้องเหมาะสม (Behavioral biases)
- 3) จูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลรักษาสุขภาพ จาก“บริการสุขภาพ (Health service)” ไปเป็น “ประสบการณ์สุขภาพ (Health experience)” เพื่อลดความขัดแย้ง ความเสี่ยง และความกลัวจากการมองระบบสุขภาพเป็นระบบบริการ และเน้นให้เกิดประสบการณ์สุขภาพที่มีผลจากการมีปฏิสัมพันธ์และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

เติมทักษะคนทำงาน สร้างหลากหลายบริการ พัฒนาและพุ่มพักเครือข่าย

(Fostering skills, healthcare experience innovations, and networks)



กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

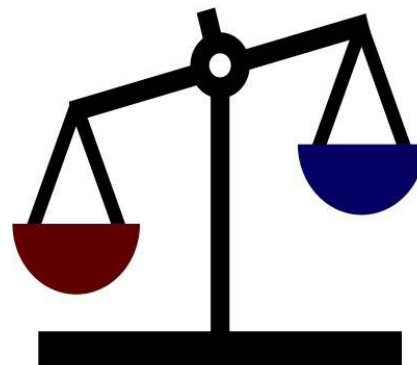
- 1) พัฒนาทักษะให้แก่บุคลากรในแต่ละระดับเพื่อให้ตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม พร้อมวางระบบการถ่ายทอดทักษะระหว่างบุคคล
- 2) สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และลดภาระบุคลากรสุขภาพในระยะยาว
- 3) สร้างเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ (Health professional network/group) ที่ประกอบด้วยหลากหลายสาขาที่สัมพันธ์กับลักษณะประชากรในพื้นที่ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีและความมั่นใจทั้งต่อประชาชนและต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงาน
- 4) สร้างภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องต่อวิถีชีวิตของประชากร โดยครอบคลุมถึงด้านการบริโภค อุบัติเหตุ ที่อยู่อาศัย การนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ การสื่อสาร การทำงาน และการเรียนรู้ เพื่อสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในชุมชนในการดูแลสุขภาพประชากร และนำไปสู่การปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อสุขภาพให้ก้าวไปสู่ “สุขภาพดีด้วยมือของทุกคน (Health by All)”

## ปรับสมดุลอำนาจ ถ้ายโองงานและทรัพยากร

(Balancing resources, works, and power)

กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- 1) จัดตั้งระบบการดูแลรักษาแบบเป็นขั้นตอน โดยกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเลือกเข้ารับบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และมีระบบส่งต่อกรณีเกิดปัญหาสู่กลุ่มโรงพยาบาลพี่เลี้ยง
- 2) สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสถานบริการปฐมภูมิเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้แข็งแกร่งและตรงตามความต้องการของประชาชน และสำหรับโรงพยาบาลเพื่อปรับแต่งระบบการทำงานและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้พร้อมเป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา
- 3) เสริมสร้างความแตกฉานด้านบริการสุขภาพ (Health services literacy) เพื่อเพิ่มพลังการตัดสินใจในไปรับการดูแลรักษาสำหรับประชาชน
- 4) ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน/ผู้ป่วย/ญาติสนิท ในกระบวนการดูแลสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นการพัฒนาฐานทางวัฒนธรรมของสังคมไทยให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร
- 5) พัฒนาระบบการติดตาม กำกับ ประเมินคุณภาพมาตรฐานของแต่ละประเภทของบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมจัดกระบวนการเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเชิงบวกยามเกิดปัญหา โดยครอบคลุมทั้งเรื่องบุคลากร ข้อมูลสารสนเทศ เวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ กระบวนการดูแลรักษา การบริหารจัดการ และเรื่องงบประมาณ



## ปรับโครงสร้างและกลไกการเงินการคลัง

(Restructuring financial mechanism)

กลยุทธ์ที่ควรพิจารณา:

- 1) แก้ไขปัญหาความล้มเหลวด้านการเบิกจ่าย ราคาบริการ งบประมาณจ่ายต่อหัว ของแต่ละกองทุนสุขภาพสำหรับบริการปฐมภูมิทั้ง 6 ประเภทอันถือเป็นบริการพื้นฐานที่พึงปรารถนาของประชาชน โดยกำหนดให้เหมือนกันเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียว
- 2) ปลดล็อกเรื่องกำหนดสถานบริการที่รับขึ้นทะเบียนสิทธิรายแห่ง โดยจัดกลุ่มเป็นเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ และกลุ่มโรงพยาบาลพี่เลี้ยง/แม่ข่าย ให้เป็นการบริหารงบประมาณรายเครือข่าย/รายพื้นที่



## ปัจฉิมบท

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมือง (กทม.) ที่นำเสนอในรายงานวิจัยชิ้นนี้จำแนกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. มาตรการในการพัฒนาระบบและโครงสร้างบริการเดิมที่มีอยู่ โดยแบ่งตามลักษณะบริการทั้ง 6 ประเภท
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่า พื้นที่กทม. นั้นมีความซับซ้อนในการบริหาร เพราะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เช่น กทม. กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคเอกชน และกองทุนสุขภาพที่มีผลต่อการจัดบริการแก่ประชาชนทั้งสองสิทธิ โดยปัญหาความซับซ้อนดังกล่าวก็นำมาซึ่งความขัดแย้ง และความสับสนในการจัดระบบบริการทางการแพทย์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจนยากที่จะแก้ไข

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงตั้งใจที่จะระบุว่า "รัฐ" ให้เป็นกลไกหลักในการดูแลและจัดการปัญหา โดยหมายความว่าจำเป็นต้องมีกลไกในระดับที่สูงกว่ากทม. สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุข เช่น คณะกรรมการระดับชาติที่มีนายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอำนาจตัดสินใจจากนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน โดยมีตัวแทนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพร้อมกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม มาร่วมด้วยช่วยกันพิจารณาขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ที่ได้นำเสนอในงานวิจัยชิ้นนี้ มิใช่ให้ต่างคนต่างไปทำกันเอง

ในขณะเดียวกันมาตรการที่จำแนกตามลักษณะบริการนั้น คณะผู้วิจัยหวังที่จะนำเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ ต่อยอดจากระบบบริการที่แต่ละหน่วยงานมี เพื่อขับเคลื่อนกันได้อย่างแบบล่างขึ้นบน ระหว่างที่รอกฎหลักจากรัฐที่จะผลักดันยุทธศาสตร์จากบนลงล่าง ทั้งนี้หน่วยงานใดมีระบบบริการหรือรับผิดชอบด้านนั้นๆ อยู่แล้วก็สามารถเลือกนำไปปฏิบัติได้เองตามความพร้อมและตามความเหมาะสม

ระบบบริการปฐมภูมินั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมเศรษฐกิจเช่นในปัจจุบัน การพัฒนาระบบแบบมีส่วนร่วม ทั้งบนลงล่างและล่างขึ้นบน จะทำให้ระบบบริการนั้นเป็นไปได้อย่างราบรื่นและตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของประชาชน ในขณะเดียวกันก็จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการดำเนินการในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต ควรคำนึงถึงลักษณะอันเป็นปัจเจกของเขตเมืองแต่ละแห่ง และดำเนินการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่นั้น
  2. ควรมีการพัฒนาโมเดลหรือนวัตกรรมบริการปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นในชีวิตของประชากรในพื้นที่
  3. ควรมีการคาดประมาณสมรรถนะของระบบบริการประเภทต่างๆ ในการรองรับความต้องการของประชากร
  4. ควรศึกษารูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในพื้นที่เขตเมือง เพื่อช่วยในการตัดสินใจระดับนโยบาย
-