

รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่มที่ 1

สรุปเนื้อหาสำคัญ

โครงการวิจัยและพัฒนา

กระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป



สำนักงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขที่	
เลขที่เอกสาร	HS.0080. ก2
วันที่	8 เดือน ๓๓ ปี ๕๕

W
89
ส174ส
2542
ก2

สนับสนุนงบประมาณ โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นโครงการที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากสถานการณ์ที่มีปัญหาสมองไหลและปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ เมื่อปี พ.ศ. 2533 นักวิชาการและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องต่างเห็นวาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป น่าจะเป็นคำตอบหนึ่งในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ แต่ปัญหาหรือคำถามใหญ่ที่สืบเนื่องต่อมา คือ จะพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ให้เข้มแข็ง และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มคนต่างๆ ทั้งส่วนที่เป็นประชาชนและบุคลากรในวิชาชีพได้อย่างไร จึงเริ่มมีความพยายามที่ดำเนินการพัฒนาเรื่องดังกล่าว จากส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโครงการศึกษาวิจัยนี้ขึ้น เพื่อศึกษารวบรวม ประเมินสถานการณ์ทั้งหมดของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปทั้งในประเทศไทย และประสบการณ์ในต่างประเทศ พร้อมกับศึกษาหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการนี้ ในระดับพื้นที่พร้อมกับพยายามหาข้อเสนอการพัฒนาในระดับประเทศ (ถ้าเป็นไปได้) โครงการนี้ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปีพ.ศ.2536 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของกระแสการปรับเปลี่ยนเรื่องระบบบริการส่วนต่างๆ ความคิดเห็น และความเข้าใจต่อระบบบริการนี้มีความหลากหลายทั้งเหมือนและต่างกันมาก จึงทำให้ในช่วงระยะแรกจึงเป็นช่วงที่ปรับความคิด ความเข้าใจ หาข้อสรุปต่อการพัฒนางานร่วมกันที่ต้องใช้เวลานาน ประกอบกับต้องมีการทดลองพัฒนาบริการที่เป็นสถานการณ์จริง เพื่อเป็นการพิสูจน์สมมติฐาน และความคิดเห็นต่างๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับรากฐานเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบงานต่างๆ

กระบวนการสำคัญที่ใช้ในโครงการนี้ คือการตั้งสมมติฐานของรูปแบบการพัฒนาในแต่ละพื้นที่ และทดลองดำเนินการ ควบคู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่ โดยที่นักวิจัยของโครงการฯ ทำหน้าที่จัดเวทีแลกเปลี่ยน ติดตาม สนับสนุนทางด้านวิชาการ และประสานการสนับสนุนทางด้านการบริหารและนโยบาย พร้อมกับรวบรวมผลงานของพื้นที่เพื่อการเปรียบเทียบ รวมทั้งจัดให้มีการระดมความคิดเห็นต่อข้อเสนอมาตรการทางนโยบายในการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และช่วยสนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการปฏิบัติงาน แต่เนื่องจากโครงการนี้ไม่มีงบประมาณที่จะสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการได้โดยตรง แต่เป็นการสนับสนุนด้านวิชาการ พื้นที่ต้องหางบประมาณเอง จึงทำให้การพัฒนาติดขัดบ้างในบางโอกาส อีกทั้งรูปแบบการพัฒนามีความหลากหลาย ชุดของข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบผลจึงทำได้ยาก และไม่สามารถเปรียบเทียบได้สมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตามโครงการฯ นี้ได้ดำเนินไปภายใต้การเรียนรู้และการปรับวิธีการศึกษาไปตลอด ทำให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องมากพอควร นอกจากนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการศึกษาครอบคลุมเนื้อหาที่ค่อนข้างกว้าง และบางช่วงโครงการฯ ต้องไปร่วมมือในการพัฒนาแผนงาน และการดำเนินการบางส่วนที่มีได้ตั้งไว้ในแผนปฏิบัติงาน จึงทำให้การดำเนินงานของโครงการฯ นี้ ใช้เวลายืดไปจากเดิมรวมทั้งขยายขอบเขตงานที่เป็นการประสานงานมากกว่าที่กำหนดในแผนงาน

อย่างไรก็ตาม โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนานี้เป็นการศึกษาที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ และพัฒนากระบวนการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการสาธารณสุขขึ้นแรก ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และต้องอาศัยความเข้าใจที่รอบด้าน และแผนการศึกษาที่หลากหลายแต่ต้องประสานต่อกันได้ อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน ต้องมีการปรับวิธีการ

ii

ศึกษาที่ทันกับสถานการณ์ มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โครงการนี้ถือเป็นบทเรียนที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการในระดับพื้นที่ และการเชื่อมต่อระหว่างบทเรียนของพื้นที่กับการพัฒนามาตรการเชิงนโยบาย

รายงานการศึกษานี้เป็นความพยายามที่จะรวบรวม สรุป และสังเคราะห์ประสบการณ์ที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาในโครงการนี้ทั้งหมดที่เป็นประเด็นสำคัญ รวมทั้งการพัฒนาในส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ที่ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องด้วย โดยจัดทำรายงานการศึกษากเป็น 2 เล่ม คือ

เล่มที่ 1 เป็นรายงานสรุปผลการศึกษาทั้งหมด

เล่มที่ 2 เป็นรายงานผลการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง และชนบท ในพื้นที่ต่างๆ

ซึ่งหวังว่าข้อมูลจากรายงานนี้จะเป็นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติครอบคลุม / ระบบบริการปฐมภูมิในอนาคตต่อไป

คณะผู้วิจัย

รายนามผู้วิจัย

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร | นักวิจัยหลักโครงการฯ รวม |
| 2. นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ | นักวิจัยหลักโครงการฯ รวม |
| 3. นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 4. นายแพทย์วินันท์ ศิริกนกวิไล | นักวิจัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 5. แพทย์หญิงนงน้อ นุริพันธุ์ภิญโญ | นักวิจัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 6. แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา |
| 7. นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น |
| 8. นายแพทย์วิชัย อัครภาคย์ | นักวิจัย จังหวัดขอนแก่น |
| 9. นายแพทย์พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ | นักวิจัยหลักในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ |
| 10. นายแพทย์อมร รอดคล้าย | นักวิจัยหลักในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ได้รับการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้บริหารของมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี รศ.นพ.วิชัย โปษยะจินดา ศ.นพ.ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์ ศ.นพ.สมพร โพธิ์นาม ศ.นพ.เฉลิม วราวิทย์ ศ.นพ.ประสงค์ ตู่จินดา นายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์มงคล ณ สงขลา และนายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ ตลอดจน นายแพทย์เอื้อพงศ์ จตุรธำรง นายแพทย์ทวี เลานพันธ์ ซึ่งโครงการฯ ต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

โครงการฯ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการ และช่วยเหลือในการดำเนินงานต่างๆ อันได้แก่ นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ ที่ให้การดูแลติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง นายแพทย์วิวัฒน์ ศิริกนกวิไล นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ แพทย์หญิงสมจิตร พุกะระวิธานนท์ นายแพทย์อุกฤษณ์ มลิณทรางกูร นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และ นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ ผู้แทนจากสำนักงานประมาณ ผู้แทนจากคณะกรรมการก.พ. คณะเจ้าหน้าที่ในกองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองการเจ้าหน้าที่ ที่สนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

การดำเนินงานของโครงการฯ สามารถดำเนินไปได้ต่อเนื่องเป็นอย่างดีอันเนื่องจากการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และการบริหารจัดการ การประสานงาน การดำเนินงานจากบุคลากรในหน่วยงานของโครงการฯทุกท่าน ซึ่งต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นอกจากนี้ขอขอบคุณทีมดำเนินงานทุกท่านในพื้นที่วิจัยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่ร่วมดำเนินการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างแข็งขัน ซึ่งนับว่าเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่สำคัญในโครงการนี้

สารบัญเนื้อหา

เรื่อง	หน้า
คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญ	iv
1. โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย	1
• หลักการและเหตุผล	1
• วัตถุประสงค์	3
2. ระเบียบวิธีการศึกษา	4
3. ประเด็นหลักของผลการศึกษางานวิจัยและพัฒนาทั้งหมด	8
• เนื้อหารายละเอียดของผลการศึกษาวิจัยและพัฒนา	11
3.1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการเวชปฏิบัติ	11
3.1.1 สถานการณ์ของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป	11
3.1.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป	12
3.1.3 สมมติฐานของขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป	15
3.2 การดำเนินงานพัฒนาและศึกษาวิจัย	16
3.2.1 ปรับแนวคิดใหม่ต่องานเวชปฏิบัติทั่วไป	16
3.2.2 การขยายแนวความคิดต่องานเวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	
แนวใหม่ไปสู่กว้าง	20
3.2.3 ประสานและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน	
เวชปฏิบัติทั่วไปด้วยวิธีคิดใหม่และวิธีการใหม่	21
3.2.4 การพัฒนากำลังคนควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการ	22
3.2.5 การเชื่อมโยงกับระบบศึกษาและสถาบันวิชาการในมหาวิทยาลัย	22
3.2.6 การประสานและผลักดันการจัดระบบสนับสนุนการพัฒนางานให้ยั่งยืน	23
3.2.7 การมีส่วนร่วมพัฒนานโยบาย แผนงานและมาตรการที่สนับสนุนการพัฒนา	
บริการเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิ	24
3.2.8 การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อการประเมินผล และประเมินแนวทางการพัฒนางาน	
ต่อเนื่องและเป็นข้อมูล ประกอบการเสนอแนะ	25
• ข้อเสนอสำคัญจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการปฐมภูมิ	26

	หน้า
4. สังเคราะห์บทเรียนการศึกษาวิจัยและพัฒนาทั้งหมด	34
4.1 มาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ และองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	38
4.2 องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป	43
4.3 บทเรียนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง	46
4.4 รูปแบบบริการแบบโอพีดี เทียบกับบริการแบบศูนย์แพทย์ชุมชน	47
4.5 บทบาทและศักยภาพของเทศบาลในการจัดบริการปฐมภูมิ	52
4.6 การพัฒนาบริการในเขตชนบท	54
4.7 บทบาทและศักยภาพของภาคเอกชน	56
4.8 การมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการปฐมภูมิ	58
4.9 การร่วมมือพัฒนาระบบบริการและระบบการศึกษากับโรงเรียนแพทย์	59
4.10 เงื่อนไขและมาตรการที่จำเป็นในระดับชาติ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาบริการ เวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิที่ดี	60
4.11 รูปแบบในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition) ของบริการปฐมภูมิ	62
4.12 บทเรียนและข้อจำกัดของกระบวนการทำงาน ในการศึกษาวิจัยและพัฒนานี้	62
 ◆ ภาคผนวก 1	
● การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในงานเวชปฏิบัติทั่วไป	64
1. องค์ประกอบเนื้อหาและกระบวนการสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านเวชปฏิบัติ ทั่วไป / เวชปฏิบัติครอบครัวในระดับอำเภอและตำบล	66
2. การพัฒนาทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป	73
 ◆ ภาคผนวก 2	
● ข้อมูลผลการศึกษาวิจัยย่อยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	77
ตารางที่ 1.1 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรก กรณีที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคทั่วไป /เจ็บเล็กน้อย ในกลุ่มผู้ใหญ่เขตเทศบาลเมืองอุมาตราชาร	77
ตารางที่ 1.2 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรก กรณีที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (การเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายและก่อนครั้งสุดท้าย) ในกลุ่มผู้ใหญ่เขตเทศบาล เมืองอุยธยา	78
ตารางที่ 1.3 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรก ในกลุ่มที่เป็น ไข้หวัด คออักเสบ ในกลุ่มผู้ใหญ่ เขตเทศบาลเมืองอุมาตราชาร	78
ตารางที่ 2.1 ร้อยละของพฤติกรรมดูแลสุขภาพขั้นแรก เมื่อเด็กเจ็บป่วย กรณีเด็กเป็นไข้หวัด ในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา	79

	หน้า
ตารางที่ 2.2 ร้อยละของพฤติกรรมดูแลสุขภาพขั้นแรกเมื่อเด็กเจ็บป่วย กรณีเป็นโรคเจ็บป่วยเล็กน้อยในพื้นที่เทศบาลเมืองอยุธยา	79
ตารางที่ 3.1 พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายจำแนกตามชุมชน ในพื้นที่เทศบาลเมืองหาดใหญ่ ในกลุ่มผู้ใหญ่	80
ตารางที่ 3.2 การใช้บริการตรวจรักษาโรคของเด็ก จำแนกตามชุมชน ในเทศบาลเมืองหาดใหญ่	80
ตารางที่ 4.1 ร้อยละของสถานที่ให้บริการที่ประชาชนนำเด็กไปรับวัคซีน พื้นที่เทศบาลเมืองอยุธยา	81
ตารางที่ 4.2 การรับการฉีดวัคซีนของเด็กจำแนกตามชุมชน ในพื้นที่เทศบาลเมืองหาดใหญ่	81
ตารางที่ 5.1 ลักษณะของปัญหาสุขภาพที่บอกโดยประชาชน จำแนกตามพื้นที่พักที่ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	82
ตารางที่ 5.2 ลักษณะปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามแผนกห้องตรวจ	82
ตารางที่ 5.3 ประเภทของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามลักษณะของบุคลากรที่ควรดูแลได้เหมาะสม	83
ตารางที่ 5.4 ร้อยละของจำนวนครั้งของการใช้บริการทั้งหมดที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่สามารถดูแลได้เหมาะสมด้วยบุคลากรระดับต่าง ๆ (จากการประมาณการด้วยสัดส่วนจากการศึกษานี้ กับข้อมูลการรายงานประจำปี)	83
ตารางที่ 6.1 ที่พักอาศัยของผู้รับบริการจำแนกตามแผนกต่าง ๆ โรงพยาบาลขอนแก่น	84
ตารางที่ 6.2 สัดส่วนของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ควรดูแลได้เหมาะสมโดยบุคลากรระดับต่าง ๆ ตามความเห็นของแพทย์/พยาบาล จำแนกตามห้องตรวจบริการ (คำนวณปรับตามโครงสร้างผู้รับบริการทั้งหมด แยกตามแผนกในปีงบประมาณ 2540) รพ.ขอนแก่น	84
ตารางที่ 7.1 สัดส่วนของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ดูแลได้เหมาะสม โดยบุคลากรระดับต่าง ๆ (เป็นร้อยละที่ปรับจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกทั้งหมดเฉลี่ยในปี 2538-2540)	85
ตารางที่ 8.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. พระนครศรีอยุธยา (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่)	86
ตารางที่ 8.2 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. พระนครศรีอยุธยา (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการทั้งหมด)	86
ตารางที่ 9.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ขอนแก่น (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่)	87

ตารางที่ 9.2	ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ขอนแก่น (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการทั้งหมด) (คำนวณปรับตามโครงสร้างผู้รับบริการทั้งหมดแยกตามพื้นที่ในบึงประมาณ 2540)	87
ตารางที่ 10.1	ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรวงศ์ประชารักษ์ (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่)	88
ตารางที่ 10.2	ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรวงศ์ประชารักษ์ (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการทั้งหมด)	88
ตารางที่ 11.1	จำนวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ จำแนกตามแผนกห้องตรวจที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	89
ตารางที่ 11.2	จำนวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ จำแนกตามแผนกห้องตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	90
ตารางที่ 11.3	จำนวนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แยกตามรายแผนกที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	91
ตารางที่ 12.1	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้บริการ ณ จุดต่าง ๆ จำแนกตามแผนกห้องตรวจโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	92
ตารางที่ 12.2	ระยะเวลาการรอรับบริการขณะรอตรวจกับแพทย์ จำแนกตามระดับปัญหาสุขภาพ ซึ่งพิจารณาจากระดับบุคลากรที่ควรให้การดูแล (เฉพาะส่วนที่เป็นโอพีดีทั่วไป) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	92
ตารางที่ 12.3	แสดงระยะเวลาทั้งหมดในการเดินทางและมาใช้บริการที่โรงพยาบาล จำแนกตามห้องตรวจบริการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	93
ตารางที่ 13.1	ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล รับบริการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ แยกตามแผนก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	94
ตารางที่ 14.1	เวลาที่ใช้ในการเดินทางมา รพ.พระนครศรีอยุธยา จำแนกแยกตามพื้นที่พักอาศัย	95
ตารางที่ 14.2	ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา รพ.พระนครศรีอยุธยา จำแนกตามลักษณะปัญหาสุขภาพ	95
ตารางที่ 15.1	สรุประยะเวลา (นาที) ในการเดินทางมา รพ.ขอนแก่น ของผู้มารับบริการในครั้งนี้	96
ตารางที่ 15.2	สรุปค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา รพ.ขอนแก่นของผู้มารับบริการในครั้งนี้	96
ตารางที่ 15.3	สรุปค่าใช้จ่ายการซื้ออาหารในระหว่างมารับบริการที่ รพ.ขอนแก่น จำแนกตามพื้นที่พักอาศัย	96

	หน้า
ตารางที่ 16.1 ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษา ชั้นแรกของการป่วยด้วยปัญหาไข้หวัด คออักเสบ ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่	97
ตารางที่ 16.2 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดูแลชั้นแรกของการป่วยด้วยปัญหาไข้หวัด คออักเสบ ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่	97
ตารางที่ 16.3 ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลชั้นแรกของการป่วยเป็นโรคความ ดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่	98
ตารางที่ 16.4 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดูแลชั้นแรกของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่	98
ตารางที่ 16.5 ค่าใช้จ่ายในการดูแลชั้นแรกด้วยวิธีการต่าง ๆ กรณีเป็นไข้หวัด กลุ่มเด็กในเขตเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา	99
ตารางที่ 16.6 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดูแลชั้นแรกด้วยวิธีการต่าง ๆ กรณีเป็นไข้หวัด กลุ่มเด็กในเขตเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา	100
ตารางที่ 17.1 แสดงลักษณะบริการที่ผู้ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา พอใจมากกว่าผู้ใช้บริการที่ รพ.พระนครศรีอยุธยา	101
ตารางที่ 18.1 ร้อยละของประชาชนที่ต้องการคุณลักษณะบริการสุขภาพลักษณะต่าง ๆ ทั้งหมด (รวมสามอันดับ) จำแนกตามเพศและลักษณะพื้นที่ (แต่ละคน ตอบได้มากกว่า 1 ลักษณะ) ในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา	102
ตารางที่ 18.2 ร้อยละของประชาชนที่มีความต้องการบริการประเภทต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่ ในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา	102
ตารางที่ 19.1 แสดงร้อยละของผู้ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชน เมืองอยุธยา ต่อความคิดเห็น เกี่ยวกับ ลักษณะบริการที่คิดว่าสำคัญมาก 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับ คะแนนมากที่สุด-น้อยสุด)	104
ตารางที่ 19.2 แสดงร้อยละของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ต่อความคิดเห็น เกี่ยวกับ ลักษณะบริการที่คิดว่าสำคัญมาก 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับ คะแนนมากที่สุด-น้อยสุด)	105
ตารางที่ 19.3 ร้อยละของเหตุผลที่เลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยวิธีต่าง ๆ ในขั้นตอนแรก เขตเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา	106
ตารางที่ 20.1 อัตราการใช้ บริการที่สถานพยาบาลหรือบริการประเภทต่าง ๆ ในการเจ็บป่วย 2 ครั้งสุดท้ายในรอบ 3 เดือน จำแนกตามสิทธิ์/สวัสดิการรักษายาบาลของ ประชาชน(ร้อยละ) ในกลุ่มที่อายุ 14 ปีขึ้นไป พื้นที่เทศบาลเมือง พระนครศรีอยุธยา	107
ตารางที่ 20.2 สัดส่วนการไปใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองอยุธยา ในกรณีที่มีปัญหา สุขภาพประเภทต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่ (แสดงค่าเป็นร้อยละของประชากร ที่มีปัญหานั้นในแต่ละพื้นที่)	108

♦ ภาคผนวก 3

- สรุปพัฒนาการการดำเนินงานเวชปฏิบัติทั่วไป / เวชปฏิบัติครอบครัว 109
ในช่วงระยะเวลา 6 ปี (พ.ศ. 2535 - 2541)
- การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ และเสนอมาตรการสนับสนุน
เชิงนโยบายในโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป 113

1. โครงการศึกษาวิจัย และ พัฒนাবริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย

หลักการเหตุผล

1.1 ความสำคัญของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners, GPs)

ในระยะครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 นี้ ได้มีการเติบโตทางการแพทย์และเทคโนโลยีเฉพาะทางอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นลักษณะที่โดดเด่นในระบบทางการแพทย์ของประเทศทางด้านตะวันตก และได้ขยายครอบคลุมไปถึงประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งการพัฒนาทางเทคโนโลยีเฉพาะทางดังกล่าวได้ทำให้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก แต่ก็พบว่าระบบการแพทย์ที่ตั้งอยู่บนฐานของการแยกสาขาเฉพาะทาง และการใช้เทคโนโลยีสูงๆ นั้นไม่เพียงพอในการพัฒนาให้เกิดคุณภาพบริการที่ดี ประชาชนสาธารณสุขฐานได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นับตั้งแต่คำประกาศอัลมา อัลตา ในปี ค.ศ.1978 เป็นต้นมา

การจะดำเนินงานดูแลสุขภาพบนฐานปรัชญาสาธารณสุขมูลฐานให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องมีระบบบริการสาธารณสุขด้านแรกที่เน้นคุณภาพทางด้านสังคมและด้านมนุษย์ (มีความใกล้ชิดระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยซึ่งเอื้อต่อการบริการที่ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และสอดคล้องกับสภาพของชุมชน) และมีการร่วมมือสนับสนุนทางด้านวิชาการอย่างดีจากแพทย์เฉพาะทางหรือระบบเฉพาะทาง ระบบบริการในลักษณะนี้จะเป็นระบบที่ทำให้เกิดบริการที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners, GPs) ถือว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาบริการสาธารณสุขด้านแรก หรือระบบบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นได้หากมีเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยของระบบอื่นได้แก่

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเหล่านี้ได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสม และมีแบบอย่างที่ดี
- แพทย์ได้รับการฝึกอบรมพัฒนาอย่างเหมาะสมจนทำให้สามารถให้บริการด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางที่เกี่ยวข้องทั้งด้านมนุษย์ (การสื่อสารที่ดี การที่สนใจทั้งด้านจิตใจ สังคมควบคู่กับการดูแลด้านร่างกาย) และด้านเทคนิควิชาการ (ด้วยการสนับสนุนวิชาการจากแพทย์เฉพาะทาง)
- มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ส่งเสริม สนับสนุนช่วยให้หน่วยบริการด้านแรกสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำหน้าที่ได้ตามที่ตั้งไว้ได้

องค์กรโลกทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป / เวชปฏิบัติครอบครัว (WONCA : World Organization of National Colleges and Academic Association of General Practitioners / Family Physicians) ได้มีข้อตกลงต่อคำจำกัดความของบทบาท หน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไว้ดังข้างล่างนี้ ซึ่งเป็นคำจำกัดความที่โครงการวิจัยนี้ใช้ในการดำเนินโครงการ

“ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว

....เป็นแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ *บริการที่ผสมผสาน (comprehensive health care)* แก่บุคคลทุกคนที่มาใช้บริการ เมื่อมีความจำเป็น

....ทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไป (*Generalists*) ที่ยอมรับการให้บริการแก่บุคคลทุกเพศ และทุกกลุ่มอายุ

....เป็นผู้ที่บริหารดูแลสุขภาพแก่รายบุคคลในบริบทของครอบครัวและดูแลครอบครัวภายใต้บริบทของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นชนชาติ ศาสนา ชนชั้นทางสังคม และวัฒนธรรมแบบใด และมีความสามารถในการให้บริการทางด้านคลินิกโดยส่วนใหญ่หลังจากที่มีการพิจารณาและคำนึงถึงพื้นฐานทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการร่วมด้วย รวมทั้งมีความรับผิดชอบในการให้ *บริการที่ผสมผสานอย่างต่อเนื่อง*

....เป็นผู้ที่แสดงบทบาททางด้านวิชาชีพ *ไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้บริการเองโดยตรง หรือการให้บริการโดยผ่านบุคลากรอื่น* ทั้งนี้ขึ้นกับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ และทรัพยากรที่มีในชุมชน โดยที่มีการให้บริการในลักษณะตามที่กล่าวข้างต้น”

1.2 ความจำเป็นในการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย

ในทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เน้นการพัฒนาระบบการแพทย์แผนตะวันตกโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน นับตั้งแต่ พ.ศ.2514 ที่มีฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเองในประเทศไทย จำนวนแพทย์เฉพาะทางจึงเพิ่มขึ้นตลอดอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในระยะ 10 ปีหลัง ในขณะที่แพทย์ทั่วไปมีจำนวนค่อนข้างคงที่ และมีแนวโน้มลดลง

แม้ว่าจำนวนแพทย์ทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นมาตลอด แต่เมื่อพิจารณาการกระจายเป็นรายพื้นที่ ก็ยังพบปัญหาใหญ่ของความไม่เท่าเทียมในการกระจายแพทย์ระหว่างพื้นที่ อีกทั้งการเติบโตอย่างมากของภาคธุรกิจเอกชนด้านสุขภาพ กระตุ้นให้เกิดภาวะสมองไหลของแพทย์จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน อันเป็นผลให้ปัญหาการกระจายแพทย์และการขาดแคลนแพทย์ยิ่งรุนแรงมากขึ้นในภาครัฐ

นับจนถึงปัจจุบันบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ยังไม่มีความจำเพาะชัดเจน ระบบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านนี้ก็มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมน้อย เพราะหลักสูตรไม่น่าสนใจและไม่ได้ออกลักษณะสำคัญของวิชาชีพสาขานี้ เวชปฏิบัติทั่วไปถูกยอมรับในฐานะที่เป็นเพียงกอนหินก้อนแรกก่อนที่จะก้าวเข้าไปสู่การเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ แต่ไม่ได้รับความนิยมนในฐานะที่เป็นจุดหมายปลายทางของความก้าวหน้าด้านวิชาชีพ เป็นเพียง “แพทย์ขั้นสอง” ในระบบวิชาชีพ และระบบการทำงานของรัฐบาล ความก้าวหน้าของวิชาชีพนี้ในทางราชการมีจำกัด ระบบการสนับสนุนไม่เป็นที่พอใจ ระบบการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ก็เป็นลักษณะการศึกษาที่เน้นด้านโรค เน้นโรงพยาบาล เน้นการให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีแบบอย่างที่ดี (role model) ให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีเพียงส่วนเล็กๆ ที่กล่าวถึงการให้บริการแบบผสมผสาน และการจัดบริการโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน

ประเทศไทยได้วางรากฐานระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีทั้งโรงพยาบาล สถานือนามัย เพื่อให้บริการในระดับต่างๆ แต่ก็มีปัญหาในเรื่องการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่มีการวางแผนไว้ สถานือนามัยขาดการยอมรับ ประชาชนข้ามผ่านไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอย่างแน่นแออัดในโรคที่ไม่จำเป็น โรงพยาบาลก็พัฒนาบริการระดับสูงไม่ได้เต็มที่ มีความซ้ำซ้อน และแข่งขันกัน ระบบบริการยังเน้นที่การรักษาพยาบาลมากกว่าการส่ง

เสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด โดยที่ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้นในอัตราส่วนที่น้อยกว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยยังเผชิญกับปัญหาประสิทธิภาพของระบบ คุณภาพของบริการยังไม่ดีพอในหลายด้าน ประชาชนยังต้องพบกับความทุกข์ยากในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน สถานการณ์ดังกล่าวนี้ย่อมต้องการระดมพลังและความคิดเห็นในการวิเคราะห์ระบบบริการไทยในปัจจุบันอย่างรอบด้าน เพื่อหาทางเลือกการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความเท่าเทียมแก่ประชาชนทุกกลุ่มในการใช้บริการ ขณะนี้เป็นช่วงจุดหัวเลี้ยวหัวต่อสำคัญในการพัฒนาระบบบริการไปสู่ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ที่มีประสิทธิภาพ และเสมอภาค

การเพิ่มความเข้มแข็งของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และการพัฒนาบทบาทหน้าที่ที่สอดคล้องของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป นับว่าเป็นหนึ่งของกลวิธีที่เป็นกุญแจสำคัญของการแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น โครงการศึกษาและวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปนี้มีสมมติฐานเบื้องต้นคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะสามารถมีพลังขับเคลื่อน และพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิให้ก้าวรุดหน้า จะพัฒนารบบบริการบนแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างเต็มที่มากขึ้น หากบทบาทหน้าที่ของเขาได้ถูกร่วมกำหนดอย่างเหมาะสม ชัดเจน และเมื่อระบบการศึกษา การฝึกอบรมมีการพัฒนาให้การสนับสนุนอย่างสอดคล้อง รวมทั้งมี นโยบาย มาตรการ และแผนงานสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ และรูปแบบบริการที่เป็นเอกลักษณ์สำคัญของแพทย์/ทีมเวชปฏิบัติทั่วไป ในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบทบาทในพื้นที่ ที่มีสภาพแวดล้อมการดำเนินงานที่ต่างกัน ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท
2. เพื่อศึกษาถึงเงื่อนไขและ มาตรการที่เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งทดลองสร้างเงื่อนไขนั้นในพื้นที่ทดลองวิจัยเพื่อเป็นการทดสอบสมมติฐานนั้น
3. เพื่อศึกษาถึงเงื่อนไขและมาตรการจำเป็นในระดับชาติที่จะเอื้อให้เกิดการดำเนินงานบริการเวชปฏิบัติทั่วไปได้อย่างยั่งยืน และทำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่อื่นๆ นอกพื้นที่ทดลองพัฒนา
4. เพื่อศึกษาและพัฒนากลวิธีในการพัฒนาเงื่อนไข และปัจจัยแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยดังกล่าว (ทั้งด้านการศึกษา นโยบาย และการสนับสนุนทางสังคม) รวมทั้งดำเนินกลวิธีนั้นหากมีเงื่อนไขที่ทำได้ เพื่อเป็นการทดสอบกลวิธี
5. เพื่อประเมินผลมาตรการดำเนินการต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินไป เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อแนะนำในการดำเนินการในวงกว้างทั่วไป ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การจัดระบบการศึกษา และการฝึกอบรม พัฒนานุคลากร

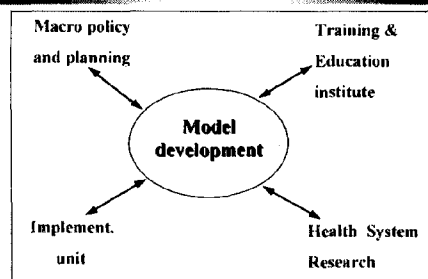
2. ระเบียบวิธีการศึกษา

มิติของการศึกษา นี้ มี 3 ระดับคือ

1. มิติระดับพื้นที่ : เป็นการพัฒนาแนวคิดและรูปแบบการบริการปฐมภูมิ/บริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (Model Development)
2. มิติด้านการฝึกอบรม การศึกษา : เพื่อเป็นการเตรียมและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนาบริการระดับพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาที่เกี่ยวข้องในระดับ undergraduate และ post-graduate
3. มิติระดับมหภาค : เป็นการศึกษาค้นหาประเด็นทางนโยบาย การบริหารจัดการ และโครงสร้างบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

วิธีการศึกษา ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นหลักซึ่งมีวิธีการศึกษาวิจัยย่อย ๆ ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับเนื้อหาและประเด็นที่ต้องการศึกษา นักวิจัยที่ร่วมในการศึกษาประกอบด้วย 1)นักวิจัยปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ที่กำหนดสมมติฐานในการพัฒนาระดับพื้นที่ และดำเนินงานตามที่ตั้งสมมติฐานและวางแผนไว้ ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ จะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการพัฒนางานได้ต่อเนื่อง พร้อมทั้งเป็นผู้ที่พบปัญหาใหม่ในพื้นที่ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วพร้อมทั้งแก้ปัญหาได้เลย 2) นักวิจัยภายนอก ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้ทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการ แต่มีส่วนร่วมในการกำหนดสมมติฐานในการศึกษาวิจัย มีส่วนร่วมในการกำกับติดตามผลปฏิบัติการ พร้อมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ และมีบทบาทหลักในการประสานงานการดำเนินโครงการทั้งหมด และการประสานและพัฒนาส่วนที่เกี่ยวข้องนโยบายและประเด็นในระดับมหภาค

กรอบความคิดที่ 1 ในการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research)



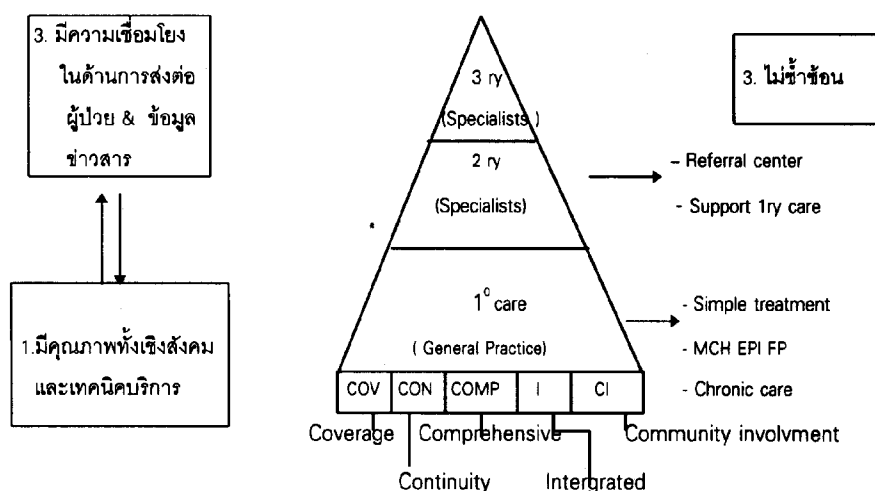
ใช้การทดลองวิจัยและพัฒนาแบบการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินงานตามสมมติฐาน และศึกษาถึงเงื่อนไขปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จ หรือที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อสรุปเป็นบทเรียนในเงื่อนไขนั้น และหาปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขทั่วไปในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อเสนอต่อการกำหนดนโยบาย และแผนการดำเนินงาน ตลอดจนเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการเรียน ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อการศึกษา

“ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงระหว่างกันและกัน ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ หมายถึงระบบบริการที่มีการประสานกันเป็นหนึ่งเดียว กล่าวคือบริการย่อยแต่ละส่วนในระบบมีการจัดการ และก่อตั้งขึ้น อย่างผสมผสาน และต่างตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือการมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันต่อสุขภาพของประชาชน โดยที่ขอบเขตและระดับของการบริการของหน่วยบริการแต่ละหน่วยขึ้นกับทรัพยากรที่มี และขึ้นกับลำดับความสำคัญของความจำเป็นของการบริการประเภทต่างๆ

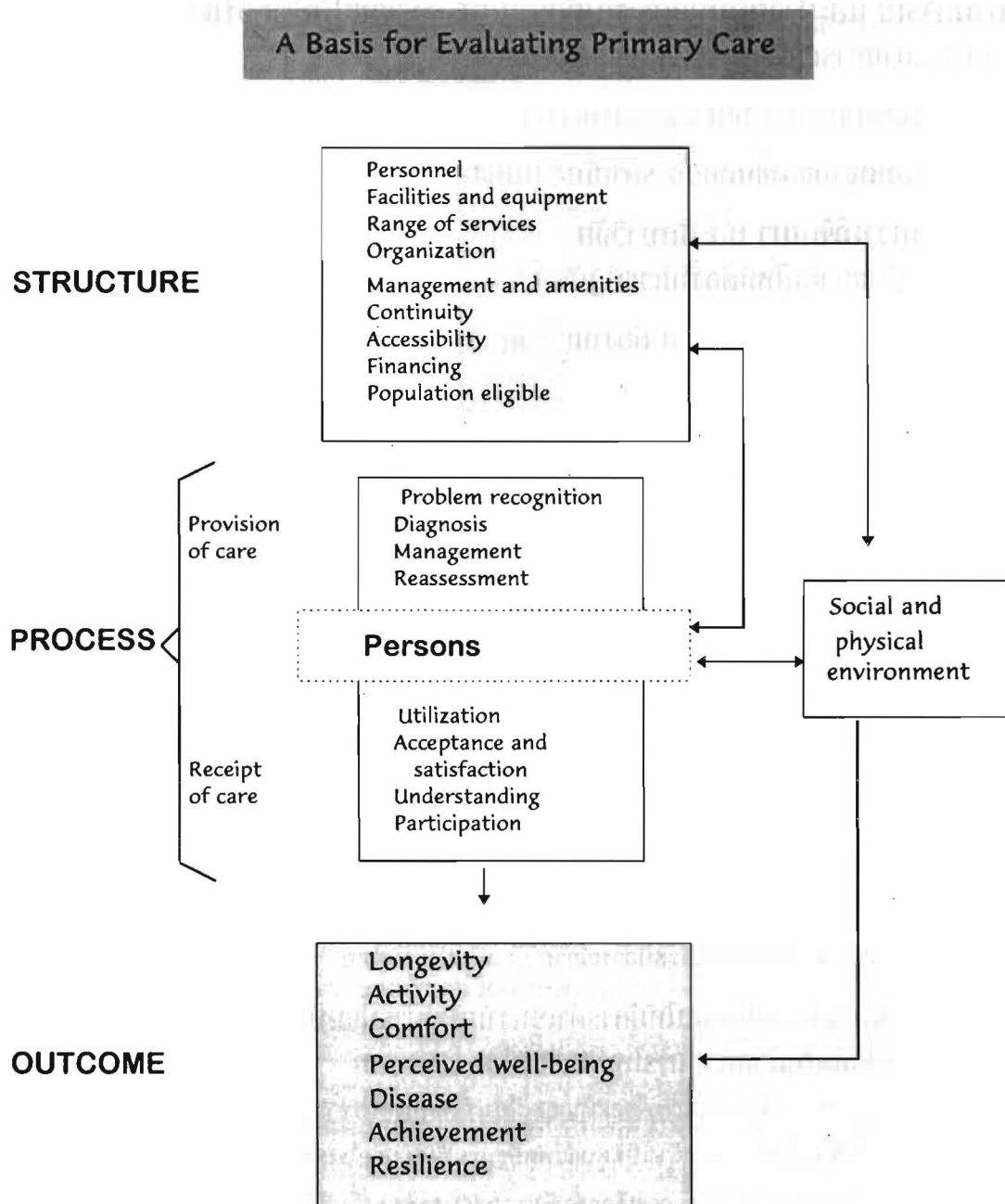
ระบบบริการสาธารณสุขที่จะถือว่าเป็นระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการนั้น จำเป็นต้องมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการแต่ละส่วนย่อยต้องมีการประสาน และบูรณาการกัน เพื่อให้สามารถครอบคลุมบริการที่จำเป็น และสนับสนุนการบริการที่ต่อเนื่องกันโดยไม่มีช่องว่าง คุณภาพของการบริการในระบบจะต้องครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นคุณภาพทางการแพทย์ และคุณภาพทางด้านสังคม และจิตวิทยาด้วย
2. หน่วยย่อยแต่ละหน่วยมีบทบาทหลักที่จำเพาะ ไม่มีการซ้ำซ้อนกัน อันได้แก่ หน่วยบริการด่านแรก หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ควรจะให้บริการสาธารณสุขที่เป็นพื้นฐาน เช่น การรักษาโรค/ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ควรเน้นการให้บริการสุขภาพที่มีความซับซ้อน หรือต้องการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน
3. ควรมีการไหลเวียนของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการพร้อมกับข้อมูลอย่างเหมาะสม ไม่มีอุปสรรค หรือสิ่งกีดขวาง ไม่มีช่องว่างของการเชื่อมต่อ

แผนภูมิแสดงระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ



กรอบความคิดที่ 3 การประเมินผลเปรียบเทียบรูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ



Source : Starfield, 1973.

3 ประเด็นหลักของผลงานการศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งหมด

3.1 สถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

3.1.1 สถานการณ์ของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

3.1.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

3.1.3 สมมติฐานของขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

3.2 การดำเนินงานพัฒนา และศึกษาวิจัย

3.2.1 ปรับแนวคิดใหม่ต่องานเวชปฏิบัติทั่วไป

3.2.2 การขยายแนวความคิด ต่องานเวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แนวใหม่ ไปสู่วงกว้าง

- การทดลองพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมระยะสั้นแก่แพทย์ เกี่ยวกับแนวความคิดการจัดการบริการ สาธารณสุข การประสานกับการฝึกอบรมผู้บริหารระดับกลาง และระดับสูง (ได้เพียงร่าง แต่ไม่ได้ดำเนินการ เพราะเงื่อนไขไม่อำนวย)
- การแลกเปลี่ยนกับโรงเรียนแพทย์ เพื่อสอดแทรกแนวคิดเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัวแบบใหม่ เข้าไปในหลักสูตรแพทย์
- การสร้าง Role Model ของ จีพี โดยการใช้ประสบการณ์ และการวิจัยในโครงการอยุธยา เพื่อพัฒนาโมเดลการทำงานจีพีให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น แล้วนำไปสู่การเชื่อมโยงกับผู้เกี่ยวข้องให้ เข้าใจแนวความคิดใหม่ที่พูดในตอนต้นให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น และกระตุ้นให้เกิดการทดลอง พัฒนาศักยภาพเช่นเดียวกันในพื้นที่อื่น เพื่อเป็นการทดสอบโมเดลการปฏิบัติงาน และความ คิดว่าเหมาะสมกับประเทศไทยเพียงใด
- การสร้างองค์ความรู้ และความเข้าใจเรื่องงานเวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งโดยการทบทวนงานวิจัย จากต่างประเทศ ประสบการณ์การทำงานในประเทศไทย

3.2.3 ประสานและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเวชปฏิบัติ ทั่วไป ด้วยวิธีคิดใหม่ และวิธีการใหม่ในเขตเมือง และชนบท

- การทดลองรูปแบบการพัฒนาในเขตเมือง ทั้งโดยรพช./รพท. เทศบาล สสจ. ในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่ตั้งในรพ. และสร้างเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล การร่วมพัฒนากับ บริการของเทศบาล การเลือกพื้นที่ดูจากศักยภาพของพื้นที่ที่สนใจ และสามารถพัฒนาต่อ ได้
- การทดลองรูปแบบการพัฒนาในเขตชนบท โดยการพัฒนาพร้อมกับโรงพยาบาลชุมชนในการ พัฒนาสถานีอนามัย มีการทดลองในพื้นที่ขอนแก่น กับอยุธยา
- การศึกษารูปแบบการพัฒนาโดยคลินิกเอกชนจากเครือข่ายประกันสังคม

- การเชื่อมโยงรูปแบบการพัฒนากับการศึกษาศึกษา ที่เผยแพร่แนวคิดสู่โรงเรียนแพทย์ และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ที่สนใจ
- การทดลองพัฒนารูปแบบบริการในโรงเรียนแพทย์ เพื่อให้อาจารย์มีประสบการณ์ตรง และใช้ประกอบในการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ มีการดำเนินการในพื้นที่คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์ และ ม.ขอนแก่น

การพัฒนาโมเดลนี้ มีองค์ประกอบตั้งแต่การทำความเข้าใจต่อแนวคิดใหม่ การพัฒนาจากแนวความคิดไปสู่รูปแบบการบริการ การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะในระหว่างปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานโดยทีมพื้นที่เป็นหลัก โดยนักวิจัยในโครงการนี้ เข้าไปร่วมแลกเปลี่ยน ติดตาม และเสนอข้อคิดเห็นต่อการปรับพัฒนาให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการ ลงไปเรียนรู้ประสบการณ์ บันทึก แลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เป็นลักษณะเครือข่าย แต่ในบางพื้นที่นักวิจัยต้องลงไปร่วมในการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพร่วมด้วย เพื่อเป็นการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพควบคู่ไปด้วย ตลอดจนได้มีการร่วมกันแก้ปัญหาอุปสรรคต่อการทดลองดำเนินงาน โดยการทำข้อเสนอต่อผู้บริหารให้สนับสนุนเชิงนโยบาย และทรัพยากรตามความจำเป็น

3.2.4 การพัฒนากำลังคนควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการ

- จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว
- การจัดทำหลักสูตรการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีนามัยให้เข้าใจแนวคิดบริการแบบองค์รวม
- การจัดทำหลักสูตรการพัฒนาทีมงานในโรงพยาบาลชุมชน และรพศ./รพท. ในการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวในพื้นที่

3.2.5 การเชื่อมโยงกับระบบการศึกษา และสถาบันวิชาการในมหาวิทยาลัย

ได้แก่ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบันแพทยศาสตร์ศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย แพทยสภา สมาคมแพทยเวชปฏิบัติทั่วไป ชมรมแพทย์ชนบท กระทรวงสาธารณสุข

3.2.6 การประสานและผลักดันการจัดระบบสนับสนุนการพัฒนางานให้ยั่งยืน

- การประสาน และผลักดันให้มีการปรับแก้ค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในลักษณะใกล้เคียงกับงานเวชปฏิบัติทั่วไปที่ต้องการ การเชื่อมโยงประสานกับผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานอื่น ได้แก่ สำนักงานประมาณ ก.พ. ให้เข้าใจความคิดใหม่ และร่วมกันหาแนวทางการสนับสนุนโมเดลเวชปฏิบัติครอบครัวให้สามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน และเป็นที่ต้องการ

3.2.7 การมีส่วนร่วมพัฒนานโยบาย แผนงาน และมาตรการที่สนับสนุนการพัฒนา
บริการเวชปฏิบัติครอบครัว และบริการปฐมภูมิ

3.2.8 การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อการประเมินผล และประเมินแนวทางการพัฒนางานต่อ
เนื่อง และเป็นข้อมูลประกอบการเสนอนโยบาย

เนื้อหาสาระสำคัญของผลการศึกษาวิจัยและพัฒนา

3.1 สถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

3.1.1 สถานการณ์ของระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

เขตเมือง

มีแต่สถานพยาบาลใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ระบบรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนอย่างผสมผสานยังไม่ครอบคลุม กล่าวคือมีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในเขตเทศบาลทั้งหมดที่ชัดเจน แต่เนื่องจากประชากรมีมากในขณะที่ศูนย์บริการมีเฉลี่ย 1-2 แห่งเท่านั้น ทำให้ขนาดประชากรที่รับผิดชอบมีจำนวนมากเกินกว่าที่จะดูแลได้ทั่วถึง บริการที่ประชาชนใช้ส่วนใหญ่เป็นบริการด้านการรักษาเป็นหลัก มีบริการด้านส่งเสริมสุขภาพน้อย ประชาชนมักไปใช้บริการของประชาชน ใช้ที่คลินิกและร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่

บุคลากรในเขตเมือง มีจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเฉพาะทางต่างๆ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล บุคลากรที่ดูแลงานบริการปฐมภูมิ ส่วนที่ดูแลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีจำนวนน้อยมาก

เขตชนบท

มีสถานอนามัยรับผิดชอบสุขภาพของประชากรในทุกด้าน และมีโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบการบริการปฐมภูมิสำหรับ 1 ตำบล ในเขตรับผิดชอบ และให้บริการอื่นๆ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นสำหรับประชากรในอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลและพื้นที่ใกล้เคียง

บุคลากรในสถานอนามัยเป็นเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์พยาบาล แต่ปัญหาคือจำนวนบุคลากรที่ไม่พอเพียง และคุณภาพ ความรู้ ทักษะไม่พอเพียง รวมทั้งแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนมีการหมุนเวียนสูง ทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง

ด้านการศึกษา

หลักสูตรแพทยศาสตร์ และการศึกษาในระดับปริญญาอื่นๆ ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาบนพื้นฐานของพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ เป็นการพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายโรคมากกว่าการพิจารณาเป็นกลุ่มปัญหาสุขภาพ และมักเน้นทางด้านชีวภาพ พิจารณาการเจ็บป่วยเป็นส่วนๆ มากกว่าการพิจารณาที่ผสมผสานที่คำนึงถึงปัจจัยและปัญหาทางด้านสังคม-จิตวิทยาของรวมแบบเป็นองค์รวม เนื้อหาการเรียนด้านสังคมจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ การสื่อสาร และการบริหารจัดการมีน้อย ผู้สอนก็เป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นเฉพาะทางด้านต่างๆ ขาดผู้สอนด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ที่ผสมผสานการดูแลโดยรวม จึงเป็นผลให้นักศึกษา และบัณฑิตทางการแพทย์ที่จบมาขาดพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวม แต่เป็นการดูแลที่แยกตามสาขาความผิดปกติทางกายภาพของอวัยวะต่างๆ

ส่วนของการศึกษาระดับหลังปริญญา และการศึกษาต่อเนื่อง ก็มีรากฐานของการศึกษาในลักษณะเป็นเฉพาะทางและแยกส่วนเช่นเดียวกัน ขาดองค์การที่พัฒนาองค์ความรู้และจัดการศึกษาในลักษณะที่พิจารณาปัญหาและการแก้ไขแบบผสมผสาน การจัดการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งดำเนินการมากกว่า 10 ปี ก็เป็นลักษณะที่สอนแต่ความรู้ทางด้านชีวภาพ เป็นการสอนความรู้เล็กน้อยๆ ของทุกสาขาวิชา ไม่มีเอกลักษณ์ที่เด่นชัดของวิชาชีพสาขานี้ จึงไม่มีผู้นิยมฝึกอบรมในสาขานี้

3.1.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

จากการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยนระดมความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาดูประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ต่างๆ ได้ข้อสรุปที่เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ (รายละเอียดดูได้จากเอกสาร ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์ และข้อเสนอต่อการพัฒนา โดยสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ พ.ศ.2539)

1) ปัจจัยทางด้านแนวความคิด (Conceptual problem)

ประเด็นปัญหาทางความคิด ความเข้าใจที่สำคัญมี 2 ประการ คือความไม่ชัดเจนในเอกลักษณ์และบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นลักษณะเด่น ที่ผ่านมามีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกยอมรับในฐานะเป็นผู้คัดกรอง ไม่มีความสามารถเด่นที่เพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น เพราะไม่มีการให้ความสำคัญหรือการยอมรับในการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกว้าง ในการประสานความเชี่ยวชาญของแต่ละสาขา รวมทั้งระบบสังคมและวิชาชีพไทยยังไม่มีการให้ความสำคัญในการดูแลผู้รับบริการในฐานะ "คน" มากนัก ไม่ได้มีการให้ความสำคัญต่อประเด็นทางสังคม ด้านจิตใจ และการสื่อสารที่มีคุณภาพ ทำให้ดูเหมือนว่าแพทย์ที่ทำหน้าที่ไร้คุณค่า และไร้ความสามารถเฉพาะทาง อีกส่วนหนึ่งคือ เมื่อระบบไม่มีการให้คุณค่าดังกล่าวจึงไม่มีการพัฒนาความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้แพทย์ดังกล่าวขาดการยอมรับในวงกว้าง ประเด็นปัญหาทางความคิดส่วนที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกัน คือ แนวโน้มของสังคมและระบบทางการแพทย์ที่นิยมการแบ่งย่อยสาขาเป็นเฉพาะทาง (specialization) แนวโน้มที่นิยมบริโภคเทคโนโลยีราคาแพง โดยไม่มีความสมดุลระหว่างสาขา และขาดการประสานหรือมองภาพรวมของทั้งระบบ มีการให้คุณค่ากับการเป็นแพทย์เฉพาะทางมาก ทั้ง 2 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้แพทย์ที่จบมาเมื่อทำงานไประยะหนึ่งจะพยายามปรับตัวเป็นสาขาเฉพาะทางด้านลึกทั้งหมด โดยไม่ต้องการชำนาญการทางด้านกว้าง ในลักษณะเวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งกำหนดความคิดของผู้จัดระบบบริการในสถานพยาบาลต่างๆ เป็นลักษณะแบ่งย่อยสาขาขาดการดูแลสุขภาพโดยรวม อันส่งผลให้ไม่มีที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจนมีศักดิ์ศรีของแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป หรือทีมงานเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่มีระบบรองรับงานด้านนี้ จึงทำให้ไม่สามารถพัฒนางานด้านนี้ได้

2) ปัจจัยทางด้านโครงสร้างการให้บริการ การบริหารระบบบริการ และ

โครงสร้างทางการศึกษา (Structural problem)

2.1) ปัญหาโครงสร้างในระบบบริการและการบริหาร

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นลักษณะที่เน้นให้ความสำคัญกับโรงพยาบาล และการรักษาพยาบาล มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ฉะนั้นหน่วยงานที่ทำหน้าที่เน้นหนักทางด้านนี้อื่นได้แก่สถานีอนามัย ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพและการป้องกันโรค โรงพยาบาลชุมชน จะไม่ได้รับความสำคัญ ทั้งจากรัฐบาล และจากประชาชน โรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีสาขาเฉพาะทางมากจะได้รับความนิยมมาก ประชาชนไปใช้บริการอย่างแออัด ทำให้โอกาสให้บริการที่มีคุณภาพมีได้น้อย

โครงสร้างที่โรงพยาบาล และสถานบริการปฐมภูมิให้บริการที่ซ้ำซ้อน แข่งขันกัน และขาดคุณภาพโดยเฉพาะคุณภาพทางด้านสังคม และจิตวิทยา ซึ่งในพื้นที่เมืองและชนบทมีลักษณะปัญหาที่ต่างกันคือ

ในพื้นที่เขตเมือง ปัญหาหลักคือขาดโครงสร้างการให้บริการแบบผสมผสาน หน่วยงานบริการปฐมภูมิที่ให้บริการแบบผสมผสานโดยตรงมีไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมประชาชนได้หมด มีแต่รพ.ใหญ่ซึ่งมีผู้ใช้บริการแน่น และไม่มีหน่วยงานที่ดูแลด้านเวชปฏิบัติทั่วไปโดยตรง ไม่มีที่ทำงานสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นลักษณะบริการที่แบ่งตามสาขาเฉพาะทาง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลซึ่งควรเป็นหน่วยให้บริการที่ผสมผสานมีเพียง 1-2 แห่งซึ่งไม่พอ และไม่มีคุณภาพพอ ประชาชนไปใช้บริการน้อย และคลินิกเอกชนซึ่งเน้นแต่ด้านการรักษาพยาบาลและผู้ใช้บริการต้องเสียค่าบริการ ผู้ที่ยากจนใช้บริการไม่ได้ นอกจากนี้ในพื้นที่เขตเมืองยังมีปัญหาความชัดเจนและความเป็นเอกภาพในการบริหารงานสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชาชนทั้งหมด กล่าวคือเทศบาลซึ่งควรเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบโดยตรงก็มีปัญหาขาดความตระหนักถึงความสำคัญในด้านสาธารณสุข และขาดกำลังคนในการจัดบริการ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานบริการอื่นในพื้นที่ซึ่งมีกำลังคนมากกว่าก็เห็นว่างานบริการพื้นฐานนี้มีหน้าที่โดยตรง จึงไม่มีการจัดระบบรองรับเรื่องนี้ที่ชัดเจน

ในพื้นที่ชนบท ปัญหาใหญ่คือคุณภาพของหน่วยบริการ และการปฏิบัติงานให้ได้ตามบทบาทหน้าที่ที่ควรเป็น กล่าวคือ สถานีอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานที่ควรให้บริการอย่างผสมผสานครอบคลุมประชาชนขาดคุณภาพ ประชาชนจึงไปใช้บริการที่สถานีอนามัยน้อย เข้ามาใช้บริการที่รพ. โรงพยาบาลชุมชนซึ่งส่วนหนึ่งมีบทบาทในการให้บริการผสมผสานแก่ประชาชนกลุ่มหนึ่งในเขตรับผิดชอบ และต้องทำหน้าที่เน้นบริการที่ซับซ้อนมากขึ้นที่เป็นระดับทุติยภูมิ รวมทั้งมีหน้าที่สนับสนุนสถานีอนามัย แต่ในการปฏิบัติจริงต้องแสดงบทบาทในการให้บริการปฐมภูมิแก่ประชาชนเป็นส่วนใหญ่ซ้ำซ้อนกับสถานีอนามัย และมีปัญหาแพทย์ที่รพช. หมุนเวียนแพทย์บ่อยขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา รพช.ไม่ได้รับการพัฒนาทางวิชาการ ยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยหนัก การประสานพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอก็ทำได้ยากลำบากเพราะแยกสายบังคับบัญชา และแพทย์มักมีภาระงานบริการและงานบริหารมาก มีเวลาน้อยในการสนับสนุนสถานีอนามัย

ระบบการบริหารงานที่สาธารณสุขจังหวัด หรือที่กระทรวงสาธารณสุขก็ขาดส่วนที่ดูแลเรื่องประสิทธิภาพของระบบบริการโดยรวม มีการแบ่งแยกเป็นฝ่ายงานตามกิจกรรม รวมทั้งการจัดระบบงานก็เป็นลักษณะการแบ่งตามกิจกรรม เป็นหลักมากกว่าการใช้ประชาชนเป็นเป้าหมาย

สรุปแล้วการจัดองค์กรและระบบบริการไม่ได้เอื้อต่อการพัฒนาบริการที่ดี มีความซ้ำซ้อน และมีช่องว่างของการบริการผสมผสานมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพแก่ประชาชน

2.2) ปัญหาโครงสร้างในระบบการศึกษา

ในโรงเรียนแพทย์ไม่มีภาควิชา หรือหน่วยงานที่ดูแลการจัดการศึกษาด้านเวชปฏิบัติทั่วไปโดยตรง เป็นลักษณะที่ฝากให้ภาควิชาเฉพาะทางต่างๆ ช่วยสอนด้านเวชปฏิบัติทั่วไป จึงทำให้วิชาการด้านเวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้รับการพัฒนา ไม่มีการวิจัยทางด้านนี้ จึงไม่มีองค์ความรู้ที่ชัดเจนเฉพาะ ไม่มีครูที่มีความรู้ด้านเวชปฏิบัติทั่วไปโดยตรง ขาดครูที่เป็นแบบอย่างในการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างผสมผสานตามแนวความคิด มีแต่ครูที่เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อความคิด ความรู้ และทักษะของบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาออกไปย่อมไม่เข้าใจถึงคุณค่าหรือบทบาทที่แท้จริงของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่มีแรงจูงใจที่จะศึกษา และพัฒนางานด้านนี้อย่างต่อเนื่อง

3) ปัจจัยด้านระบบสนับสนุน จูงใจ และค่าตอบแทน

สืบเนื่องจากปัญหาเชิงแนวความคิด และโครงสร้างการบริการข้างต้น ย่อมเป็นผลให้ระบบสนับสนุนต่าง ๆ มีความโน้มเอียงไปที่การรักษาเป็นหลัก และเป็นการให้คุณค่าของการรักษาทางกาย มากกว่าคุณค่าการดูแลทางด้านสังคม จิตวิทยา และด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค อันได้แก่ ระบบค่าตอบแทนนั้นมีการให้ค่าตอบแทนต่อผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล มากกว่าผู้ที่ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน หรือให้บริการในชุมชน แพทย์เฉพาะทางได้รับค่าตอบแทนและได้รับการยอมรับมากกว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ความก้าวหน้าในสายราชการของแพทย์สาขาอื่นๆ มีมากกว่าแพทย์ในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ระบบการจัดการศึกษาหรือให้ความรู้ที่ต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นศาสตร์วิชาการและความรู้ที่เป็นการรักษาเฉพาะทางสาขาต่างๆ ไม่มีระบบจัดการที่สนับสนุนความรู้ที่ต่อเนื่องแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขาดการสนับสนุนความรู้ในด้านสังคมศาสตร์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การประเมินปัญหาผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม และการบริหารจัดการระบบบริการเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

4) การพัฒนาทางวิชาการที่ขาดองค์ความรู้ในด้านเวชปฏิบัติทั่วไปโดยตรง

เมื่อไม่มีแนวความคิดที่ชัดเจนต่อเอกลักษณ์สำคัญของงานเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ และเมื่อไม่มีโครงสร้างของการบริการ และการจัดการศึกษา หรือระบบที่รองรับงานด้านเวชปฏิบัติทั่วไปโดยตรงจึงทำให้ไม่มีการพัฒนาวิชาการด้านนี้ที่ก้าวหน้าไปอย่างทันสถานการณ์ขึ้นเรื่อยๆ เป็นลักษณะการอาศัยบุคลากรเฉพาะทางในสาขาอื่นๆเป็นผู้ให้ความรู้แทน ไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ย่อมทำให้องค์ความรู้ด้านนี้ไม่ได้รับการพัฒนาที่เต็มที่ ไม่มีเอกลักษณ์และศักดิ์ศรีในฐานะเป็นศาสตร์วิชาหนึ่ง ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณค่าของงานนี้ลดลงไป เพราะไม่ได้แสดงบทบาทที่ต่างออกมาอย่างเด่นชัด

ตัวอย่างขององค์ความรู้ที่จำเป็นในการบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เช่น การประเมินปัญหาหรือสถานการณ์ของประชาชนในด้านจิตใจ หรือด้านสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ และมีทักษะในการให้คำปรึกษาหรือการจัดการเพื่อร่วมแก้ปัญหา กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการรักษาทางด้านร่างกาย การประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์มาให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจของประชาชน การสื่อความหมายและความเข้าใจทางการแพทย์ให้แก่ประชาชน หรือผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเอง และมีบทบาทร่วมในการดูแล

สุขภาพของตนเอง ทักษะการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย การช่วยพุงจิตใจเมื่อผู้รับบริการมีปัญหาวิกฤติ การที่เข้าใจถึงปัจจัยของครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เทคนิคการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ที่ก้าวหน้ากับสถานการณ์ของสังคม เป็นต้น

❖ ฉะนั้นเมื่อขาดระบบสนับสนุนที่ดี แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขซึ่งต้นทุนเดิมก็มิได้ผลิตหรือเตรียมมาเพื่อให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปที่มีคุณภาพ ย่อมประสบปัญหาเมื่อต้องมาทำหน้าที่ให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดความภาคภูมิใจต่องานที่รับผิดชอบ ค่าตอบแทนที่ได้รับก็ไม่มากพอที่จะจูงใจ รวมทั้งกระแสสังคมไม่ได้ให้คุณค่าต่องานนี้ จึงทำให้แพทย์ปฏิบัติงานนี้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก็ จะเปลี่ยนไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น อาจกลับมาปฏิบัติงานนี้ด้านนี้อีกครั้งในขณะให้บริการที่คลินิกเอกชน แต่ก็เน้นที่การรักษาพยาบาลเป็นหลักมากกว่าบริการที่ผสมผสาน

3.1.3 สมบัติฐานของขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

- 1) ปรับแนวคิด และบทบาทของทีมงานเวชปฏิบัติทั่วไป
- 2) ทดลองพัฒนารูปแบบบริการตามแนวคิดข้างต้น เพื่อศึกษาหาเงื่อนไขและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน พร้อมกับการหาแนวทางการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสม โดยมีสมมติฐานขององค์ประกอบการพัฒนาริการในเขตเมือง และเขตชนบท ดังนี้

เขตเมือง การจัดบริการควรมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาระบบงานบุคลากร และข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการดูแลประชากรที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน จะทำให้เกิดบริการที่ดีขึ้น โดยมีสถานที่ตั้งสถานบริการที่เหมาะสมที่เดินทางได้สะดวก จะทำให้เกิดบริการที่ดีขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น บุคลากรที่ให้บริการควรมีแพทย์ด้วยอย่างน้อยเป็นบางเวลาร่วมกับพยาบาล

เขตชนบท พัฒนาริการเดิม อันได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ให้มีการดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบที่มีอยู่แล้ว อย่างผสมผสาน มีระบบการจัดการ ข้อมูลข่าวสาร ที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงการบริการได้ดี พร้อมกับการพัฒนาบุคลากรที่สถานีอนามัยโดยเจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน จะทำให้เกิดบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตชนบทที่มีคุณภาพมากขึ้น

- 3) สรุปบทเรียนการดำเนินงานทดลองรูปแบบบริการ เพื่อสรุปความเป็นไปได้ในการทดลองดำเนินพัฒนาริการเวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งเงื่อนไขที่จำเป็นในระดับพื้นที่ และในระดับนโยบายของประเทศ
- 4) หาแนวทางปรับให้หน่วยงานด้านการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย พัฒนาระบบบริการ เพื่อทำความเข้าใจ พร้อมกับมีบทบาทในการพัฒนาด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมกับระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในระยะยาวต่อไป

3.2 การดำเนินงานพัฒนา และศึกษาวิจัย

3.2.1 ปรับแนวคิดใหม่ต่องานเวชปฏิบัติทั่วไป

โดยการกำหนดค่านิยม และบทบาทของแพทย์ และระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ให้มีศักดิ์ศรี และเหมาะสมกับประเทศไทย

ก. ค่านิยมและบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ส่วนนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์การพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศต่างๆ ร่วมกับการระดมความคิดเห็น อภิปรายแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้มีประสบการณ์ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย เพื่อหาข้อสรุปถึงค่านิยม และบทบาทที่ควรเป็นในประเทศไทย และนำเสนอต่อคณะทำงานแพทยศาสตรศึกษาครั้งที่ 6 จนเป็นที่ยอมรับ

ค่านิยมงานเวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้มีการสรุปจากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องหลายครั้ง และได้เสนอในการประชุมแพทยศาสตรศึกษา ครั้งที่ 6 และเป็นที่ยอมรับซึ่งผ่านการประชุมกับคณะทำงานมาหลายครั้ง มีเนื้อหาดังนี้

“งานเวชปฏิบัติทั่วไป หมายถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) แบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community)” ระดับความสามารถของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนั้น มีระดับที่ต่างกันตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และบทบาทที่รับผิดชอบในระบบบริการ ฉะนั้นคุณสมบัติของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในลักษณะเวชปฏิบัติทั่วไปจึงมีได้หลายระดับ “แพทย์จบใหม่สามารถปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไปได้ โดยได้รับการเสริมสร้างแนวความคิด ความรู้ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีต่องานเวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งในขณะที่กำลังเรียน และเริ่มปฏิบัติงาน ส่วนแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์การทำงาน การฝึกอบรม โดยการปฏิบัติงาน (on the job training) และการฝึกอบรมเพิ่มเติมจากสถาบันทางการแพทย์ ก็อาจพัฒนาตนเองไปถึงระดับผู้ชำนาญการ หรือผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปได้” ซึ่งหมายความว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้จำกัดที่วุฒิการศึกษาในระบบแต่เพียงประการเดียว แต่เน้นที่บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานตามลักษณะงานเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหลักมากกว่า

ซึ่งผลการประชุมนี้ได้กระจายไปสู่แพทยสภา คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่ง ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข

จากการประชุมแลกเปลี่ยนเห็นว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน น่าจะเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานใกล้เคียงกับแนวความคิดข้างต้น แต่ในด้านคุณภาพบริการ และความต่อเนื่อง ผลผสมผสานของการบริการยังเป็นส่วนที่ต้องมีการพัฒนาต่อ และแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ รพช. น่าจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น ตามความคิดข้างต้น

แต่เนื่องจากมีความขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท และขอบเขตของงานเวชปฏิบัติทั่วไปมีความกว้างขวางมากขึ้น มิใช่แต่บริการด้านการรักษาพยาบาล แต่ต้องผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ มิใช่เพียงดูแลรักษาทางกาย แต่ต้องคำนึงถึง และร่วมดูแลสุขภาพด้านจิตใจ และสังคมด้วย **ทำให้ขอบเขตของการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปนั้น ต้องรวมการพัฒนามูลฐานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องร่วมไปด้วย** ได้แก่ พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการระดับตำบล ในลักษณะเป็นที่งานโครงการจึงต้องดำเนินการพัฒนาในขอบเขตที่กว้างขึ้นไปถึงทีมงานเวชปฏิบัติทั่วไป มิใช่เฉพาะแพทย์ แต่จะมีจุดเน้น และน้ำหนักที่แพทย์มากกว่า แต่ทั้งนี้ขึ้นกับโอกาสที่จะเอื้ออำนวย

นอกจากนี้ ชื่อของ “งาน/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” ได้มีการเสนอให้ปรับเปลี่ยนเป็น “เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice)” ทั้งนี้เพื่อพยายามที่จะสื่อแนวความคิดของการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการดูแล และให้บริการแบบต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวมมากขึ้น ฉะนั้นในรายงานอาจมีการกล่าวถึงด้วยชื่อที่คลงกันทั้งเวชปฏิบัติทั่วไป และเวชปฏิบัติครอบครัว อีกทั้งการบริการที่ระดับปฐมภูมิ เป็นส่วนของระบบบริการที่ควรจะดำเนินงานด้วยเนื้อหาบริการที่มีลักษณะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลัก จึงทำให้การพัฒนางานในโครงการนี้เป็นลักษณะที่ดำเนินการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป และระบบบริการปฐมภูมิควบคู่กันไป เพราะเนื้อหาของการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และซ้อนกัน ฉะนั้นเนื้อหารายงานอาจจะกล่าวคลงกันทั้งการพัฒนางานปฐมภูมิและการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป

ข. ขอบเขตของบริการที่เป็นระบบบริการด่านแรก/บริการปฐมภูมิ

ส่วนนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการสำรวจสถานการณ์การใช้บริการจริงในพื้นที่ และการระดมความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

การที่จะกำหนดขอบเขตของบริการด่านแรกว่ามีขอบเขตเพียงใด และมีลักษณะอย่างไร ย่อมขึ้นกับสภาพพื้นที่ ความสะดวกในการเดินทาง สถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศ และทรัพยากรบุคคลที่มีวามากน้อยเพียงใด กระจายอย่างไร เช่นหน่วยบริการที่มีแพทย์ให้บริการ ย่อมให้บริการในขอบเขตที่กว้างกว่าการให้บริการโดยพยาบาล แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนแพทย์ที่จะให้บริการ หน่วยที่ให้บริการโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมย่อมจะสามารถให้บริการรักษาโรคพื้นฐานระดับต้นได้ระดับหนึ่ง ร่วมกับการบริการที่บ้านและงานส่งเสริมสุขภาพได้ระดับหนึ่ง

หากกำหนดว่าบริการด่านแรก เป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย หรือแพทย์ทั่วไปดูแลได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ก็จะพบว่าบริการของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลใหญ่ เป็นบริการพื้นฐานที่ควรให้บริการโดยหน่วยบริการด่านแรก อย่างน้อยร้อยละ 50 - 70 (จากการศึกษา กล่าวในข้อ. 3.2.8 -2)...) ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของโรงพยาบาล อย่างเช่น โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อจากจังหวัดข้างเคียงด้วย ฉะนั้นสัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางจึงมากกว่าโรงพยาบาลอยุธยาซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่รับส่งต่อมาจากจังหวัดข้างเคียงน้อยกว่า อีกทั้งอยุธยาตั้งอยู่

ใกล้กรุงเทพฯ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจึงเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ในกรุงเทพฯ ลักษณะผู้ป่วยที่รับบริการที่อยุธยาจึงมีความรุนแรงซับซ้อนน้อยกว่าอีก 2 โรงพยาบาล

รวมทั้งการใช้บริการของประชาชนที่ศูนย์แพทย์ชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล และคลินิกเอกชนก็ถือว่าเป็นบริการด้านแรกเช่นกัน แต่สถานพยาบาลแต่ละส่วนมีบทบาทต่อการให้บริการแต่ละประเภทด้วยน้ำหนักที่ต่างกัน และให้บริการแก่กลุ่มประชาชนที่ต่างกัน (กล่าวแล้วในข้อ 3.2.8-1)) บางส่วนอาจซ้อนกัน แต่ให้บริการคนละประเภท

แต่โดยหลักการพื้นฐาน ที่พบว่าการมีสุขภาพดีของประชาชนนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบพื้นฐานจากพันธุกรรมที่กำหนดส่วนประกอบพื้นฐานของร่างกาย แล้วถูกขยายหรือพัฒนาปรับเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม รวมทั้งการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละคน ระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่มีส่วนในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น การหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความผิดปกติ รวมทั้งการช่วยรักษาฟื้นฟู ในกรณีที่มีความผิดปกติ หรือมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บทบาทของระบบบริการสาธารณสุขมี 2 เป้าหมายหลัก คือ¹

1) การทำให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดตามศักยภาพที่มี ด้วยการหาวิธีการป้องกันการเกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการเมื่อมีการเจ็บป่วย

2) ลดความแตกต่างในการเข้าถึงบริการของประชากรทุกกลุ่มในสังคม และการมีความสามารถในการมีสุขภาพที่ดีสุดตามศักยภาพ (optimal health)

บทบาทของบริการปฐมภูมิเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด เป็นกลไกหนึ่งที่จะทำให้ระบบบริการฯ บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้

คำว่า Primary Care (บริการปฐมภูมิ), Primary Health Care และ General Practice (บริการเวชปฏิบัติทั่วไป) เป็นคำที่มักใช้แทนกันอยู่เสมอในเอกสารต่างประเทศ แต่โดยทั่วไป Primary care และ general practice มักจะหมายถึงส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ (Primary medical services) ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ PHC แต่ในเอกสารวิชาการของประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นอังกฤษ อเมริกา ที่อธิบายแนวความคิดของ Primary care มักจะให้ความหมายของ Good Primary Care ในความหมายที่ครอบคลุมแนวความคิดของ PHC ซึ่งหมายถึงการจัดการบริการที่มีแนวความคิดการมองสุขภาพที่กว้างจากเดิม รวมบริการด้านสุขภาพ อื่นๆ และ บริการทางสังคมเพิ่มเติมเข้าไปกับบริการทางการแพทย์ เป็นบริการที่ดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วย² ความหมายของ Primary care ยังมีความหมายในเชิงการจัดองค์กรบริการที่มีประสิทธิภาพ มีบทบาทที่เป็น proactive care เน้นการให้บริการแก่ประชาชนที่เพิ่มเติมจากบริการเดิมที่เน้น แต่การรักษา จุดแข็งของ Primary care คือกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด้านหน้า (front line) การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง(ongoing care) และบริการผสมผสาน (comprehensive) และเป็นผู้ประสานการบริการที่จำเป็น (co-ordinate care)

¹ Barbara Starfield Primary Care : Concept, Evaluation and Policy, 1992; 3, 11-12

² Rifat A.,Henrietta Lang What is good primary care? Developing Primary Care Resource Pack 1996; M2-4 -M2-5

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมา อัลตา ปีค.ศ.1978 กำหนดว่าหมายถึง “บริการระดับแรกที่บุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นส่วนที่นำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานของประชาชน มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้”³

แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็น ให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการบริหาร ดูแล (Care) มากกว่า การรักษาโรคให้หาย (cure)⁴

PHC มีความหมายทั้งในแง่ที่เป็นชุดของกิจกรรม และในด้านที่เป็นปรัชญาของกาดำเนินงานที่มุ่งให้เกิด Empowerment, equity, humanity and “whole” person care

PHC activities ประกอบด้วย

- health promotion
- health maintenance (reassurance of worried well, maternity care)
- health development (cross sectoral action to improve the environmental economic and social inputs into health)

ความหมายของคำเหล่านี้ในประเทศไทยยังมีความสับสนมากขึ้น เพราะความหมายของ Primary Health Care หรือสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยในระดับปฏิบัติการจริง ถูกแปลในลักษณะที่เป็นชุดกิจกรรมมากกว่าความหมายเชิงปรัชญาที่มุ่งให้เกิดการพึ่งตนเองได้ของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่วนความหมายของบริการด้านแรก หรือบริการปฐมภูมิ (Primary care) ก็มีความเข้าใจที่หลากหลาย และมีขอบเขตที่ต่างกัน

ในเอกสารนี้ผู้เขียนให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ ในลักษณะที่เป็นการให้บริการ แบบเบ็ดเสร็จ ผสมผสาน ที่มีมิติการมองสุขภาพที่กว้างกว่าการรักษาพยาบาล ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับประชาชน ซึ่งนำเอาแนวปรัชญาสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐานของการดำเนินงาน จัดระบบบริการเพื่อรองรับการให้บริการด้านแรก การให้บริการที่ผสมผสานการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ จัดบริการที่ให้ความสำคัญต่อการบริการต่อเนื่อง การบริการแบบองค์รวม เป็นหน่วยที่ประสานงาน และส่งต่อผู้มารับบริการไปยังหน่วยงานอื่นเมื่อมีความจำเป็น ทั้งนี้จากฐานประสบการณ์การศึกษาวิจัยในต่างประเทศ และในประเทศไทย

³ Rifat A.,Henrietta Lang What is good priamry care? - a collection of seminal papers., Developing Primary Care Resource Pack 1996, M2-8

⁴ Rifat A.,Henrietta Lang What is good priamry care?Executive Summary, Developing Primary Care Resource Pack 1996; M2-3

3.2.2 การขยายแนวความคิด ต่องานเวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แนวใหม่ไปสู่วงกว้าง

การดำเนินการส่วนนี้ ใช้วิธีการประชุมแลกเปลี่ยนกับคณะแพทย์ฯ ทุกคณะ การประชุมในแพทยสภา และการประชุมในกลุ่มผู้สนใจในกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการจัดทำเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ในรูปแบบเล็ก เผยแพร่ทั่วประเทศ และการจัดทำเอกสารผลการประชุมกระจายสู่ผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ประสบการณ์จากผลการศึกษาพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในโครงการอยุธยา⁵ แต่ยังมีได้ดำเนินการเสนอต่อประชาชนทั่วไป และแพทย์ทั้งหมดในวงกว้าง

นอกจากนี้คณะทำงานได้คิดวางแผนการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อทำความเข้าใจเรื่องการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการ และความเข้าใจเรื่องบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ควรจะเป็น ซึ่งได้มีการกำหนด เนื้อหา องค์ประกอบสำคัญ เป็นโมดูลดังนี้

1. Concept of Health Service Organization
2. Analysis of health service system
3. Organization of curative service, MCH, and essential service activities
4. The information system for decision making
5. Management
6. General Practitioner
7. Epidemiology and Research
8. Health care financing
9. Care provision process and communication
10. Training and supervision

แต่เนื่องจากไม่สามารถประสานกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดหลักสูตรนี้เพื่ออบรมผู้บริหารระดับกลาง และระดับสูงได้ จึงไม่ได้ดำเนินการต่อเนื่อง และเน้นมาที่การพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ ที่มี การทดลองพัฒนาแทน

งานอีกส่วนหนึ่งของการขยายความคิดนี้ คือการประสานให้มีการทดลองดำเนินการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ลักษณะต่างๆ โดยใช้หลักการใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ และบริการระดับปฐมภูมิ แนวคิดของความหมายเวชปฏิบัติทั่วไป⁶ โดยที่นักวิจัยพื้นที่พัฒนากิจกรรมการดำเนินงานตามลักษณะความพร้อมและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาจะกล่าวรายละเอียดในส่วนต่อไป

⁵โครงการอยุธยาเป็นงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จ. พระนครศรีอยุธยา ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล Institute of tropical Medicine (Antwerp) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2532

⁶กล่าวแล้วในส่วนที่เป็นความหมายของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ และบทบาทของบริการปฐมภูมิในส่วนของความหมายของการศึกษาวิจัย หน้า 5-6

3.2.3 ประสานและสนับสนุนให้มีการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเวชปฏิบัติทั่วไป ด้วยวิธีคิดใหม่ และวิธีการใหม่ในเขตเมือง และชนบท

1) ในพื้นที่เขตเมือง เมื่อวิเคราะห์พบว่าไม่มีโครงสร้างการให้บริการระดับปฐมภูมิที่มีการบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง และครอบคลุมประชากรได้ดีตามแนวคิดเวชปฏิบัติทั่วไป จึงได้มีการสร้างรูปแบบบริการใหม่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ด้วยแนวคิดของการสร้างรูปแบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ซึ่งดำเนินการโดยโครงการอยุธยา ที่เป็นโครงการวิจัยและพัฒนากระบวนการสาธารณสุขที่ดำเนินการมาก่อนแล้ว ซึ่งได้แสดงรูปแบบบริการตามแนวคิดคำนิยามของเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ตามที่กล่าวข้างต้น จึงได้มีแนวทางที่จะทดลองดำเนินการในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม เพื่อเป็นการทดสอบว่าแนวความคิด และเครื่องมือที่ดำเนินการในพื้นที่อยุธยานั้นสามารถดำเนินการในพื้นที่อื่นได้หรือไม่ และต้องมียุทธศาสตร์ประกอบการพัฒนาอย่างไรอีกเพิ่มเติม หรือมีข้อจำกัดอย่างไร จึงได้มีการทดลองและพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปตามแนวความคิดที่เสนอในหัวข้อข้างต้น ในพื้นที่อื่นๆ เพิ่มเติมโดยประสานกับบทเรียน ประสบการณ์ในพื้นที่อยุธยา เพื่อหาเงื่อนไขที่เอื้อต่อการประสบผลสำเร็จที่เป็นลักษณะทั่วไปมากขึ้น และ หาปัจจัยสำคัญที่เป็นส่วนผลักดันงานนี้ได้ในระยะยาว จึงมีการทดลองพัฒนารูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งในพื้นที่เขตเมือง และเขตชนบทในจังหวัดอยุธยา (ต่อเนื่อง) นครราชสีมา (เฉพาะเขตเมือง) ขอนแก่น (ทั้งเมืองและชนบท) นครสวรรค์ (เฉพาะเมือง) และหาดใหญ่ (เมือง) ทั้งนี้โครงการฯมิได้กำหนดรูปแบบกิจกรรมที่ต้องดำเนินการเหมือนกันทุกแห่ง แต่เป็นการดำเนินการบนฐานของการวิเคราะห์สถานการณ์ของแต่ละที่ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แล้วมีกิจกรรมที่จะแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ วิจัย โดยนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ร่วมกันเป็นเครือข่าย ที่ศึกษาซึ่งกันและกันไปพร้อมกันด้วย ซึ่งเมื่อดำเนินการมาได้ระยะหนึ่งก็ได้เรียนรู้ถึงจุดดี จุดอ่อนของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ และสรุปเป็นบทเรียนถึงเงื่อนไขปัจจัยสำเร็จ และที่เป็นอุปสรรคได้ (รายละเอียดดูในรายงานเล่มที่ 2) รวมทั้งการศึกษามบทเรียนการพัฒนาบริการที่ใกล้เคียง ได้แก่การพัฒนาบริการเครือข่ายกับคลินิกเอกชนที่รพ.นพรัตน์ราชธานี เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

2) การพัฒนาบริการในเขตชนบท ได้มีการทดลองดำเนินการพัฒนาบริการที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตชนบท โดยใช้แนวคิดและประสบการณ์ในการพัฒนาจากโครงการอยุธยา ในพื้นที่เขตอำเภอนครหลวง จังหวัดอยุธยา และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีการพัฒนาบริการได้ระดับหนึ่ง มีข้อจำกัดในการแสดงผลงานให้เห็นความสำเร็จมากกว่าในเขตเมือง เพราะเป็นการดำเนินงานภายใต้ระบบบริการเดิม ไม่สามารถตัดทอนบริการเดิมที่ไม่จำเป็นได้ ต้องทำงานเพิ่มเติม อีกทั้งระบบปกติมีปัญหาของการโยกย้าย หมุนเวียนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการ ทำให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง และต้องเสียเวลาในการดำเนินงานอย่างมาก (รายละเอียดดูในเอกสารรายงานเล่มที่ 2) แต่ก็มีการพัฒนาบุคลากรและงานบางส่วนภายใต้ระบบปกติให้มีความมากขึ้นได้บางเรื่อง แต่ยังไม่สามารถพัฒนาไปถึงขั้นการปรับระบบบริการ

3) การพัฒนาบริการโดยมหาวิทยาลัย นอกจากการพัฒนาบริการในพื้นที่เขตเมือง และเขตชนบท โครงการยังมีความพยายามในการพัฒนารูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปโดยมหาวิทยาลัย ทั้งนี้เพื่อเป็นประสบการณ์ตรงให้แก่อาจารย์ในมหาวิทยาลัย และเพื่อใช้เป็นสถานที่สำหรับการศึกษาวิจัย พัฒนางองค์ความรู้ และเป็นที่เรียนที่สอนสำหรับนักศึกษาสาขาทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันจำนวนหลายครั้งโดยเฉพาะที่ร่วมกับธรรมศาสตร์ แต่มีอุปสรรคของผู้ดำเนินการให้เป็นรูปธรรม จึงยังไม่คืบหน้าในการพัฒนารูปแบบบริการที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

3.2.4 การพัฒนากำลังคนควบคู่ไปกับการพัฒนาบริการ

โครงการนี้มีวิวัฒนาการของความคิด และรูปแบบวิธีการที่เปลี่ยนไปในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้บริการด้านเวชปฏิบัติทั่วไปที่มีคุณภาพ แต่ทำให้เข้าใจถึงประเด็นสำคัญของการพัฒนางานด้านนี้ คือการพัฒนาที่แนวคิด ทิศนคติในการมองปัญหาสุขภาพ และการมองการแก้ปัญหาที่เน้นการมองผลกระทบต่อประชาชนเป็นศูนย์กลาง แทนที่จะดำเนินการตามกิจกรรมโดยขาดการประเมินถึงผลกระทบต่อประชาชนที่เป็นเนื้อแท้ หรือคุณค่าของกิจกรรมบริการนั้นๆ ความสำคัญของการประเมินปัญหาความต้องการของผู้รับบริการหรือประชาชนที่รับผิดชอบให้ได้ และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหุ้นส่วนผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนกระบวนการพัฒนาให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจและมีทักษะดังกล่าวนั้นยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาให้ง่ายขึ้น สมบูรณ์ขึ้น ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือใช้เวลาน้อยแต่ได้ผลมาก (รายละเอียดเนื้อหาที่จำเป็นในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอำเภอ ดูในภาคผนวกที่ 1..)

การศึกษาส่วนนี้เป็นทั้งการหาเนื้อหาที่จำเป็น และการพัฒนาระบบการพัฒนา กำลังคน การฝึกอบรม ที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเชื่อมโยงอาจารย์มหาวิทยาลัยมามีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น และเพื่อหาสถาบันวิชาการที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนากำลังคนในระยะยาวต่อไป แต่ส่วนหลังนี้ยังพบว่ามหาวิทยาลัยยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการดังกล่าว เพราะมักมีรูปแบบที่เบ็ดเสร็จแล้ว และมักเป็นการสอนให้เนื้อหา มากกว่าการปรับแนวความคิด และการพัฒนาวิธีคิดใหม่ ซึ่งเป็นส่วนที่โครงการฯ ต้องหาทางแก้ปัญหาส่วนนี้ต่อไป

3.2.5 การเชื่อมโยงกับระบบการศึกษา และสถาบันวิชาการในมหาวิทยาลัย

การดำเนินงานของโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาฯ นี้ได้ดำเนินการโดยให้ส่วนของมหาวิทยาลัยที่เป็นคณะแพทยที่สนใจได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น รามาริบัติ ธรรมศาสตร์ และแพทยสภา สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เข้าร่วมตลอดในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการมีบทบาทร่วมในการพัฒนาบุคลากร การฝึกอบรม และการศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบบริการ รวมทั้งการเชื่อมต่อกับผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ ซึ่งทำให้เกิดเครือข่ายรู้จักกัน ร่วมมือกันในการศึกษาดูงานระหว่างพื้นที่ มีการส่งนักศึกษาฝึกงานที่อยุธยา และนครราชสีมา มีการพัฒนาหลักสูตร

มาโครงการฯ ยังไม่สามารถทำให้เกิดองค์กรที่ดูแล และพัฒนางานด้านการศึกษานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากพอ อาจารย์ที่มีส่วนร่วมมีความเข้าใจ ความสนใจเพิ่มมากขึ้น แต่การปฏิบัติเพื่อปรับ และเปลี่ยนแปลงในระบบการศึกษาที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโครงการฯ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้ อีกทั้งการเชื่อมต่อระหว่างอาจารย์ในมหาวิทยาลัย และจำนวนผู้สนใจยังไม่พอที่จะเป็น critical mass ในการพัฒนางานส่วนนี้ อาจารย์ยังมีการะงานด้านอื่นมาก รวมทั้งเป็นจังหวะก้าวที่โครงการฯ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญแก่เรื่องนี้ทั้งหมด

3.2.6 การประสานและผลักดันการจัดระบบสนับสนุนการพัฒนางานให้ยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ข้างต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่จะพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปได้นั้น ส่วนหนึ่งต้องพัฒนาแนวความคิด สร้างองค์ความรู้ให้ชัดเจน และจัดปรับระบบบริการให้เอื้อต่อระบบบริการปฐมภูมิมากขึ้น นอกจากนี้ การที่จะคงสภาพให้บุคลากรปฏิบัติงานนี้ได้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ การดำเนินงาน การให้คำตอบแทนที่เหมาะสมสูงใจ ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และความรู้สึกรักมีศักดิ์ศรี มีความรู้ที่ดีในการพัฒนางานที่ต่อเนื่อง ฉะนั้นโครงการฯ จึงได้ดำเนินการทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง และให้ผู้เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วม เห็น สัมผัสกับกระบวนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ ได้เข้าใจถึงเอกลักษณ์และความสำคัญของงานเวชปฏิบัติทั่วไป และร่วมให้เห็นความเห็นในการจัดระบบสนับสนุนในอนาคต ด้วยกระบวนการประชุม และการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศฉบับที่ 8 และแผนปฏิบัติการในระดับกระทรวงสาธารณสุข และแผนเขตเมืองโดยกระทรวงมหาดไทย

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

- การทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบในส่วนของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้มีส่วนในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8
- การประสานด้านงบประมาณกับสำนักงบประมาณ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ทดลอง และพื้นที่ดำเนินการในระยะยาว
- การจัดระบบองค์กรและกรอบอัตรากำลังรองรับงานเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง ทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข และเทศบาลซึ่งขึ้นกับกระทรวงมหาดไทย
- การจัดระบบความก้าวหน้าโดยการประสานกับก.พ. เช่นการให้แพทย์พช.สามารถก้าวหน้าได้ถึงระดับ 9 ในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
- การร่วมนหามาตรการแก้ไขการขาดแคลนแพทย์ในชนบท ได้แก่การเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์ในการให้บริการ
- การทำความเข้าใจและเชื่อมต่อกับผู้รับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุข เช่นกองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค กองการเจ้าหน้าที่ ในการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในเชิงนโยบาย แผนงาน แผนงบประมาณ การพัฒนามูลฐาน และการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง

3.2.7 การมีส่วนร่วมพัฒนานโยบาย แผนงาน และมาตรการที่สนับสนุนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติครอบครัว และบริการปฐมภูมิ

การดำเนินการส่วนนี้ใช้กระบวนการที่มีการสื่อสารเนื้อหาเกี่ยวกับงานเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวกับผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย และระดับแผนงานเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง และการให้ผู้เกี่ยวข้องได้เข้าไปเห็นผลลัพธ์บริการเองโดยตรง รวมทั้งการที่นักวิจัย และผู้พัฒนาบริการในแต่ละพื้นที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมเสนอมผลงานวิชาการในเวทีต่างๆ และเข้าร่วมประชุมระดมความเห็นในการพัฒนานโยบาย และแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8

ประเด็นเนื้อหาสรุปที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบาย กลวิธี และมาตรการ ต่างๆ มีดังนี้

- การยอมรับค่านิยมใหม่ของงานเวชปฏิบัติทั่วไป / แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปโดยสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษา แพทยสภา และหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข
- การยอมรับการส่งเสริม สนับสนุนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยแพทยสภา มีการตั้งคณะทำงานเพื่อรองรับการดำเนินการนี้ และมีการเสนอให้ปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปใหม่ มีการเสนอมาตรการจูงใจให้แก่แพทย์ที่สนใจศึกษาในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนบริการเวชปฏิบัติทั่วไป โดยพยายามจัดบริการเวชปฏิบัติทั่วไปโดยคณะแพทย์ฯ เพื่อเป็นรูปแบบการเรียนรู้ และการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในคณะแพทย์ฯ
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จัดตั้งสถานเวชศาสตร์ครอบครัว ชุมชน และฉุกเฉิน ในคณะแพทย์ มีฐานะเทียบเท่ากับสถานคลินิก ซึ่งประกอบด้วยสาขาเฉพาะทางย่อยที่แสดงถึงการให้ความสำคัญของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาที่ใหญ่ และมีการพัฒนาโครงสร้างของโรงพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปในรพ.
- กระทรวงสาธารณสุขให้คำตอบแทนวิชาชีพให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 4000 บาท
- มีการบรรจุแผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในเขตเมืองที่ชัดเจนที่ให้อำเภอโดยเทศบาล ภายใต้การร่วมมือ สนับสนุนกับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อรองรับการขยายศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ในเขตเมืองเพิ่มขึ้น เพื่อให้การบริการสาธารณสุขพื้นฐานในเขตเมืองมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น
- นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ได้กำหนดให้การพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นกลวิธีสำคัญกลวิธีหนึ่ง และการกำหนดให้มีแผนงานเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแผนงานหนึ่งในแผนงานระบบบริการสาธารณสุข เพื่อทดลองขยายการดำเนินงานเวชปฏิบัติครอบครัวในพื้นที่ที่สนใจอย่างกว้างขวางมากขึ้นโดยมีงบประมาณที่ชัดเจนรองรับในการพัฒนาบริการ และการพัฒนากำลังคนที่ดำเนินงาน ซึ่งปัจจุบันได้มีการดำเนินการตามแผนในการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในรพศ./รพท.จำนวน 10 แห่ง และรพช. จำนวน 14 แห่ง ในพื้นที่ 7 จังหวัด
- การเสนอให้งานเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นงานหนึ่งในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดสรรอัตรากำลังที่ชัดเจนเพื่อรองรับการปฏิบัติงานนี้

- มีการขยายความก้าวหน้าให้แก่แพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไปในสายราชการไปได้ถึงระดับ 9 และระดับ 10 เช่นเดียวกับสาขาเฉพาะทางอื่นๆ
- มีแนวโน้มที่จะมีการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานบริการปฐมภูมิในลักษณะเหมาจ่ายหัว (capitation basis) และให้มีความคล่องตัวแก่หน่วยงานในการบริหารจัดการบริการทั้งด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการในส่วนงบประมาณการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย

3.2.8 การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อการประเมินผล และประเมินแนวทางการพัฒนางานต่อเนื่อง และประกอบการเสนอนโยบาย (รายละเอียด ดูจากรายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ของแต่ละเรื่อง)

ในการศึกษาด้วยวิธีการพัฒนารูปแบบบริการดังกล่าวข้างต้นนั้นยังมีข้อจำกัดในการศึกษาข้อมูลบางส่วนที่จะเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมการใช้บริการสุขภาพ และความเห็นหรือปฏิกิริยาของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิประเภทต่างๆ รวมทั้งการศึกษาความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การเสนอความเห็นต่อผู้เกี่ยวข้องระดับนโยบาย จึงได้มีการวางแผนการศึกษาเฉพาะเพิ่มขึ้น ดังนี้

- การศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเปรียบเทียบกับที่ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการใหม่กับบริการลักษณะเดิมที่มีอยู่แล้ว
 - การศึกษาสัดส่วน และลักษณะของประชาชนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อแสดงถึงสถานการณ์ของการใช้บริการปฐมภูมิในระบบเดิม ว่ามีจุดเด่น จุดอ่อนที่ส่วนใด และความจำเป็นในการพัฒนาบริการนี้มีมากน้อยเพียงใด และจะพัฒนาได้อย่างไร
 - การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา และเทศบาลหาดใหญ่ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการบริการ และความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์แพทย์ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ทั้งนี้เพื่อประเมินสถานการณ์การใช้บริการจริงๆ ในชุมชน เพื่อแสดงภาพรวมของบทบาทของหน่วยบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งเป็นการประเมินผลกระทบของบริการใหม่ที่มีการพัฒนาขึ้น โดยพิจารณาจากฐานมองในชุมชนเข้าไปสู่ระบบบริการ
- ทั้งหมดข้างต้นนี้ ก็เพื่อศึกษาถึงความจำเป็น ความสำคัญของการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และหาข้อมูลที่เป็นฐานในการพิจารณาเสนอทางเลือกการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ
- การศึกษาทัศนคติของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนต่อการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งแพทย์ รพช. เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ผู้วางแผนควรเข้าใจว่าปัจจุบันเขาคิดต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างไร จะมีแนวทางให้เข้ามามี

ส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานนี้ได้หรือไม่

- งานวิจัยอีกเรื่องหนึ่งที่ต่อเนื่องกับเรื่องข้างต้น คือการศึกษาความเห็นของผู้บริหารระดับสูง และประชาชนต่อบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนพัฒนางานนี้ต่อไป แต่เนื่องจากโครงการฯ มีข้อจำกัดในการดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา จึงยังไม่ได้ดำเนินการวิจัย

ข้อสรุปสำคัญจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการปฐมภูมิ (ตามที่กล่าวข้างต้น)

1) . การใช้บริการของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย ในเขตเทศบาล (สำรวจจากชุมชน)

ในพื้นที่ เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา พบว่าเมื่อประชาชนเจ็บป่วยเล็กน้อย ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่อายุ 14 ปีขึ้นไป ดูแลสุขภาพด้วยการซื้อยากินเองสูงที่สุด (เฉลี่ย ร้อยละ 45.5 range ร้อยละ 36 - 57.4) รองลงมาคือ พักผ่อน/ปล่อยให้หายเอง (เฉลี่ยร้อยละ 14.6 range ร้อยละ 8.8 -17.9) ไปศูนย์แพทย์ชุมชน (เฉลี่ย ร้อยละ 13.2 range ร้อยละ 1.8 - 25.5) ไปคลินิกเฉลี่ยร้อยละ 12.8 (range ร้อยละ 9.4 - 29.8) ไปโรงพยาบาลจังหวัด เพียงเฉลี่ยร้อยละ 4.3 (range ร้อยละ 0-11.3) ไปโรงพยาบาลเอกชนเฉลี่ยร้อยละ 1.3 (range ร้อยละ 0-8.3) (ภาคผนวก 2-ตารางที่ 1.1 - 1.4)

ในกลุ่มเด็กเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย มีแนวโน้มได้รับการดูแลด้วยการซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ใหญ่ และไปใช้บริการที่สถานพยาบาลมากขึ้น กล่าวคือ ซื้อยากินเองเฉลี่ยร้อยละ 31.9 ไปศูนย์แพทย์ร้อยละ 25.4 ไปคลินิกร้อยละ 21.1 ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 7.0 (ภาคผนวก2- ตารางที่ 2.1 - 2.3)

ประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลหาดใหญ่ ในกลุ่มผู้ใหญ่เมื่อเจ็บป่วยดูแลสุขภาพด้วยการซื้อยากินเองร้อยละ 31.5 ไม่แตกต่างกันมากไม่ว่าเป็นเขตชุมชนแออัด หรืออาคารพาณิชย์ หรือเขตที่อยู่อาศัย รองลงมาคือไปใช้บริการที่คลินิก ร้อยละ 30.4 (range ร้อยละ 23.5 - 35.9) ใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 17.8 (range ร้อยละ 5.2 - 31.8) ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร้อยละ 17.8 (range ร้อยละ 7.2 - 25.8) พักผ่อนปล่อยให้หายเองร้อยละ 15.1 (range ร้อยละ 14.0-16.3) ส่วนในกลุ่มเด็ก (น้อยกว่า 14 ปี) ก็ได้รับการดูแล ด้วยการซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ใหญ่เช่นกัน ไปใช้บริการที่คลินิกมากที่สุด รองลงมาคือศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล แต่ทั้งนี้ขึ้นกับฐานะของผู้ปกครอง ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อยมาก (ภาคผนวก2- ตารางที่ 3.1 - 3.3)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนเจ็บป่วยเล็กน้อย **ประชาชนมีวิธีการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย หน่วยที่เกี่ยวข้องมีมากกว่าโรงพยาบาล และสถานพยาบาลของรัฐ ประชาชนประมาณ 1 ใน 3 ของทุกกลุ่มซื้อยากินเอง** รองลงมาเป็นการใช้บริการที่คลินิก หรือศูนย์แพทย์ชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งมีสัดส่วนต่างกันตามฐานะและอาชีพ เด็กใช้สถานพยาบาลมากกว่าผู้ใหญ่ **ประชาชนใช้บริการที่โรงพยาบาลในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย** แต่มีสัดส่วนใช้มากขึ้นในกรณีที่เจ็บโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ในเขตเมืองถูกใช้บริการน้อยในด้านบริการพื้นฐานเมื่อเทียบกับบริการที่มีขนาดเล็กในชุมชน ทั้งนี้เพราะบริการที่คลินิก ศูนย์บริการฯ และร้านยา ใช้บริการได้สะดวก รวดเร็วกว่ากว่า ไปโรงพยาบาลต้องเสียเวลามาก และมีความซับซ้อนของขั้นตอนการให้บริการมากกว่า

ทั้งนี้แสดงว่าประชาชนมีการคัดเลือก และตัดสินใจการใช้บริการไปเองระดับหนึ่งแล้ว มิได้พึ่งแต่บริการของโรงพยาบาล

ส่วนการใช้บริการด้านวัคซีน ประชาชนที่พักอาศัยในชุมชนแออัด และพื้นที่ยากจนไปใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุขในสัดส่วนที่มาก ประมาณร้อยละ 60 (ภาคผนวก2-ตารางที่ 4.1-4.2) และในพื้นที่บ้านพักอาศัยใช้บริการที่ศูนย์ฯ ประมาณร้อยละ 30 ทั้งในพื้นที่อยุธยา และหาดใหญ่ ส่วนพื้นที่อาคารพาณิชย์ไปใช้บริการที่คลินิก หรือโรงพยาบาล

แสดงว่าการใช้บริการด้านวัคซีน ประชาชนที่ยากจนและระดับปานกลางมีความมั่นใจไปใช้บริการที่ศูนย์บริการ/ศูนย์แพทย์ฯ ในสัดส่วนที่มากที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะความสะดวก และราคาค่าบริการที่ต่ำกว่าคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลเอกชนมาก ส่วนกลุ่มอาคารพาณิชย์ก็นิยมใช้บริการที่คลินิกมากกว่าเพราะสะดวกกว่า บริการที่โรงพยาบาลถูกใช้น้อยที่สุด

2) สถานการณ์การใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (สำรวจที่ ร.พ.)

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลใหญ่ในเขตเมืองที่สร้างขึ้นมานานบนฐานแนวคิดการบริการแบบเฉพาะทางแยกเป็นสาขา เพื่อรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดเล็ก ส่วนหนึ่งก็ต้องให้บริการผู้ป่วยที่เจ็บเล็กน้อย เพราะขาดสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่บริการพื้นฐานในพื้นที่

จากการศึกษาพบว่า ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีผู้มารับบริการด้วยปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจำนวนมากเช่นกัน (ร้อยละ 28) ดัง ภาคผนวก2- ตารางที่ 5.1-5.2 และเป็นบริการที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางมากที่สุดเพียงครึ่งหนึ่งของผู้มารับบริการทั้งหมด (ภาคผนวก2- ตารางที่ 5.4, 6.2, 7.1) ดูแลได้โดยแพทย์ทั่วไปประมาณ 1 ใน 4 ดูแลได้โดยเจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือพยาบาลประมาณ 1 ใน 4 ซึ่งแสดงว่าการจัดบริการยังไม่สอดคล้องกับการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะใช้แพทย์เฉพาะทางให้บริการที่สามารถให้บริการได้โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย หรือแพทย์ทั่วไป อีกทั้งระบบบริการของโรงพยาบาลใหญ่มิได้จัดขึ้นเพื่อบริการพื้นฐานที่ผสมผสาน มีความซับซ้อน จึงทำให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบริการแบบผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวมในโรงพยาบาลใหญ่ทำได้ยาก เพราะผู้รับบริการมีจำนวนมาก และเงื่อนไขระบบข้อมูล บรรยายาคาสังแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย โรงพยาบาลใหญ่ไม่เหมาะแก่การให้บริการพื้นฐานระดับต้นที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้

ผู้ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นั้นประมาณ 1 ใน 4 เป็นผู้ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลอำเภอเมืองอีก 1 ใน 4 ถึง 1 ใน 3 พักอยู่ในเขตอำเภอเมืองแต่นอกเขตเทศบาล และมาจากนอกอำเภอเมืองอีกประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง โดยที่สัดส่วนความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้มารับบริการในแต่ละพื้นที่ข้างต้นมีลักษณะต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล

บาล และนอกเขตเทศบาลในอำเภอเมืองมีลักษณะคล้ายกัน คือเป็นปัญหาที่ต้องการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 30-50 ประมาณ 1 ใน 3 ดูแลได้โดยเจ้าหน้าที่สอ. อีก 1 ใน 3 ดูแลได้โดยแพทย์ทั่วไป ส่วนกลุ่มที่มาจากนอกอำเภอเมืองจะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ต้องดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางประมาณร้อยละ 60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลวิธีการที่จะลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ควรมาที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมืองนั้นจำเป็นต้องใช้กลวิธีการแก้ปัญหาหลายวิธี และแต่ละกลวิธีก็สามารถลดได้ในจำนวนไม่เท่ากัน

3) การจัดบริการเพื่อลดภาระการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่

เมื่อพิจารณาลักษณะปัญหาสุขภาพ ประกอบกับการกระจายของที่พักอาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ประชากรที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองร้อยละ 22, 20 และ 31 ตามลำดับ และหากพิจารณาถึงกลวิธีการจัดบริการพื้นฐานเพื่อทดแทนการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า หากพิจารณาเฉพาะแก้ปัญหาให้แก่ประชาชนในเขตเทศบาล โดยการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขขึ้น การรองรับประชาชนที่ใช้บริการได้มากขึ้นได้ขึ้นกับบุคลากรที่ให้บริการ หากเป็นพยาบาล ไม่มีแพทย์ทั่วไปให้บริการจะสามารถรองรับผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลได้ร้อยละ 6.3, 7.7, 9.9 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ตามลำดับ และหากมีแพทย์ทั่วไปให้บริการจะรองรับเพิ่มเป็นร้อยละ 14.5, 14.1, 15.9 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมืองเกิดขึ้น ผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งจะมาจากผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐแต่อีกส่วนหนึ่งจะมีผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นจากผู้ที่เคยใช้ที่คลินิกหรือบริการอื่น ดังตัวอย่างข้อมูลของประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยาที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ฯ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 8.2, 9.2, 10.2)

ส่วนในพื้นที่นอกเขตเทศบาลแต่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ก็เป็นส่วนที่ประชาชนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่จำนวนมาก (ร้อยละ 30) เพราะไม่มีโรงพยาบาลรัฐอื่นที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งพบเช่นเดียวกันว่าถ้าพัฒนาศถานีอนามัยให้มีขีดความสามารถมากขึ้นโดยไม่มีแพทย์ จะรองรับผู้ใช้บริการที่รพ. ได้ร้อยละ 6.3, 10.8, 4.8 และหากมีแพทย์ให้บริการเพิ่มขึ้นจะรองรับได้เพิ่มเป็นร้อยละ 18.8, 20.6, 13.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 8.2, 9.2, 10.2)

ส่วนพื้นที่นอกเขตอำเภอเมืองก็จำเป็นต้องพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่สามารถดูแลได้โดยแพทย์ทั่วไปได้ ก็จะสามารถลดผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้อีกร้อยละ 21.6, 9.9, 12.2 (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 8.2, 9.2, 10.2)

ทั้งหมดข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่าหากมีเป้าหมายเพื่อการลดผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่โดยไม่จำเป็น ต้องมีกลวิธีการพัฒนาหลายวิธีขึ้นกับฐานที่พำนักอาศัยและลักษณะปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการ และปริมาณที่จะลดได้โดยแต่ละกลวิธีก็ขึ้นกับลักษณะความสามารถของสถานพยาบาลที่มีอยู่ และการยอมรับของประชาชนต่อสถานพยาบาลนั้น ความห่างไกลของแต่ละพื้นที่ และการสร้าง/พัฒนาหน่วยบริการขึ้นมาใหม่จะลดภาระได้แค่ไหนก็ขึ้นกับบุคลากรที่ให้บริการมีความสามารถเพียงใด

แต่อย่างไรก็ตามการคิดโดยฐานของโรงพยาบาลดังกล่าวนี้อยู่เป็นการคิดจากฐานการรักษาพยาบาลแบบดั้งรับเป็นหลัก ยังไม่ได้พิจารณาจากงานที่ควรจะให้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และงานเชิงรุก หรือการให้บริการที่บ้านอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นบทที่หน่วยบริการขนาดเล็กให้บริการได้ดีกว่า ดังตัวอย่างของกรณีการใช้บริการรับวัคซีนที่ศูนย์แพทย์ฯ อยุธยา และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลขนาดใหญ่ หรือการบริการทางด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หรือการบริการที่ช่วยเหลือทางด้านสังคม-จิตวิทยาาร่วมด้วยดังกรณีที่เกิดขึ้นจากการให้บริการโดยศูนย์แพทย์ชุมชน อยุธยา และที่จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งยังไม่สามารถประมาณการผลกระทบเชิงปริมาณได้อย่างเป็นระบบ เพราะบริการประเภทนี้ยังเกิดขึ้นเพียงส่วนน้อยของระบบใหญ่ทั้งหมด **ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาประกอบในการออกแบบการจัดบริการพื้นฐานที่เหมาะสมแก่ประชาชนในเขตเมือง ว่าต้องการบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพในระดับใด**

4) ขอบเขต ความจำเป็นในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในสถานพยาบาล ด้านแรก/บริการปฐมภูมิ

เมื่อพิจารณาถึงความจำเป็นในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัย และรักษาในการตรวจทั่วไป พบว่าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการตรวจพิเศษต่างๆ ได้ค่อนข้างพร้อม มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือส่งไปรับบริการตรวจพิเศษ เพียงร้อยละ 20 ในโรงพยาบาลอยุธยา และร้อยละ 40 ที่โรงพยาบาลขอนแก่น แต่หากพิจารณาเฉพาะส่วนโอพีดีทั่วไปมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงร้อยละ 15 ที่รพ.อยุธยา และร้อยละ 28.5 ที่ห้องตรวจเวชปฏิบัติทั่วไปรพ.ขอนแก่น ซึ่งประเภทการตรวจส่วนใหญ่เป็นการตรวจพื้นฐาน ได้แก่ CBC U/A Blood Chemistry

ข้อมูลส่วนนี้บ่งบอกถึงความจำเป็นในการจัดในการจัดบริการด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่ามีความจำเป็นประมาณร้อยละ 15 - 30 การจะจัดให้หน่วยบริการด้านแรกมีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งย่อมขึ้นกับการเชื่อมต่อมาตรวจที่โรงพยาบาลใหญ่หรือหน่วยบริการด้านนี้มีความยากลำบากมากน้อยเพียงใด ที่หน่วยบริการด้านแรกจำเป็นเพียงการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเท่านั้น ที่เหลือใช้วิธีการส่ง specimen ไปตรวจจะสะดวก และคุ้มค่า

5) ข้อจำกัดการรับบริการสุขภาพพื้นฐานที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลใหญ่

หากพิจารณาทางเลือกแรกของการจัดบริการปฐมภูมิ โดยใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่เป็นหน่วยหนึ่งของบริการปฐมภูมิ พบว่าโรงพยาบาลใหญ่มีข้อจำกัดต่าง ๆ ดังนี้

- ปัญหาระยะเวลาที่รอรับบริการ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 12.1, 13.1) เฉลี่ย 2 ชั่วโมงในการรับบริการไม่ว่าจะมีปัญหาสุขภาพมากน้อยระดับใด (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 12.2) สูงสุดถึง 6 ชั่วโมง
- ระบบมีความซับซ้อน มีจุดบริการหลายจุด การจะครอบคลุมการบริการที่ผสมผสานได้ต้องประกอบด้วยบริการที่จุดบริการ หลายจุด หากระบบเชื่อมต่อไม่ดี จะทำให้ความเชื่อมโยงบริการระหว่างกันทำได้ยาก
- ความแน่นแออัดของการรับบริการ ทำให้มีเวลาพูดคุยได้น้อยในทุกจุดบริการ
- การไม่มีข้อมูลพื้นฐาน และไม่มีระบบข้อมูลต่อเนื่อง ทำให้มีข้อจำกัดในการพิจารณาปัญหาแบบองค์รวม มีข้อจำกัดต่อการให้บริการที่เข้าใจคนไข้มากขึ้น
- เสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการมากกว่า ทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เป็นค่ายา ค่าบริการ และ ค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เป็นค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลาในการมารับบริการ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 12 - 16)
- รพ.มีจุดดี คือ ชีตความสามารถในการตรวจวินิจฉัยที่ใช้เทคโนโลยี หรือใช้ความสามารถของแพทย์เฉพาะทาง แต่หากเวลาที่จะใช้ดูเพื่อคัดกรอง หรือวินิจฉัยว่าควรจะต้องตรวจบริการประเภทใดเพิ่มมีได้น้อย ก็จะทำให้เทคโนโลยีที่มีไร้ความหมาย เพราะไม่ได้ใช้
- รพ.มีจุดดี ที่ให้บริการของแพทย์เฉพาะทางที่มีอยู่ไม่ต้องให้แพทย์เพิ่มเติมจากเดิม เพื่อไปให้บริการนอกสถานที่ แต่ก็เป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างความสามารถของบุคลากร กับสภาพปัญหาสุขภาพ

6) เปรียบเทียบบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ กับสถานพยาบาลขนาดเล็ก และการซื้อยากินเอง

ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลโรคเดียวกันด้วยวิธีการที่ต่างกัน กรณีที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลจะแพงกว่าการไปใช้บริการที่คลินิก หรือศูนย์แพทย์ฯ หรือ ซื้อยากินเอง รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มากกว่า (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 16.1-16.6)

ความพอใจต่อการบริการ เทียบศูนย์แพทย์ กับโรงพยาบาลใหญ่ พบว่าประชาชนพอใจศูนย์แพทย์ฯ มากกว่าโรงพยาบาลอยุธยาในส่วนที่เป็นการอธิบายมากกว่า การตรวจร่างกายละเอียด แพทย์พูดคุยเป็นกันเอง ตรวจและดูแลอย่างเหมาะสมมากกว่า ในขณะที่ผู้รับบริการพอใจโรงพยาบาลมากกว่าในส่วนที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม และสถานที่รอสะดวกมากกว่า (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 17.1)

7) ความคาดหวังของประชาชนต่อการบริการสุขภาพที่เป็นด้านแรกเมื่อเจ็บป่วย

- **ลักษณะของหน่วยบริการที่ประชาชนต้องการเมื่อเจ็บป่วย** : จากการสอบถามประชาชนที่บ้านต่อความเห็นของคุณลักษณะของบริการที่ประชาชนต้องการเมื่อเจ็บป่วยในเขตเทศบาลเมืองนคร ศรีอยุธยา พบว่ามีผู้ให้คำตอบทั้งหมด 1,251 ราย ซึ่งประชาชนมีความเห็นว่าการบริการที่ต้องการมีลักษณะมากกว่า 1 ประการ

โดยมีลักษณะเด่นที่ต้องการคล้ายกันในทุกพื้นที่ คือ **บริการที่เร็ว สะดวก ใจ** (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ **บริการที่ดี พุดใจเราะ พุดดี ค่อนรับดี** (ร้อยละ 35.8) ราคาไม่แพง (ร้อยละ 8.8) ประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 7.5) และคุณลักษณะของแพทย์ (ร้อยละ 7.5) รายละเอียดดัง ภาคผนวก 2- ตารางที่ 18.1

- **ประเภทของบริการที่ต้องการ :** จากการสำรวจประชาชนที่บ้านมีผู้ตอบคำถามนี้จำนวน 1009 ราย ในเขต พบว่าบริการแรกที่ประชาชนคิดถึงมากที่สุด คือ **คลินิก** (ร้อยละ 26.2) รองลงมาคือ **โรงพยาบาลรัฐในจังหวัด** (ร้อยละ 24.5) และ **ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา** (ร้อยละ 19.7) แต่ทั้งนี้หญิงและชายมีความต้องการที่ต่างกัน และประชาชนที่พักอาศัยในพื้นที่ที่ต่างกัน (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 18.2)
- **ความคิดเห็น หรือมุมมองของประชาชนต่อลักษณะบริการ** โดยการสอบถามจากผู้ใช้บริการที่สถานบริการที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชน เทียบกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ผลที่คล้ายกัน ดังนี้ เมื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอลักษณะบริการที่ผู้ตอบคิดว่า สำคัญมาก 5 อันดับแรก พบว่าทั้งผู้ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์และที่รพ.อยุธยา มีความเห็นต่อลักษณะบริการที่สำคัญ 5 ประเด็น เหมือนกัน คือ

- สถานที่บริการควรสะดวก
- การสั่งยา
- แพทย์ตรวจร่างกายละเอียด
- มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- แพทย์ควรอธิบายปัญหาสุขภาพ

แต่การให้น้ำหนักเรียงลำดับความสำคัญไม่ตรงกันทั้งหมด **ประเด็นที่เห็นว่าสำคัญเป็นอันดับหนึ่งตรงกัน คือ สถานที่บริการควรสะดวก** อันดับ 2-5 มีความเห็นต่างกันดังตารางที่ 19.1-19.2 กลุ่มผู้ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ให้ความสำคัญต่อเรื่องยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า แต่กลุ่มผู้ใช้บริการที่รพ.อยุธยา ให้ความสำคัญต่อเรื่องการตรวจร่างกายละเอียด และการอธิบายปัญหาสุขภาพมากกว่า

ประเด็นที่เห็นว่าสำคัญรองลงมา ได้แก่ การอธิบายเรื่องยา เรื่องการปฏิบัติตัว การพูดคุย การให้ความสนใจต่อผู้ป่วย ประเด็นที่แพทย์ควรรู้จักครอบครัวมีผู้เห็นว่าสำคัญน้อยมาก

การที่ต้องตรวจที่โรงพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหาสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์เห็นว่าสำคัญน้อยที่สุด ส่วนกลุ่มรพ.เห็นว่าสำคัญเป็นอันดับที่ 17

8) ความเป็นจริงของเหตุผลเมื่อประชาชนไปใช้บริการจริงในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และก่อนครั้งสุดท้าย

จากข้อมูลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วยในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา พบว่าประชาชนเลือกใช้บริการประเภทต่างๆ ตามลักษณะปัญหาสุขภาพ และอายุ วัยของผู้ป่วย และฐานะเศรษฐกิจของประชาชน ดังที่แสดงแล้วข้างต้นในข้อ 1. ซึ่งพบว่าประชาชนมีการช่วยตนเองด้วยการพักผ่อน หรือการซื้อยาก่อนเป็นอันดับสูงสุด (ร้อยละ 30-40) แต่การถามถึงหน่วยบริการที่คิดถึงอันดับแรก จะบอกว่าเป็นคลินิก โรงพยาบาล ซึ่งหมายถึงว่าประชาชนละส่วนที่ช่วยตัวเองไว้ก่อนแล้วประชาชนจึงกล่าวถึงบริการส่วนนี้เป็น

อันดับหลังทั้งที่ความเป็นจริงประชาชนช่วยตนเอง ซื่อยากินเองก่อนแล้ว ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจเป็นพื้นฐานก่อนในการพัฒนาบริการต่อไป

ส่วนเหตุผลการเลือกใช้บริการแต่ละประเภท **ส่วนใหญ่เป็นเหตุผลที่มีฐานจากความสะดวก รวดเร็ว เป็นหลัก รองลงมาคือประสบการณ์ของบริการที่ได้รับด้วยตนเอง เคยไปใช้ประจำ หรือจากญาติ** พี่น้อง คนรู้จักที่แนะนำและพาไป ซึ่งเป็นส่วนที่ชักนำมาก่อนที่จะได้สัมผัสกับรายละเอียดการบริการภายใน ที่เป็นการพูดจาหรือการให้คำแนะนำ อันเป็นประเด็นที่เสนอในคุณลักษณะบริการที่ต้องการ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 19.3)

9) บทเรียนจากการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชน ในพื้นที่อยุธยา และหาดใหญ่

จากการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา และนครราชสีมา ที่พัฒนามาบนแนวคิดของงานเวชปฏิบัติครอบครัว หรือการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จผสมผสาน พัฒนาให้เป็นบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้นพบว่า

- ประชาชนที่ยอมรับบริการของศูนย์แพทย์และใช้บริการมากที่สุดเป็นกลุ่มที่ยากจน ผู้มีสิทธิบัตรต่างๆ ยกเว้นประกันสังคมที่ผู้ประกันตนใช้บริการที่คลินิกมากกว่าศูนย์ฯ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 20.1) ประชาชนในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกับศูนย์ฯ จะใช้บริการมากกว่า ประชาชนในพื้นที่อาคารพาณิชย์ใช้บริการที่ศูนย์ฯ น้อยที่สุด (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 1.1-1.3 , 2.1-2.2, 4.1)
- กรณีที่เด็กป่วยจะใช้บริการที่ศูนย์ฯ ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งพบเช่นเดียวกันกับการใช้บริการที่คลินิก (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 2.1-2.2, 4.1)
- ส่วนกลุ่มโรคที่ประชาชนใช้บริการที่ศูนย์แพทย์นั้น ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเป็นโรคเรื้อรังประชาชนใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ฯ พอกับสัดส่วนการใช้ที่คลินิก ส่วนกรณีเป็นไข้หวัด คออักเสบการใช้บริการที่ศูนย์ฯ ก็ใกล้เคียงกับคลินิก แต่มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 1.1-1.3 , 2.1-2.2, 4.1)
- เมื่อเทียบสัดส่วนการใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ระหว่างการเจ็บป่วยแต่ละประเภท พบว่าประชาชนที่เป็นผู้ใหญ่ใช้บริการของศูนย์แพทย์ฯ ในกรณีที่โรคเรื้อรังรักษาต่อเนื่องมากที่สุด รองลงมาคือการเจ็บป่วยเล็กน้อย โรคทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนในกลุ่มเด็กใช้บริการในกรณีที่โรคทางระบบทางเดินอาหาร ไข้หวัดขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือกรณีที่โรคทั่วไป/เจ็บเล็กน้อย และเป็นไข้หวัด คออักเสบ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 20.2)
- ศูนย์แพทย์ชุมชนศูนย์ที่ 2 และ 3 ในพื้นที่อยุธยา ไม่มีแพทย์ให้บริการตลอดเวลา มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการประจำ แต่ศูนย์ฯ ที่ 1 มีแพทย์ให้บริการประจำ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอัตราการให้บริการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ 3 ศูนย์มีแบบแผนที่คล้ายกันในกรณีที่กลุ่มโรคเดียวกัน และมีฐานอาชีพคล้ายกัน

ในพื้นที่หาดใหญ่ ซึ่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล กระจายในพื้นที่มาเป็นเวลานาน ศูนย์บริการนี้ในบางศูนย์ฯ มีแพทย์ บางศูนย์ฯ มีแต่พยาบาล พบว่าประชาชนที่ยากจน ในเขตชุมชนแออัดใช้บริการที่ศูนย์ฯ มากกว่า

ประชาชนในเขตอาคารพาณิชย์ และบ้านอยู่อาศัยเช่นเดียวกัน และกลุ่มเด็กใช้บริการที่ศูนย์มากกว่าผู้ใหญ่ (ภาคผนวก 2- ตารางที่ 3.1 -3.2, 4.2) สัดส่วนของประชาชนที่มาใช้บริการมีลักษณะคล้ายกับพื้นที่อยุธยา

คุณภาพที่แตกต่างในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนการทำงานกับองค์กรชุมชนที่เป็นจุดต่างของบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้นไม่อาจแสดงได้จากการวิจัยที่เกี่ยวข้องใน 4 การวิจัยนี้ (นำเสนอในส่วนที่เป็นรายละเอียดผลงานพัฒนาบริการแต่ละรูปแบบ ในรายงานเล่มที่ 2))

10) ข้อสรุปเกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิ

หากใช้แนวคิดที่ว่าบริการปฐมภูมิ เป็นระบบบริการระดับแรกที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน สัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยเป็นระบบบริการที่ให้บริการอย่างผสมผสานต่อเนื่อง เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้วจากการศึกษาพบว่าบริการที่โรงพยาบาลใหญ่เป็นบริการด่านแรกที่มีข้อจำกัดในการให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนใช้บริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ร้านยา คลินิกเอกชน ศูนย์แพทย์ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลมากกว่า มีลักษณะสะดวกรวดเร็ว ให้บริการที่เป็นกันเองมากกว่า

สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการต่อบริการที่ประชาชนต้องการ แต่บริการที่คลินิกเอกชนยังเน้นแต่บริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งควรพัฒนาให้มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้น มีความรับผิดชอบต่อประชากรที่ชัดเจนมากขึ้น เช่นเดียวกับศูนย์แพทย์ชุมชนที่เปรียบเสมือนคลินิกของรัฐบาลที่ช่วยบริการแก่คนจน หรือคนด้อยโอกาส ส่วนร้านยาถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการด่านแรกที่ประชาชนใช้บริการเพื่อช่วยตนเองค่อนข้างมาก จึงควรได้รับการพัฒนาให้เป็นที่พักของประชาชนที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งการทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างเหมาะสมยังเป็นภาระกิจที่สำคัญของรัฐ

ระบบบริการปฐมภูมิ จึงควรเป็นเครือข่ายของบริการด่านแรก ระหว่างศูนย์แพทย์ชุมชน /ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน ที่มีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการทำงานร่วมกันกับร้านยา เพื่อร่วมกันก่อให้เกิดบริการที่ดีแก่ประชาชน และทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มากขึ้น โดยมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่อยู่และรับผิดชอบในภาพรวมที่ชัดเจน เป็นหน่วยประสาน และดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. สังเคราะห์บทเรียนการศึกษาวิจัยและพัฒนาทั้งหมด

การสรุป และสังเคราะห์ประสบการณ์นี้จะเป็นการสรุปเฉพาะในประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าสำคัญ หรือเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันมากเท่านั้น มิได้เป็นการเสนออย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (รายละเอียดการสรุปในการพัฒนาบริการในแต่ละพื้นที่ ให้ดูได้จากรายงานการศึกษาลบย่อ ในแต่ละเรื่อง) การเสนอ บทเรียนส่วนนี้จะเสนอภายใต้ข้อมูลและผลการศึกษาทั้งหมดในโครงการฯ รวมทั้งจากการระดมความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

ประเด็นการสรุป มีดังนี้

- 4.1 มาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ และความคาดหวังของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิ
- 4.2 องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป
- 4.3 บทเรียนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง
- 4.4 รูปแบบบริการแบบโอพีดี เทียบกับบริการแบบศูนย์แพทย์ชุมชน
- 4.5 บทบาทและศักยภาพของเทศบาลในการจัดบริการปฐมภูมิ
- 4.6 การพัฒนาบริการในเขตชนบท
- 4.7 บทบาทและศักยภาพของภาคเอกชน
- 4.8 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในบริการปฐมภูมิ
- 4.9 การร่วมมือพัฒนาระบบบริการและระบบการศึกษากับโรงเรียนแพทย์
- 4.10 เงื่อนไข และมาตรการที่จำเป็นในระดับชาติที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิที่ดี
- 4.11 รูปแบบในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition) ของบริการปฐมภูมิ
- 4.12 บทเรียนและข้อจำกัดของกระบวนการทำงาน ในการศึกษาวิจัยและพัฒนานี้

4.1 มาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ และความคาดหวังของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิ

4.1.1 มาตรฐานงานบริการปฐมภูมิ ซึ่ง ถือเป็นเป้าหมายของการจัดบริการนั้น **ควรพิจารณาที่ ผลสัมฤทธิ์ทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นหลัก** รายละเอียดกิจกรรม การดำเนินงานสามารถมีความแตกต่างกันได้ตามสภาพพื้นที่ โดยใช้เป้าหมายสุขภาพของประชาชนที่ต้องการให้ เกิดขึ้นเป็นรากฐานของการกำหนดขั้นตอนการวางแผนการจัดบริการทั้งหมด ทั้งในด้านการออกแบบเครื่องมือ การจัดสถานที่บริการ และกระบวนการบริการทั้งหมด ซึ่งคุณภาพงานบริการปฐมภูมิเป็นส่วนที่เน้นคุณภาพเชิง สังคม-จิตวิทยามากขึ้น เน้นความเข้าใจที่เป็นองค์รวม หากดูแต่โครงสร้างของเครื่องมือการบริการ หรือสถานที่ อาจเหมือนกัน แต่กระบวนการให้บริการมีความแตกต่างกันได้ตามทัศนคติ ความเข้าใจ และทักษะการให้บริการ ของผู้ให้บริการว่าเป็นอย่างไร แต่อย่างไรก็ตามเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม บริการเช่นกัน ดังนั้นจึงควรที่จะมีการพิจารณาควบคู่ไปกับการคิด ความเข้าใจ และทักษะของผู้ให้บริการด้วย

เนื่องจากระดับคุณภาพการบริการนั้นส่วนหนึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรม จึงขอเสนอระดับคุณภาพที่ แตกต่างจากน้อยไปมาก เป็นสเปคตรัมด้วยกรณีตัวอย่างเพื่อให้เห็นความแตกต่างในเชิงความคิดที่แสดงออกเป็น รูปธรรมที่ต่างกัน เมื่อแนวความคิดต่อเป้าหมายบริการที่ต่างกัน องค์ประกอบการจัดบริการมีทั้งส่วนที่เหมือนและ ต่างกันได้ดังรายละเอียดในตารางข้างท้ายนี้

ตารางที่ 1 สเปคตรัมของแนวความคิดต่อคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิที่ต่างกัน และเปรียบเทียบ การจัดองค์ประกอบการรองรับที่ต่างกัน

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
1.แนวความคิด	เน้นการรักษาพยาบาล แต่สะดวก รวดเร็วกว่าระบบปกติ	มีการรักษาพยาบาล สะดวก รวดเร็ว และมีการให้บริการด้วย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตามมาตรฐานที่เป็น check list	มีการรักษาพยาบาล และ การ consultation ที่พยายามหาปัจจัย อื่นที่เชื่อมโยง หาทางแก้ ปัญหาด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ที่ มิได้ติดอยู่เพียงในกรอบมาตรฐาน กิจกรรม พยายามเข้าใจผู้รับ บริการก่อนเสนอบริการ และมีการ จัดกิจกรรมเชิงรุกอื่นๆ เพื่อให้เกิด การส่งเสริมสุขภาพ และการ ป้องกันโรค
กรณีตัวอย่างที่ แสดงรูปธรรมของ แนวคิด	เด็ก 2 ขวบมารับบริการ เรื่องท้องเสีย 3 วัน ผู้ ตรวจจ่ายยาแก้ท้องเสีย และน้ำตาลเกลือแร่ให้ แก่ผู้พามา ได้รับคำแนะนำ เล็กน้อยเรื่องวิธีการ กินยา โดยมีได้ถามการ	เด็กรายเดียวกัน ได้รับน้ำตาล เกลือแร่ และยาแก้ท้องเสีย เด็ก ได้รับการชั่งน้ำหนัก เทียบกับ ภาวะโภชนาการ พบว่ามีภาวะ ขาดอาหารปลายระดับ 1 เกือบ เป็นระดับ 2 ผู้ปกครองเด็กได้รับ คำแนะนำให้ดูแล ระวังเรื่อง	เด็กรายเดียวกัน ได้รับยา น้ำตาล เกลือแร่และการชั่งน้ำหนัก เหมือน กัน พบภาวะโภชนาการเหมือนกัน ผู้ปกครองที่พามาถูกถามเรื่องการ เลี้ยงดู ผู้เลี้ยง วิธีการชงนม และ สภาพการกินอาหารของเด็ก พบว่า แม่มิได้เลี้ยงเด็กเอง เด็กอยู่กับยาย

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
	กินอยู่อื่นๆ	ความสะดวกของอาหาร และให้เด็กกินอาหาร และนมมากขึ้นเมื่อหายท้องเสีย	อายุ 65 ปี จึงได้ส่งต่อให้ทีมงานช่วยพูดคุยทำความเข้าใจกับยาย และมีการส่งพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน เพื่อแนะนำวิธีที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งอาจเกี่ยวข้องเกี่ยวกับฐานะ เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว
ลักษณะของบุคลากรที่ให้บริการ	บุคลากรมีทักษะหลักที่การรักษาพยาบาล	บุคลากรมีทักษะการรักษา และมีการดำเนินการตามมาตรฐานบริการที่พัฒนาไว้เป็น check list	บุคลากรมีทักษะการรักษาพยาบาล มีใจที่จะช่วยเหลือให้เด็กได้ดีขึ้นจริงๆ และมีทักษะการสื่อสารเพื่อหาปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการพูดคุยที่พยายามหาข้อปฏิบัติร่วมกันที่สอดคล้องกับผู้รับบริการมากที่สุด (patient centered) มีกระบวนการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรคนอื่น
กรณีตัวอย่างที่ 2	หญิงมีครรภ์ห้องแรก มารับบริการตรวจครรภ์ ตามกำหนด มีการตรวจเลือด ตรวจขนาดครรภ์ วัด BP และให้คำแนะนำให้มารับบริการครั้งต่อไปตามนัด	หญิงมีครรภ์ห้องแรกได้รับการตรวจครรภ์พื้นฐานเหมือนกัน และมีการให้เข้าคลินิกให้สุศึกษาเป็นรายกลุ่มสำหรับแม่ใหม่ เพื่อแนะนำเรื่องอาหาร และการเตรียมตัว การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	หญิงมีครรภ์ห้องแรกได้รับการตรวจครรภ์พื้นฐาน ได้รับเอกสารให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสอบถามในประเด็นที่สงสัย หรือกังวลใจ มีการประเมินจากสีหน้า ลักษณะการแสดงออก เพื่อประเมินสภาวะความกังวล หรือปัญหาด้านจิตใจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการพูดคุย แนะนำตามความจำเป็น
กรณีตัวอย่างที่ 3	ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงมารับบริการที่สถานพยาบาล ผู้ป่วยได้	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับบริการตรวจ และให้ยาเช่นกัน และมีการตรวจสอบข้อมูลประวัติ	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับบริการตรวจ และให้ยาเช่นกัน มีการพูดคุยกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
	<p>รับการตรวจวัดความดันโลหิต แล้วมีการปรับขนาดยาจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย พร้อมคำอธิบายวิธีการกินยา และนัดมารับบริการครั้งต่อไป บริการรวดเร็ว</p>	<p>เสียงเพิ่มขึ้น พร้อมกับได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย ระวังความเครียด ที่จะทำให้ความดันสูงขึ้น หรืออาจมีกิจกรรมที่ผู้ป่วยรวมกลุ่มคุยกันเอง</p> <p>มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด หรือมีปัญหาความดันฯ ขึ้นลงมาก มีการเยี่ยมบ้านในรายจำเป็น</p>	<p>ผู้ป่วยซักถาม หรือ เล่าปัญหา ความกังวลต่างๆ แล้วผู้ให้บริการให้คำปรึกษาโดยดูจากปัญหาของผู้ป่วยเป็นที่ยึดก่อน แล้วจึงค่อยสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย พยายามทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาตนเอง และพยายามควบคุม ช่วยเหลือตนเองมากขึ้น</p> <p>มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด หรือมีปัญหาความดันฯ ขึ้นลงมาก มีการเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น</p>
2. สมมติฐานเบื้องต้นของการพัฒนา และแนวคิดต่อวิธีการพัฒนา	<p>- เน้นการปรับปรุงบริการให้ง่าย รวดเร็ว และสะดวกเป็นหลักก่อน แล้วค่อยพัฒนาในเชิงคุณภาพตามมา</p> <p>- กลวิธีการพัฒนาเน้นการดำเนินงานทางนโยบาย ในระดับมหภาคที่กำหนด ให้มีการยุบโอพีดีของโรงพยาบาลใหญ่ และให้บริการในลักษณะคลินิกในชุมชนที่กระจาย อย่างครอบคลุม</p> <p>- มีการใช้มาตรการทางการเงินเพื่อกลไกผลักดันให้สำเร็จ</p>	<p>- การจะพัฒนามาตรฐานบริการปฐมภูมิให้เป็นที่ยอมรับ นอกจากการเพิ่มความสะดวกแล้ว ต้องเพิ่มคุณภาพในเชิงสังคม และการผสมผสานกับงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมากขึ้น</p> <p>- กลวิธีการพัฒนา มีลักษณะคล้ายกับรูปแบบที่ 1 แต่เพิ่มเติมการพัฒนามาตรฐานงานที่ควรจะเป็น ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติร่วมกับ การชี้แจงอธิบายวิธีการ มีการฝึกอบรมที่เน้นการใช้เครื่องมือให้เป็น</p>	<p>- แนวคิดเหมือนรูปแบบที่ 2 แต่เพิ่มการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกกิจกรรม การทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และวิธีการพัฒนาเน้นการพัฒนาฐานความเข้าใจ และความสามารถของ <u>ทีมที่เป็นแกนหลัก</u> ในแต่ละพื้นที่ ให้สามารถประเมินสถานการณ์ของระบบบริการเป็น คิดเป็น สามารถหาวิธีพัฒนางาน และพัฒนามาตรฐานงาน วิธีการทำงานที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ได้เอง โดยประสานการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ร่วมกับการผลักดันนโยบาย</p> <p>- ต้องมีการเตรียมบุคลากรในด้านทัศนคติ ความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม เพิ่มความสามารถในด้าน การประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ และความ</p>

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
			ใจด้านสังคมจิตวิทยา การสื่อสารมากขึ้น
3. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนางาน 3.1 การกำหนดประชากรรับมิดชอบ	มี หรือไม่มีก็ได้ ใครจะมาใช้บริการที่นี้ก็ได้	มีการกำหนดประชากรรับมิดชอบชัดเจน เน้นให้การดูแลที่ผสมผสานแก่ประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ ระบบการลงทะเบียนอาจเน้นเพียงการได้ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว	มีการกำหนดประชากรรับมิดชอบชัดเจน เหมือนรูปแบบที่ 2 พยายามหาแนวทางพัฒนาให้ ผู้รับบริการนอกเขตรับผิดชอบได้รับการดูแลโดยทีมงานอื่น ระบบลงทะเบียนเน้นที่การสร้างความสัมพันธ์และข้อตกลงระหว่างกันในการดูแลสุขภาพ
3.2 สถานที่ตั้งของหน่วยบริการ	อยู่ในรพ. หรือ นอกรพ.ก็ได้ แต่เน้นที่ตั้งที่เดินทางไปได้สะดวก	ที่ตั้งควรสะดวก เข้าถึงง่าย ระบบไม่ซับซ้อน มีแนวโน้มที่จะตั้งใกล้ชุมชนรับผิดชอบ นอกโรงพยาบาลใหญ่ แต่หากอยู่ในรพ. ควรเป็นมุมเฉพาะที่สามารถให้บริการได้เบ็ดเสร็จ ไม่ต้องใช้บริการหลายจุด	เหมือนรูปแบบที่ 2
3.3 วิธีการจัดบริการ	เน้นที่ความสะดวก รวดเร็ว สะอาด สวยงาม	นอกจากความสะดวก รวดเร็ว แล้ว จะพยายามจัดบรรยากาศในสถานบริการให้สร้างความเป็นกันเอง ใกล้ชิดระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ พยายามลด สิ่งกีดขวางการสื่อสาร ฐานะผู้รับบริการเทียบเท่าผู้ให้บริการ	เหมือนรูปแบบที่ 2 และในส่วนที่เป็นห้องตรวจ ห้องให้คำปรึกษา ควรเป็นที่มืดชิด ที่ทำให้ผู้รับบริการมีความสบายใจที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง และพยายามไม่จัดแบ่งจุดบริการที่ขอย่อยแยกเป็นส่วนๆ มากเกินไป เน้นให้มีการดูแลผู้รับบริการในภาพรวมอย่างน้อย 1 จุด แต่มีการเชื่อมต่อบริการกันได้
3.4 ระบบข้อมูลข่าวสาร	เน้นการสร้างเครือข่ายข้อมูล ด้านการรักษาพยาบาล และการค้นคว้าได้รวดเร็ว	- เน้นข้อมูลเพื่อใช้ในการให้บริการได้อย่างผสมผสาน มีข้อมูลประวัติสำคัญของแต่ละบุคคล ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง	- เหมือนรูปแบบที่ 2 และอาจมีช่องเพิ่มเพื่อบันทึกในส่วนที่เป็นสภาพจิตใจ สภาพครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ - มีการเตรียมบุคลากรให้รู้ข้อมูล

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
		<p>ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และมีข้อมูล check list การดูแลสุขภาพในแต่ละช่วงอายุ การได้รับบริการสุขภาพด้านต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการเก็บข้อมูลรวบรวมเป็นครอบครัว และเป็นชุมชนพร้อมที่จะนำมาใช้ในขณะให้บริการในสถานที่ หรือในชุมชน ได้สะดวก - มีการจัดระบบให้สามารถติดตามดูความต่อเนื่องของผู้รับบริการด้านส่งเสริมฯ ป้องกันโรค และการดูแลโรคเรื้อรัง หากขาดนัด สามารถรู้ได้ และมีการติดตามต่อ 	<p>ของครอบครัว และชุมชน ด้วยการลงไปมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับประชากรรับผิดชอบ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลทั้งที่เป็นเชิงปริมาณ ตัวเลข และข้อมูลเชิงคุณภาพ
3.5 ประเภทของบริการ	<p>มีบริการรักษาพยาบาล มีการชันสูตรโรคพื้นฐาน ได้แก่ CBC U/A gram-stain ส่วนอื่นเชื่อมต่อกับบริการของโรงพยาบาล</p> <p>มีบริการ ANC WBC FP</p>	<p>เหมือนรูปแบบที่ 1 ที่เพิ่มคือ บริการให้คำปรึกษา และอาจมีบริการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เพิ่ม เช่น คลินิกอดบุหรี่ การให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และอาจมีบริการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด มีบริการเยี่ยมบ้านทั้งเพื่อการติดตาม ผู้ป่วย การดูแลด้านส่งเสริม สุขภาพ และการให้บริการพยาบาลที่บ้าน</p>	<p>เหมือนรูปแบบที่ 2 แต่มีการพัฒนากระบวนการที่จะประเมินวิธี การดูแลสุขภาพเดิม ของประชาชน เช่น การกิน การอยู่ การใช้จ่ายในบ้าน แล้วหาทางร่วมมือกับประชาชน เพื่อให้ชุมชนมีวิธีการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>
3.6 บุคลากรให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - มีทั้งแพทย์ และพยาบาลให้บริการ ไม่เน้นว่าต้องเป็นทีมประจำให้บริการต่อเนื่อง - จำนวนขึ้นกับปริมาณงาน และขนาดสถานบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีทั้งแพทย์ และพยาบาลให้บริการ (แต่กรณีมีปัญหาขาดแพทย์ อาจใช้วิธีให้แพทย์ให้บริการเป็นบางเวลา หรือเป็นผู้นิเทศ กำกับการให้บริการของพยาบาล) - ต้องมีบุคลากรจำนวนหนึ่ง ที่ทำงานประจำ ให้บริการต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> - เหมือนรูปแบบที่ 2 และเน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมให้บริการต่อเนื่อง มีความสามารถที่จะให้บริการพื้นฐานได้เหมือนกัน แต่มีจุดเน้นที่ต่างกัน - ต้องมีทีมงานประจำจำนวนหนึ่ง ให้บริการทั้งใน และนอกเวลาราชการ

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
		เนื่อง - จำนวนบุคลากรต้องไม่มากเกินไป จนกระทั่งเกิดความซับซ้อนในการให้บริการ แต่พอเพียงกับการให้บริการได้	- จำนวนพอเหมาะที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีมผสมผสานได้ดี
3.7 การเชื่อมต่อของบริการทั้งขึ้นและลง	- เน้นแต่การรักษาพยาบาลที่มีการส่งต่อ - ไม่เน้นการเชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค	- มีการเชื่อมโยงบริการจากการรักษาพยาบาลไปสู่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคตาม check lists - เชื่อมโยงการบริการในแต่ละกิจกรรมที่ต่อเนื่อง เน้นที่ กิจกรรม - มีการจัดระบบการเชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาล	- นอกจากการเชื่อมโยงด้วย check lists แล้วผู้ให้บริการมีการประเมินสถานการณ์ผู้ให้บริการเพิ่มเติม และปรึกษาวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ให้บริการ เชื่อมโยงกับสภาพครอบครัว และฐานะเศรษฐกิจ - มีการเชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลและสถานบริการอื่นๆ ที่ประชาชนใช้ เช่นร้านยา คลินิกเอกชน หมอพื้นบ้าน
3.8 การเก็บเงินจากผู้รับบริการ	เป็นไปตามระบบปกติ	เป็นไปตามระบบปกติ และเพิ่มระบบการเงินที่เอื้อให้ประชากรในเขตรับผิดชอบมาใช้บริการที่นี้ก่อน เพิ่มแรงจูงใจการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่นการประกันสุขภาพ ผู้ข้ามขั้นตอนไม่ได้สิทธิพิเศษนั้น	เช่นเดียวกับรูปแบบที่ 2
3.9 การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร	เป็นระบบปกติ จ่ายตามช่วงเวลาการปฏิบัติงาน	เพิ่มการให้ค่าตอบแทนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยี่ยมบ้าน โดยพยายามหาวิธีการเหมาจ่ายเป็นทีม มากกว่าการให้ตามกิจกรรม	เหมือนรูปแบบที่ 2
3.10 การมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนรับผิดชอบ และชุมชน	ไม่เน้น เพราะไม่มีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน	- เน้นให้มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นประชากรรับผิดชอบ	เช่นเดียวกับรูปแบบที่ 2 แต่เน้นเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และชุมชนอย่างต่อเนื่อง และใช้วิธีการที่หลากหลาย ตามสถาน

ประเด็น	รูปแบบที่ 1 แบบดั้งเดิม	รูปแบบที่ 2 ผสมผสานมากขึ้น	รูปแบบที่ 3 ดูแลด้วยแนวคิดองค์รวม
		- มีระบบการประชุม เยี่ยมเยียน ชุมชนรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำ	ปฏิบัติ และการร่วมตัดสินใจ ร่วม เสนอวิธีการพัฒนาสถานบริการ ด้วย
3.10 การเตรียม พัฒนาบุคลากร	เน้นเพียงการบริหาร จัดการ และกิจกรรมการ บริการ	เน้นทั้งเตรียมทักษะเพื่อกิจกรรม บริการด้านการรักษาพยาบาล งานส่งเสริมฯ ป้องกันโรค และ การเชื่อมโยงบริการ การทำงาน ชุมชน	เพิ่มเติมจากรูปแบบที่ 2 คือการ เตรียมทัศนคติ แนวคิดจัดบริการ วิธีการประเมินสถานการณ์อย่าง เป็นองค์รวม การให้คำปรึกษา อย่างผสมผสาน การให้บริการ ด้านสังคม-จิตวิทยา เน้นการ พัฒนาวิสัยทัศน์ การให้เครื่องมือมาก กว่ารูปแบบสำเร็จรูป
3.11 การบริหาร จัดการภายใน	บริหารจัดการแบบคลอง ตัว มี Autonomy	เหมือนรูปแบบที่ 1 แต่เน้นการ ทำงานเป็นทีม	เหมือนรูปแบบ 2 รับฟังซึ่งกันและ กัน ช่วยกันพัฒนางาน
3.12 การติดตาม กำกับ ประเมินผล งาน และคุณภาพ บริการ	มีระบบการติดตาม กำกับอย่างต่อเนื่อง เป็น ระยะ เน้นการประเมิน ผลแต่ส่วนที่เป็นกิจกรรม การรับบริการ	- มีระบบการติดตาม กำกับ อย่างต่อเนื่อง - การประเมินผลจะประเมิน ทั้ง กิจกรรมบริการทุกด้านดู ความ ต่อเนื่อง และคุณภาพบริการที่ ประชาชนได้รับ	เหมือนรูปแบบ 2 และเพิ่มการ ประเมินผลในประเด็นที่บริการ ช่วยให้ประชาชนในความรับผิดชอบ มีความเข้าใจ และสามารถ ร่วมดูแลสุขภาพของตนเองได้ ดี ขึ้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาบริการ

ซึ่งมาตรฐานบริการที่ต่างกันนั้นจะเลือกทางเลือกใด คงต้องพิจารณาประกอบกับความต้องการ ความ
คาดหวังของประชากรต่อบริการ ความเป็นไปได้ในการพัฒนางาน แต่ในขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงทิศทางการ
พัฒนาในระยะยาว ที่ต้องการบริการที่มีคุณภาพดีด้วยต้นทุนที่เหมาะสม และสามารถพัฒนาต่อไปได้อย่างต่อ
เนื่อง ให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ไม่ต้องรอการสั่งการเพื่อบริการใหม่เรื่อยๆ ฉะนั้นความสำคัญ
ของการลงทุนจึงอยู่ที่การพัฒนากลุ่มแกนที่เป็นทีมงานที่มีความเข้าใจในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ต่อแนวความคิด
บริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่มีคุณภาพ และการสนับสนุนให้ทีมงานสามารถประเมินสถานการณ์ และวางแผนการ
พัฒนาได้เองจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องลงทุนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาวควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสนับสนุนอื่น ๆ แต่คุณภาพของบริการอาจกำหนดเป็นระยะตามความเป็นไปได้ *กล่าวคือในระยะเริ่มต้น หรือระยะ
เปลี่ยนผ่านคุณภาพบริการไม่จำเป็นต้องเทียบกับภาพในรูปแบบที่ 3 อาจเป็นรูปแบบที่ 1 หรือ 2 แต่ต้องมีแผนการพัฒนาต่อไปเป็นรูปแบบที่ 3 ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่กำหนดเป็นเป้าหมายไว้ ไม่ควรหยุดนิ่ง
อยู่ที่คุณภาพบริการในรูปแบบที่ 1*

4.1.2 ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการปฐมภูมิ

ความหมายและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ นั้นอาจพิจารณาได้ในอีกลักษณะคือ การพิจารณาจากมุมมองของผู้ใช้บริการที่ต้องการอะไรจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยมีข้อมูลที่เป็นสรุปต่อประเด็นนี้ ดังนี้

- **ความต้องการของกลุ่มนักวิชาการที่มีความรู้**

1. บริการปฐมภูมิควรตอบสนองต่อการแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
2. ช่วยให้ผู้ป่วย cope กับภาวะวิกฤติ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านอุบัติเหตุ
3. ให้คำปรึกษาเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย และรู้ว่าจะส่งต่อเมื่อไร
4. สามารถโทรถาม หรือปรึกษาเพื่อยืนยันการดูแลสุขภาพขั้นต้นด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์
5. ให้คำปรึกษา ทำความเข้าใจกับภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น และแผนการรักษา การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้
6. ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับข่าวสาร เทคโนโลยีทางสุขภาพใหม่ และการโฆษณา เช่นการให้นมผสมแคลเซียม วิตามินอี และการออกกำลังกายประเภทต่างๆ วางแผนตามความจำเป็น

- **ความต้องการของประชาชนทั่วไป ในชุมชนต่อคุณลักษณะบริการสุขภาพ (ได้จากการสอบถามประชาชนในชุมชน) คือ**

1. บริการเร็ว สะดวก ไว
2. บริการดี พุดเพราะ พุดดี ดื้อนรับดี
3. เอาใจใส่ดี กระตือรือร้น
4. ราคาถูก ไม่แพง เป็นธรรม
5. รักษาดี รักษาหาย

จากการศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และการสังเกตผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ พบว่าประชาชนที่มาใช้บริการมุ่งหวังที่จะได้บริการรวดเร็ว สะดวก เป็นอันดับแรกเพื่อให้กลับไปประกอบอาชีพได้ต่อ (ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีได้มากับญาติ) ประเด็นที่ต้องการมากรองลงมาคือ ต้องการรู้ว่าตนเองป่วยเป็นอะไร ต้องดูแลตนเองอย่างไร และจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองต่อไปบ้างเมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว ซึ่งพบว่าเป็นช่องว่างที่ผู้ใช้บริการได้รับกลับไปน้อยเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐในระบบปัจจุบัน

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ประชาชนทั่วไปในขณะนี้คาดหวังขั้นต้น คือบริการที่สะดวก เร็วไว เป็นอันดับแรก แสดงว่าประชาชนยังไม่คาดหวังคุณภาพอื่นๆ เป็นอันดับแรก เพราะในปัจจุบันยังต้องเผชิญปัญหากับความล่าช้าเป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้นการแก้ปัญหาลำดับต้นที่ความสะดวก รวดเร็วย่อมจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดี แต่ก็ยังมีความต้องการด้านคุณภาพอื่นๆ ที่ประชาชนที่มีความรู้ต้องการคุณภาพบริการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การถามความต้องการของประชาชนโดยที่ประชาชนไม่เคยสัมผัสบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น หรือไม่รู้ว่าจะคาดหวังได้จากบริการสุขภาพ ประชาชนย่อมไม่สามารถบอกคุณภาพบริการส่วนที่ไม่เคยสัมผัสหรือไม่เคยคาดหวังได้ ฉะนั้นการตั้งเป้าหมายบริการโดยใช้ความต้องการของประชาชนเพียงส่วนเดียวย่อมจะไม่เพียงพอ ต้องพิจารณาจากมุมมองของนักวิชาการ ซึ่งพิจารณาจากสถานะสุขภาพของประชาชนที่บอกถึงความต้องการ และหลักการทางวิชาการในการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพประกอบด้วย เช่นการที่แนวโน้มปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่

เป็นโรคระบบหลอดเลือด และปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีแนวทางการให้คำปรึกษา แนะนำทางด้านพฤติกรรม การมีส่วนร่วมกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนร่วมด้วยในระยะต่อไป

ฉะนั้นข้อสรุปในประเด็นนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามาตรฐานคุณภาพบริการขั้นแรกคือความ สะดวก รวดเร็วในการให้บริการ ต่อมาจึงเป็นคุณภาพบริการเชิงเทคนิค คือการรักษาได้หายตามเวลาที่ เหมาะสม และตามด้วยคุณภาพบริการเชิงสังคม-จิตวิทยาที่มีการให้บริการโดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจของผู้รับบริการ ตลอดจนการสื่อสารกับประชาชนได้อย่างเข้าใจ ซึ่งอาจกำหนดเป็นระดับขั้นได้ ดังนี้

<p>ระดับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ให้แก่ประชาชนทุกคนไม่ว่ามีฐานะเศรษฐกิจระดับใด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีบริการรักษาดูแลรักษาโรคที่พบบ่อย ซึ่งใช้เวลาในการรอและรับบริการแล้วเสร็จภายในครึ่งถึง หนึ่งชั่วโมง 2. มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เช่นงาน ANC WBC ที่แล้วเสร็จภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง 3. ผู้ป่วยได้รับการรักษา หรือได้รับยาในจำนวนที่เหมาะสม ไม่ให้ยาที่ไม่จำเป็น 4. ผู้รับบริการรู้ว่าตนเองมีปัญาสุขภาพอะไร 5. ผู้รับบริการรู้ว่าจะปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป อย่างไร 6. ผู้รับบริการได้รับโอกาสในการซักถามข้อสงสัยจากทีมผู้ให้บริการ 7. ผู้รับบริการได้รับการถามถึงปัญหาการเจ็บป่วยอื่นๆ ด้วย 8. ผู้รับบริการได้รับการพูดคุยถึงสภาพชีวิต สังคม ฐานะเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ 9. ผู้ป่วยรู้ และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ 10. ผู้รับบริการได้รับบริการอื่นที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นคำแนะนำในการปรับพฤติกรรม การรับการส่งเคราะห์ หรือดูแลหน่วยงานอื่น 11. มีบริการที่ติดต่อได้ในภาวะฉุกเฉิน 12. มีระบบจัดการที่ติดต่อกับผู้รับบริการกรณีขาดนัด ขาดการติดต่อ ตามเวลาที่มีการกำหนดร่วมกัน

ส่วนบริการทางด้านห้องปฏิบัติการนั้นไม่จำเป็นต้องมีมากประเภทที่เหมือนกับโรงพยาบาล แต่เป็น ลักษณะของระบบการส่งต่อแทน จะมีประสิทธิภาพ คุ่มค่ามากกว่า

4.2 องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปที่ดี นั้น อาจแบ่งเป็นกลุ่มได้คือ **กลุ่มแรกเป็น กลุ่มจำเป็นที่เป็นพื้นฐาน**ของการทำให้เกิดบริการที่ผสมผสาน ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม หากขาดองค์ประกอบใด องค์ประกอบย่อมจะไม่เกิดผลลัพธ์บริการที่ต้องการ ได้ องค์ประกอบนี้คือ

1. การมีประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน เพื่อเป็นเป้าหมายของการวางแผนการจัดบริการทั้งรุก และรับ และการติดตาม ประเมินผลบริการ

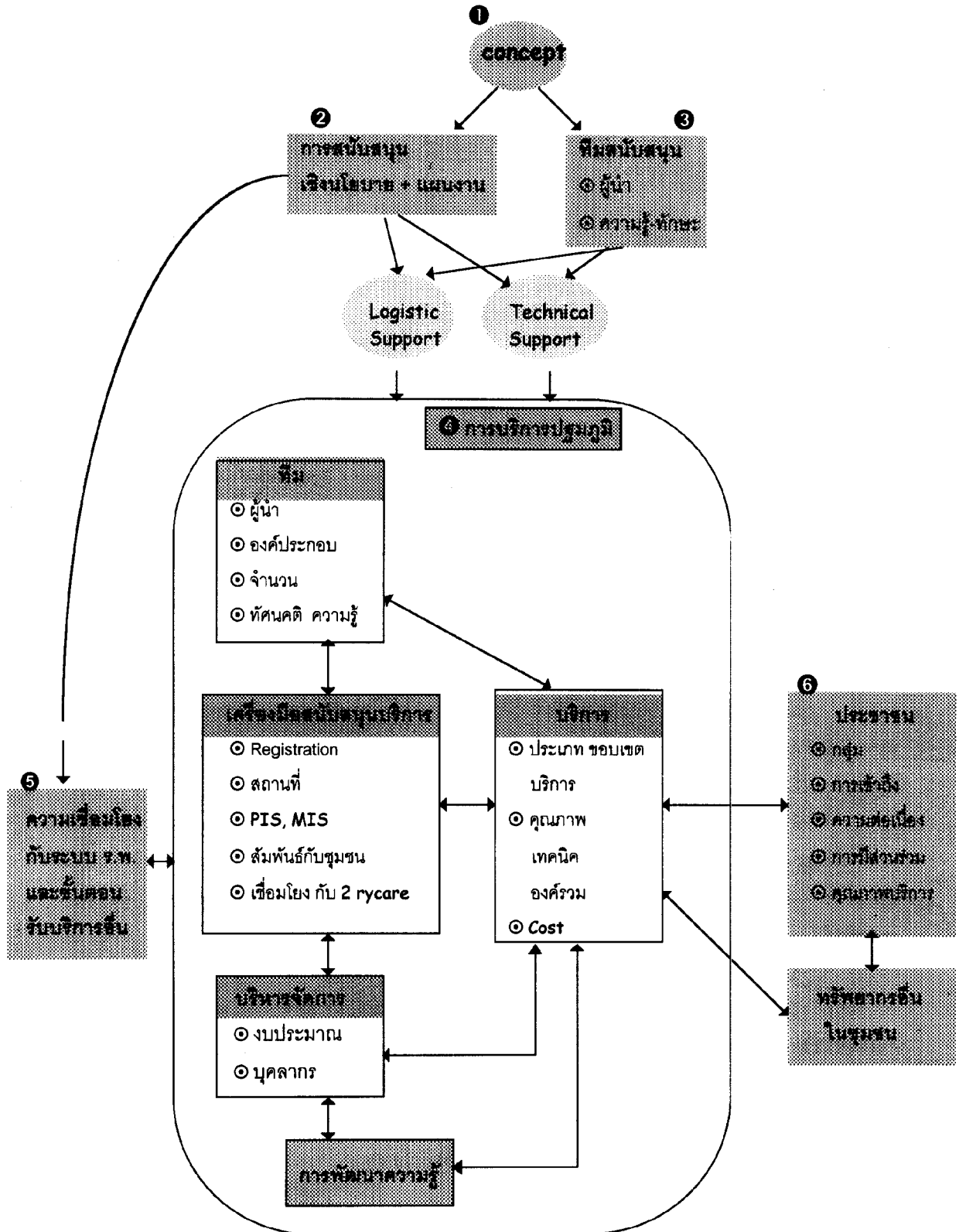
2. การมีบริการที่ผสมผสาน มิใช่เพียงงานรักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่มีประเภทบริการที่กว้างขึ้น มีทั้งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพร่วมด้วย โดยทีมงานขนาดที่ไม่ใหญ่เกินไป และมีการเตรียมความพร้อมของทีมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการแบบผสมผสาน
3. การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจชีวิตของประชาชนมากขึ้น และประชาชนเข้าใจผู้ให้บริการมากขึ้นด้วยเช่นกัน
4. ระบบการรับนิโคชบ ติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง หากขาดนัด หรือมีปัญหาการรับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ และมีการติดตามอย่างเหมาะสม องค์ประกอบนี้จะเป็นส่วนให้มีการร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพร่วมกันอย่างต่อเนื่องได้

องค์ประกอบกลุ่มที่สอง คือ ส่วนที่เสริมทำให้การจัดบริการเวชปฏิบัติทั่วไป มีประสิทธิภาพดีขึ้น ดำเนินการได้ง่ายขึ้น ได้แก่ สถานที่ตั้งของสถานพยาบาลในชุมชนที่สะดวก ระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสาน การจัดการเงินที่ส่งเสริมการมารับบริการด้านแรกก่อน การเชื่อมโยงกับบริการทุติยภูมิ การจัดสถานที่บรรยากาศ การให้บริการที่สร้างความเป็นกันเอง

องค์ประกอบส่วนที่สาม คือระบบสนับสนุนการดำเนินงานเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แก่ ระบบบริหารจัดการ ที่คล่องตัว ทีมให้บริการมีอำนาจการจัดการและตัดสินใจในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้ การสนับสนุนงบประมาณ และการพัฒนาบุคลากรในด้านความคิด ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมต่องานส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลกับโรงพยาบาล การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินจุดอ่อน เสริมจุดดี แก้ไขจุดบกพร่อง และพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการจัดบริการให้กับประชาชนอย่างสอดคล้อง ยุติธรรม และมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่วนนี้ต้องการทีมสนับสนุนที่มีความเข้าใจแนวคิดงานที่ชัดเจน เข้าใจองค์ประกอบที่จำเป็นในการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปที่ดี มีความเป็นผู้นำที่ดี มีทักษะการบริหารจัดการ เป็นผู้คอยบริหารจัดการ ช่วยเหลือ สนับสนุนอย่างเป็นระบบ เป็นผู้พัฒนาและสร้างให้ทีมบริการมีความเข้าใจ และพัฒนางานด้วยตนเองต่อไปได้เองในระยะยาว (ภาพองค์ประกอบทั้งหมดแสดงในแผนภูมิที่ 1)

ทั้งหมดนี้เป็นส่วนที่สรุปจากการศึกษาบทเรียนการให้บริการในพื้นที่ที่มีการทดลองพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปด้วยรูปแบบต่างๆ ซึ่งพิจารณาเปรียบเทียบกระบวนการและผลลัพธ์บริการที่เกิดขึ้น และจากประสบการณ์การให้บริการในต่างประเทศ

ภาพที่ 1 องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



ขนาดของทีมและองค์ประกอบของทีมบริการนั้น

ขั้นต่ำ คือ มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน มีพยาบาลเทคนิค หรือผู้ช่วยพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 2 คน และมีเจ้าหน้าที่ธุรการ/ภารโรง 1 คน และหากมีแพทย์ได้อย่างน้อย 1 คน ก็จะทำให้ขอบเขตความสามารถของบริการมีมากขึ้น หากไม่มีแพทย์ก็ให้มีพยาบาลวิชาชีพแทน 1 คน ที่ได้รับการอบรมในด้านการเวชปฏิบัติทั่วไป โดยมีแพทย์เป็นผู้คอยติดตาม นิเทศดูแล

ทีมขั้นต่ำนี้ สามารถดูแลจัดบริการงานพื้นฐานให้แก่ประชาชนประมาณ 5,000 คน ในด้านการรักษาพยาบาลที่พบบ่อย โรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน งานบริการดูแลหญิงมีครรภ์ การดูแลเด็กเล็กในด้านวัคซีนและพัฒนาการเด็ก และบริการเยี่ยมบ้านเพื่อการติดตามผู้ป่วย การดูแลการพยาบาลที่บ้าน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งในกรณีที่มีประชากรในความดูแลเพิ่มมากขึ้น หรือมีประเภทของการบริการเพิ่มมากขึ้น หรือประชาชนมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น ก็ควรมีการปรับเปลี่ยนจำนวนและประเภทตามลักษณะและปริมาณงาน แต่ทั้งนี้ไม่ควรใหญ่เกินไปจนเกิดปัญหาในการทำงานเป็นทีม และการประสานงานที่ผสมผสาน

คุณลักษณะของบุคลากร คือ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน และมีทัศนคติที่เห็นว่าคุณภาพหมายรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ดี และต้องมีความรู้ ทักษะทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น มีความสามารถในการสื่อสารกับประชาชนในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีพื้นความรู้ ความเข้าใจทางด้านสังคมศาสตร์เบื้องต้น มีความเข้าใจด้านจิตวิทยาบุคคลและครอบครัว และมีทักษะในการให้คำปรึกษาที่เป็นพื้นฐาน

4.3 บทเรียนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง

จุดแข็งของการพัฒนาบริการในเขตเมือง คือมีศักยภาพในการหาบุคลากรมาให้บริการทั้งที่เป็นแพทย์และพยาบาลได้ง่าย เพราะมีบุคลากรมากในพื้นที่ พื้นที่ไม่ทุรกันดาร การคงอยู่ในระบบทำได้ง่ายกว่าชนบท ททรัพยากรด้านงบประมาณมีมากกว่าทั้งในภาครัฐ และภาคประชาชน ซึ่งส่วนนี้จะตรงข้ามกับพื้นที่ชนบท

จุดอ่อน คือความไม่ลงตัวของระบบการบริหารงาน และการปกครอง ความไม่ชัดเจนของการรับผิดชอบระหว่างเทศบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การทำงานมีความลังเล ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ ขาดการประสานงานให้บริการที่เป็นเอกภาพ ยกเว้นพื้นที่ที่เทศบาลดำเนินการเองอย่างเต็มที่

ฉะนั้นการพัฒนางานบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในเขตเมือง จุดเริ่มต้นคือต้องหาผู้ที่สนใจ และมีความตั้งใจจริงในการพัฒนางานนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะอยู่ในหน่วยงานใดก็ได้ เพราะมีโอกาสที่จะพัฒนาต่อได้เช่นกัน แต่วิธีการต่างกัน ดังประสบการณ์ในพื้นที่ทดลอง 5 จังหวัด แล้วจึงค่อยประสานกับส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ความซับซ้อนของโครงสร้างทางสังคม และการอยู่อาศัยของประชากรในเขตเมืองมีมากกว่า ทำให้การวางแผนการบริหารสาธารณสุขยากกว่าเขตชนบท แต่ก็มียุติธรรมที่มีความสะดวกในการคมนาคมเดินทาง ปัญหาเชิงสังคมมีมาก เจ้าหน้าที่เข้าถึงประชาชนได้ยากกว่า ต้องมีเทคนิควิธีการที่หลากหลายกว่าในชนบท

รูปแบบการเข้าถึงประชาชนในเขตเมือง ควรที่จะเป็นการเข้าถึงเป็นรายครอบครัวมากกว่ามุ่งหวังการรวมตัวเป็นชุมชนใหญ่ เพราะเครือข่ายความสัมพันธ์ของประชาชนในเขตเมืองไม่จำเป็นต้องเป็นรูปแบบรวมกันเป็นชุมชนในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกัน แต่โยงใยด้วยโครงสร้างความสัมพันธ์ในการดำรงงาน การประกอบอาชีพ และการศึกษาเป็นหลักมากกว่าบ้านอยู่อาศัยที่อยู่ใกล้เคียงกัน ฉะนั้นการทำงานกับชุมชนต้องหาวิธีการที่หลากหลายมากขึ้น การใช้วิธีการที่เป็นคณะกรรมการศูนย์แพทย์ที่ดำเนินการที่อยุธยา และนครราชสีมา ก็ถือว่าเป็นอีกวิธีการหนึ่ง การเริ่มจากกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้สนใจเรื่องต่างๆ ก็เป็นอีกวิธีหนึ่ง

จากศักยภาพในพื้นที่เขตเมืองมีทรัพยากรมากกว่า แต่กระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน เพียงแต่ขาดระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และเนื่องจากพื้นที่นี้มีประชากรจำนวนมากอยู่อย่างหนาแน่น ฉะนั้นการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้นั้น ไม่อาจที่จะใช้กำลังคนของหน่วยใดหน่วยหนึ่งในการให้บริการได้อย่างเพียงพอ แต่ต้องเป็นวิธีการประสาน และการร่วมมือช่วยเหลือระหว่างหน่วยงานในการให้บริการ กล่าวคือ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทั้งภาครัฐ (รพศ./รพท.) และภาคเอกชน(คลินิก ร้านยาประชาชน) และผู้รับผิดชอบประชาชนควรเป็นเทศบาลที่มีหน้าที่นี้โดยตรง ภายใต้การกำกับ สนับสนุนอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการเป็นผู้บริหารจัดการ ประสานผู้ให้บริการ และจัดระบบให้บริการอย่างครอบคลุมแก่ประชาชน ซึ่งหมายถึงว่าต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงวิธีการที่จะให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการอย่างผสมผสานมากขึ้น วิธีการจัดงบประมาณสนับสนุนเอกชนในการให้บริการได้คล่องตัวมากขึ้น และวิธีการที่เทศบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถควบคุม กำกับผลลัพธ์บริการ และคุณภาพบริการได้ โดยที่ไม่ต้องเป็นผู้จัดบริการเอง

4.4 รูปแบบบริการแบบโอพีดี เกี่ยวกับบริการแบบศูนย์แพทย์ชุมชน

ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการเป็นบริการด้านแรก ที่ดูเสมือนเป็นบริการปฐมภูมิ หรือบริการเวชปฏิบัติทั่วไป นั้น คือ 1) บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลที่มีการแบ่งสาขาและไม่แบ่งสาขา และ2) สถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นหน่วยบริการแบบเบ็ดเสร็จซึ่งเป็นประเด็นที่มีการวิเคราะห์วิจารณ์เสมอว่าหน่วยบริการ 2 ประเภทนี้ การจัดบริการลักษณะใดจึงจะเหมาะสมในการเป็นสถานบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ หรือเป็นบริการเวชปฏิบัติครอบคลุมตามแนวความคิดที่ต้องการ

ในโครงการศึกษาวิจัยนี้ได้มีการทดลองการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปทั้งใน 2 ลักษณะ และพยายามติดตามผลความคืบหน้า และมีการศึกษาเก็บข้อมูลเป็นการเฉพาะเพื่อพยายามเปรียบเทียบจุดเด่น จุดอ่อนของการจัดบริการใน 2 ลักษณะนี้ (รายละเอียดกล่าวในข้อ 3.2.8-และรายงานเล่มที่ 2) ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาและจากการระดมความเห็นได้ประเด็นเปรียบเทียบศักยภาพของบริการทั้ง 2 ลักษณะ และความสอดคล้องกับคุณลักษณะของบริการปฐมภูมิดังตารางเปรียบเทียบท้ายข้อความนี้

เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน เอกสารนี้ได้เปรียบเทียบรูปแบบบริการ โดยมีความหมายของหน่วยบริการดังนี้

ความหมาย ของ ประเภทของหน่วยบริการ

โอฟิตี ของรพ.ใหญ่ หมายถึง ห้องตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่มีการแบ่งแยกการบริการเป็นสาขาเฉพาะทาง เช่น รพศ./รพท. รพ.ในมหาวิทยาลัย

โอฟิตี ของรพ.เล็ก หมายถึง ห้องตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกประเภทรวมกัน มิได้แยกตามเพศ หรือตามสาขาวิชา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน แต่ระบบบริการที่เป็นห้องบัตร ห้องจ่ายยา ห้องทำแผลจะเป็นระบบใหญ่ที่รองรับงานบริการผู้ป่วยในด้วย

ศูนย์แพทย์ชุมชน หมายถึง สถานพยาบาลขนาดเล็กไม่ใหญ่ ที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จแก่ผู้รับบริการทุกประเภท รวมทั้งบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ระบบบริการจะไม่ซับซ้อน ไม่มีบริการแยกประเภทมาก ไม่มีบริการผู้ป่วยใน ระบบบริการห้องบัตร และการจ่ายยา เป็นระบบที่เล็ก กระทัดรัด เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา นครราชสีมา ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

ประเด็นที่ใช้เปรียบเทียบการจัดบริการลักษณะต่างๆ ข้างต้นนั้น อาจเปรียบเทียบในประเด็นต่างๆ เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) ลักษณะหรือประสิทธิผลของบริการแต่ละลักษณะ
- 2) ศักยภาพของบริการแต่ละประเภทที่สอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

1) ลักษณะหรือประสิทธิผลของบริการแต่ละลักษณะ

อันได้แก่ ลักษณะความซับซ้อนของระบบบริการ ความสะดวกในการรับบริการ เวลาการใช้บริการ ผลลัพธ์ของบริการอันได้แก่ ประสิทธิภาพการรักษา คุณภาพบริการทางด้านเทคนิคทางการแพทย์ ด้านบริการต้อนรับ การสื่อสารที่ดี และคุณภาพด้านมนุษย์ และสังคม (human and social quality) สำหรับกลุ่มปัญหาสุขภาพแบบต่างๆ ได้แก่ ปัญหาเฉียบพลัน ปัญหา โรคเรื้อรัง บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการฟื้นฟูสภาพ บริการด้านสังคม และจิตวิทยา ต้นทุนการให้บริการทั้งในด้านหน่วยบริการ และด้านประชาชนที่ใช้บริการ

2) ศักยภาพของบริการแต่ละประเภทที่สอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

คุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิที่ดี หรือเป็นบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีคุณภาพ คือ

1. เป็นบริการด่านแรก เข้าถึงง่าย (First contact of care) อันพิจารณาจากวิธีจัดบริการที่เข้าถึงง่าย มีเวลาให้บริการมากพอ เดินทางมาใช้ได้สะดวก ไม่มีข้อจำกัดสำหรับผู้ที่ยากจน หรือด้อยโอกาส มีความสะดวกในการมาใช้บริการ หรือการนัดหมายมาใช้บริการ ไม่มีสิ่งกีดขวางด้านการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
2. เป็นบริการที่ดูแลสุขภาพได้ต่อเนื่อง ระยะเวลา (Longitudinal care) มีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกับผู้รับบริการ ในบริการทุกประเภทรวมทั้งระบบข้อมูลมีความต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่มีการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive care) ให้บริการรักษาพยาบาลร่วมกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการดูแลทั้งด้านจิตใจ สังคมร่วมกับการดูแลทางกาย
4. เป็นหน่วยที่ประสานงานให้เกิดบริการที่ครบ บูรณาการ และต่อเนื่อง (Co-ordination of services) มีการประสาน ส่งต่อ กับบริการของหน่วยงานอื่นเมื่อมีความจำเป็น

5. เป็นการดูแลบุคคลโดยคำนึงถึงบริบทของครอบครัวและชุมชน (Family and community orientation) การประเมินปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหาที่มีการนำเอาข้อมูลด้านครอบครัว และชุมชนมาร่วมพิจารณาด้วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะและผลลัพธ์บริการระหว่างโอพีดีของรพ.กับศูนย์แพทย์ชุมชน

	โอพีดี ของรพ.ใหญ่	โอพีดี ของรพ.เล็ก	ศูนย์แพทย์ชุมชน
1. ลักษณะประชากรที่ รับผิดชอบ และลักษณะ งาน	ไม่มีระบบรับผิดชอบ ประชากรที่ชัดเจน เป็น ลักษณะงานตั้งรับเป็น หลัก	มีระบบรับผิดชอบ ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งมีทั้งงานตั้งรับและ งานรุก	มีระบบรับผิดชอบประชากร ชัดเจน มีการจัดระบบรองรับ ประชากรกลุ่มนี้ทั้งรับ และ รุกอย่างต่อเนื่อง
2. ความซับซ้อน ความ สะดวกในการใช้บริการ	ระบบใหญ่ แยกสาขา มาก ห้องบริการมีมาก ผู้ ใช้บริการแน่น มีความ สับสนสูง ไม่สะดวก	ระบบขนาดกลาง ไม่แยก สาขาให้บริการง่ายขึ้น แต่ ยังมีห้องบริการมาก ผู้รับ บริการมากพอควร สับสน ปานกลาง	ระบบขนาดเล็ก ไม่แยกสาขา ไม่ซับซ้อน มีบริการหลัก เพียง 2-3 จุด สะดวก ไม่ สับสน ผู้รับบริการไม่แน่น มาก
3. เวลาที่ใช้ในการ บริการ	ใช้เวลาตั้งแต่มารับบัตร จนตรวจเสร็จ เฉลี่ย 1.5 - 8 ชั่วโมง	ใช้เวลาตั้งแต่มารับบัตรจน ตรวจเสร็จ เฉลี่ย 1- 4 ชั่วโมง	ใช้เวลาตั้งแต่มารับบัตรจน ตรวจเสร็จ เฉลี่ย 42 นาที
4. ผลลัพธ์บริการ ด้าน เทคนิค และด้านสังคม			
- ปัญหาเจ็บป่วยที่ พบบ่อย	บริการได้ดี แต่มีแนวโน้ม จ่ายยาสูง เพราะไม่มีเวลา คุยมาก	บริการได้ดี มีแนวโน้มใช้ยา มาก แต่น้อยกว่ารพ.ใหญ่	บริการได้ดี การใช้ยากับ ความตระหนักของแพทย์ที่ให้ บริการ
- ปัญ หาโรคเรื้อรัง	บริการได้ดีทั้งที่มีภาวะ แทรกซ้อนน้อยและมาก การติดตาม และการคุย ได้น้อยเพราะมีผู้ป่วยแน่น และมักไม่มีผู้ดูแลติดตาม รับผิดชอบผู้รับบริการ กลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ ความต่อเนื่องผู้ป่วยที่ใช้ บริการต่ำ (น้อยกว่า ร้อย ละ 50)	บริการได้ดีในกลุ่มที่มีภาวะ แทรกซ้อนไม่มาก ส่วนที่มี ภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นกับ ทักษะของแพทย์ที่รักษา แต่มีระบบการติดตาม ให้ สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโดย พยาบาล ความต่อเนื่องผู้ ป่วยที่ใช้บริการปานกลาง (ร้อยละ 70 - 80)	บริการได้ดีในกลุ่มที่มีภาวะ แทรกซ้อนไม่มาก ส่วนที่มี ภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นกับ ทักษะของแพทย์ที่รักษา มี ระบบการติดตามที่ต่อเนื่อง ตลอดจนการดูแลที่บ้านใน รายที่มีปัญหา ความต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ใช้บริการสูง (มาก กว่า ร้อยละ 80)

	โอพีดี ของรพ.ใหญ่	โอพีดี ของรพ.เล็ก	ศูนย์แพทย์ชุมชน
- ปัญหาด้านสังคม และจิตใจ	ผู้ให้บริการมีเวลาพูดคุยได้น้อย แต่ในรายที่มีปัญหาเด่นชัด สามารถส่งต่อให้หน่วยบริการที่ดูแลด้านนี้ได้โดยตรง	ผู้ให้บริการมีเวลาพูดคุยได้น้อย แต่ในรายที่มีปัญหาเด่นชัด สามารถส่งต่อให้หน่วยบริการที่ดูแลด้านนี้ได้โดยตรง แต่ประสบการณ์จะน้อยกว่า รพ.ใหญ่	ผู้ให้บริการมีเวลาพูดคุยมากกว่า และมีข้อมูลพื้นฐานจากการเยี่ยมบ้าน และจากระบบข้อมูลที่บันทึกไว้ มีโอกาสรับรู้ปัญหาได้มากกว่า แต่การช่วยเหลือได้มากเพียงใดขึ้นกับทักษะของผู้ให้บริการ
- บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ	มีหน่วยให้บริการด้านนี้โดยตรงในลักษณะที่แยกจากบริการรักษา มีวันบริการเฉพาะ มีผู้ใช้บริการมาก ชอบเขตความสามารถในการดูแลด้านเทคนิคมีสูง ขาดระบบการติดตามที่ต่อเนื่อง	มีหน่วยให้บริการด้านนี้โดยตรงในลักษณะที่แยกจากบริการรักษา มีวันบริการเฉพาะ มีผู้ใช้บริการปานกลาง ชอบเขตความสามารถในการดูแลด้านเทคนิคมีปานกลาง มีระบบการติดตามที่ต่อเนื่อง	บริการมีลักษณะที่ผสมผสานไปกับการรักษาพยาบาล และมีการเชื่อมโยงกันง่ายกว่า ความสามารถด้านเทคนิคบริการมีน้อยกว่า รพ.ใหญ่ แต่สำหรับกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความสามารถใกล้เคียงกัน มีระบบติดตามที่ต่อเนื่อง และมีระบบที่รุกเข้าไปหากกลุ่มเป้าหมายก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่า
- บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ	มีหน่วยบริการด้านนี้โดยตรง มีทักษะความสามารถดี แต่ผู้รับบริการมีมาก	ไม่มีผู้ที่มีทักษะความสามารถในการให้บริการด้านนี้โดยตรง แต่มีศักยภาพในการจัดระบบฟื้นฟูที่บ้านได้ต่อเนื่อง	ไม่มีผู้ที่มีทักษะความสามารถในการให้บริการด้านนี้โดยตรง แต่มีศักยภาพในการจัดระบบฟื้นฟูที่บ้านได้ต่อเนื่อง
5. ต้นทุนการบริการด้านหน่วยบริการ	ต้นทุนบริการพื้นฐานไม่รวมค่ายาในโรคทั่วไป 50 - 74 บาท ค่ายา 102 - 458 บาท	ต้นทุนรวมในการรักษาโรคทั่วไป 111 - 203 บาท	ต้นทุนบริการพื้นฐานไม่รวมค่ายาในโรคทั่วไป 53 - 68 บาท ค่ายา 32-49 บาท
ด้านประชาชน	35 บาท	ไม่มีข้อมูล	15 บาท

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบศักยภาพในการเป็นบริการปฐมภูมิที่ดี ระหว่างโอพีดีของรพ. กับศูนย์แพทย์ชุมชน

	โอพีดี ของรพ.ใหญ่	โอพีดี ของรพ.เล็ก	ศูนย์แพทย์ชุมชน
1. การเป็นบริการด่านแรก เข้าถึงง่าย	+	++	+++
2. การให้บริการที่ต่อเนื่อง ระยะยาว	+	++	+++
3. บริการที่ผสมผสาน	+	++	+++
4. ประสานการให้บริการอย่างบูรณาการ	+	++	+++
5. บริการที่คำนึงถึงครอบครัว และชุมชน	+	++	+++
6. คุณภาพบริการ			
ด้านการแพทย์	++	++	++
ด้านมนุษย สังคม จิตวิทยา	+	+	++
7. ต้นทุนบริการ			
ด้านหน่วยบริการ	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
ด้านประชาชน	สูง	ปานกลาง	ต่ำ

หมายเหตุ : + วนเครื่องหมาย + หมายถึงขนาดของศักยภาพที่หน่วยบริการนั้นมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะ

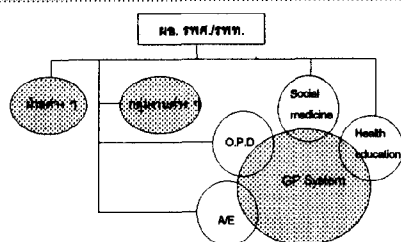
ลักษณะการให้บริการประเภทต่างๆ ของประชาชน ในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ) และเทศบาลนครใหญ่ (อมร รอดคล้าย และคณะ) แสดงให้เห็นว่าประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่น้อยกว่าศูนย์แพทย์ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 3 เท่า ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประชาชนไปใช้บริการที่รพ.ใหญ่มากขึ้น แต่ก็ยังน้อยกว่าศูนย์แพทย์ชุมชน

ภาพไดอะแกรมแสดงโครงสร้างองค์บริการเวชปฏิบัติทั่วไปในโอพีดีของรพ.ใหญ่เทียบกับศูนย์แพทย์ชุมชน

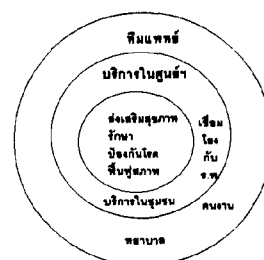
รพศ./รพท.

ศูนย์แพทย์ชุมชน

โครงสร้างองค์บริการเวชปฏิบัติทั่วไป ในรพศ./รพท.



แสดงระบบการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชน



จากการเปรียบเทียบคุณลักษณะทั้งหมดข้างต้น อาจกล่าวสรุปได้ว่าลักษณะการจัดบริการเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนมีศักยภาพในการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพดีกว่าด้วยต้นทุนของหน่วยบริการที่ไม่ต่างกัน ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากกว่า แต่คุณภาพของศูนย์แพทย์ยังขึ้นกับทักษะความสามารถของแพทย์และทีมให้บริการ ในการให้บริการด้านเทคนิคทางการแพทย์ และการผสมผสานศาสตร์ด้านสังคมศาสตร์และจิตวิทยาในการให้บริการมีมากนักน้อยเพียงใด ซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อไป แต่เงื่อนไขลักษณะการจัดบริการแบบศูนย์แพทย์เอื้ออำนวยได้ดีกว่าระบบของ ใอพิธิของโรงพยาบาล

4.5 บทบาทและศักยภาพของเทศบาลในการจัดบริการปฐมภูมิ

ตามแผนงานพัฒนาสาธารณสุขเขตเมือง ได้ระบุไว้ชัดเจนถึงบทบาทหน้าที่ของเทศบาลในการเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลงานบริการสาธารณสุขพื้นฐานของประชาชนในพื้นที่เขตเทศบาล โดยที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยที่ช่วยเหลือและสนับสนุน มีแผนงบประมาณรองรับงานส่วนนี้โดยตรงผ่านกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับรายได้ของเทศบาลเอง

เทศบาลมีหน่วยงานที่ดูแลงานสาธารณสุขโดยตรง คือ กองอนามัยและสิ่งแวดล้อม ที่ประกอบด้วย 1) ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข ซึ่งมีงานแผนงานสาธารณสุข งานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานรักษาความสะอาด และงานเผยแพร่และฝึกอบรม 2) ฝ่ายบริการและส่งเสริมการอนามัย ซึ่งมีงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และงานสัตว์แพทย์ 3) งานศูนย์บริการสาธารณสุข และ 4) งานทันตสาธารณสุข มีกรอบอัตรากำลังรองรับที่ชัดเจนทั้งที่เป็นข้าราชการ และลูกจ้าง โดยมีจำนวนบุคลากรแตกต่างกันตามขนาดของเทศบาล และระดับรายได้ของเทศบาลนั้นๆ

ที่ผ่านมาเทศบาลมีบทบาทด้านสาธารณสุขในพื้นที่เทศบาลที่เด่นชัด คือ การกำจัดด้านขยะ การจัดการเรื่องสุขาภิบาล ควบคุมป้องกันโรคเมื่อมีการระบาดร่วมกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนบริการด้านการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพนั้น มีค่อนข้างจำกัด กล่าวคือ ส่วนใหญ่เทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุขเพียง 1-2 แห่ง ทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชน แต่มักจะมีประชาชนมาใช้บริการน้อยเพราะมีบุคลากรน้อย มียาจำกัด และไม่มีแพทย์ให้บริการ พื้นที่ที่มีการบริการมากกว่าที่อื่นๆ คือ เทศบาลเมืองหาดใหญ่ เทศบาลนครเชียงใหม่ เทศบาลนครราชสีมา ปัญหาของการให้บริการได้น้อย คือ ขาดบุคลากร ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากฝ่ายบริหารของเทศบาล กฎระเบียบการบริหารจัดการไม่คล่องตัว ค่าตอบแทนแก่บุคลากรเทศบาลต่ำกว่ากระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารของเทศบาลมักให้ความสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณูปโภคมากกว่าด้านสาธารณสุข

จากบทเรียนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่เขตเมือง 5 จังหวัด ซึ่งเทศบาลมีบทบาทต่างกัน และบทบาทของส่วนกระทรวงสาธารณสุขในการร่วมมือต่างกัน ดังนี้

บทบาทเทศบาลและหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในการร่วมจัดบริการปฐมภูมิ

อยุธยา เทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเทศบาลเอง 2 แห่ง และมีบทบาทเพิ่มในการสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนเพิ่ม 3 แห่ง โดยสนับสนุนการลงทุนก่อสร้างอาคารศูนย์แพทย์ชุมชน และให้เจ้าพนักงานที่เป็นารโรง 1 คน ต่อศูนย์ ในการร่วมให้บริการกับเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุข

สุข ค่ายาและบุคลากรในศูนย์แพทย์ชุมชนใช้จากกระทรวงสาธารณสุข รายได้จากศูนย์แพทย์ชุมชนเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นหน่วยรับผิดชอบงานของศูนย์แพทย์ฯ

หาดใหญ่ เทศบาลมีบทบาทหลักในการจัดบริการในพื้นที่เทศบาลทั้งหมด เป็นผู้สร้างอาคารบริการ จัดหาบุคลากรให้บริการพื้นฐานอย่างครอบคลุม แต่โรงพยาบาลหาดใหญ่ช่วยเสริมวิชาการรักษาพยาบาล และบริการด้านแม่และเด็กในศูนย์ช่วงนอกเวลาราชการ โดยใช้ยาจากเทศบาล แต่ค่าตอบแทนของแพทย์ที่ให้บริการใช้จากส่วนของรพ.หาดใหญ่ รายรับของศูนย์ฯ เข้าไปเป็นรายรับของเทศบาล

ขนแก่น เทศบาลมีบทบาทให้บริการพื้นฐานผ่านศูนย์บริการเทศบาล 1 ศูนย์ ส่วนรพ.ขนแก่นร่วมจัดบริการโดยการแบ่งพื้นที่ชุมชนส่วนหนึ่งมาอยู่ในความรับผิดชอบและมีการจัดบริการใหม่ในรูปแบบศูนย์แพทย์ชุมชน 2 แห่ง ภายใต้งบประมาณและบุคลากรจากรพ.ขนแก่นทั้งหมด ไม่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากเทศบาล

นครราชสีมา เทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง และมีแพทย์ให้บริการ 1 แห่ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาร่วมให้บริการโดยแบ่งเขตพื้นที่ส่วนหนึ่งให้บริการ ด้วยรูปแบบการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน 2 แห่ง ภายใต้งบประมาณและกำลังคนจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ไม่ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากเทศบาล

นครสวรรค์ เทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง ไม่มีแพทย์ให้บริการ รพ.สวรรค์ประชารักษ์โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมแบ่งพื้นที่ชุมชนแออัด 3 ชุมชนมาอยู่ในความรับผิดชอบ ไม่มีการร่วมมืออื่นเพิ่มเติมที่ชัดเจน

กล่าวโดยสรุปได้ คือ เทศบาลในพื้นที่ 5 จังหวัดนี้ ในพื้นที่ขนแก่น นครสวรรค์ และนครราชสีมาเทศบาลมีบทบาทเหมือนเทศบาลทั่วไป แต่เทศบาลอยุธยามีส่วนในการสนับสนุนอาคารและบุคลากรเพื่อการจัดบริการเพิ่มขึ้น ส่วนหาดใหญ่ก็มีบทบาทในการจัดบริการอย่างครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งมากกว่าพื้นที่อื่นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะนายกเทศมนตรีให้ความสนใจเรื่องสาธารณสุขมาก

ในด้านการวางแผนบริการอย่างครอบคลุมประชากรทั้งหมดมี 2 แห่ง คือ พื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา ซึ่งวางแผนโดยส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับเทศบาล ส่วนหาดใหญ่มีแผนจัดตั้งศูนย์ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด แต่อาจจะไม่ได้วางแผนการกระจายที่ดินัก แต่ในพื้นที่อื่นมีการตั้งศูนย์แพทย์อย่างไม่มีการวางแผนความครอบคลุมไว้ล่วงหน้า เป็นลักษณะการตั้งรับและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่า

ในแต่ละพื้นที่บุคลากรในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทและประสานการร่วมมือกับเทศบาลด้วยน้ำหนักที่ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ของความสำเร็จของงานที่เคยทำงานร่วมกัน ความมั่นใจต่อศักยภาพของเทศบาลที่ต่างกัน และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการต่างกันกล่าวคือ ในพื้นที่เทศบาลหาดใหญ่ เทศบาลมีศักยภาพและมีความตั้งใจที่ชัดเจนในการจัดบริการสาธารณสุข ฉะนั้นส่วนของกระทรวงสาธารณสุขจึงมีบทบาทเพียงเป็นส่วนเสริมคุณภาพและบริการที่เทศบาลจัดไม่ได้ ในขณะที่พื้นที่เทศบาลเป็นฝ่ายรับ แต่โครงการอยุธยามีเป้าหมายของการจัดบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ตั้งแต่เริ่มแรก และเป็นการรุดจากฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขในการแสวงความร่วมมือจากเทศบาลที่ชัดเจนด้วยวิธีการต่างๆ ต่อมาเมื่อเทศบาลเห็นประโยชน์ของงานที่เกิดขึ้นจึงทำให้ความร่วมมือสนับสนุนง่ายขึ้น ส่วนในพื้นที่อื่นอีก 3 จังหวัด ไม่ได้ตั้งเป้าหมายที่จะจัดบริการในลักษณะที่ครอบคลุมพื้นที่เทศบาลทั้งหมด เพราะพื้นที่กว้าง และประชากรมากกว่าพื้นที่อยุธยาหลายเท่าตัว การจัดตั้งศูนย์แพทย์ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดทำได้ยาก และเป้าหมายของโรงพยาบาลที่ดำเนินการตั้งศูนย์ฯ เป็นไปเพื่อการสาธิตและทดสอบรูปแบบ

แบบการดำเนินการดังกล่าว จึงไม่ได้มีการวางแผนการรุกเพื่อให้เทศบาลเข้ามามีบทบาทเต็มที่ รวมทั้งประสบการณ์ที่เคยประสานงานกับเทศบาลแล้วเห็นว่าเทศบาลสนใจร่วมมือน้อย

จากประสบการณ์ข้างต้น ย่อมแสดงให้เห็นว่าเทศบาลนั้นมีศักยภาพในด้านงบประมาณที่จะสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิได้หากคณะผู้บริหารเทศบาลให้ความสนใจและมีความเข้าใจต่องานนี้ที่ดี และสนับสนุนบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพได้ แต่จะมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรทางวิชาชีพแพทย์ พยาบาล ซึ่งหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่สามารถร่วมมือและช่วยเหลือได้ รวมทั้งบทบาททางวิชาการด้านสาธารณสุขและการวางแผนการจัดบริการสุขภาพนั้นหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบหลัก และรุกเข้าไปเสนอต่อเทศบาลในการจัดบริการให้เกิดขึ้น เพราะส่วนเทศบาลขาดนักวิชาการด้านนี้ ส่วนบทบาทที่เทศบาลจะเป็นผู้ว่าจ้างหน่วยงานเอกชนหรือรัฐในการจัดบริการปฐมภูมิให้แก่ประชาชนนั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาและทดลองพัฒนาในโครงการนี้

นอกจากนี้การผลักดันให้เทศบาลแสดงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เทศบาลมากขึ้น ยังเป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้องดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งด้วยวิธีการทางนโยบายของกระทรวงมหาดไทย และด้วยการสร้างกระแสความตื่นตัวกับประชาชนในพื้นที่ที่จะเรียกร้องจากเทศบาล มิเช่นนั้นเทศบาลจะไม่กระตือรือร้นในการจัดบริการด้านนี้ให้แก่ประชาชน

4.6 การพัฒนาบริการในเขตชนบท

โครงการนี้ได้พยายามดำเนินการทดลองพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทในอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ต่อเนื่องจากโครงการอยุธยา) และพื้นที่อำเภอน้ำพอง และอำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น (ร่วมกับโครงการ JICA) โดยมีสมมติฐานขั้นต้นที่ว่าโครงสร้างบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทนั้นมีดำรงอยู่แล้ว คือสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน แต่มีปัญหาคือคุณภาพของงานและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็นยังมีปัญหา เพราะมีข้อจำกัดทั้งในด้านระบบการบริหารงาน และคุณภาพของบุคลากรที่ให้บริการ และทีมงานบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ จึงได้ดำเนินการพัฒนาด้วยกลวิธีการฝึกพัฒนาบุคลากรที่อำเภอ (รพช.และสาธารณสุขอำเภอ) และที่สถานีอนามัยให้มีความเข้าใจแนวคิดงานบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ สามารถประเมินปัญหาของผู้รับบริการและปัญหาของชุมชนมากขึ้น ด้วยวิธีการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ประสานทั้งส่วนรพช.และสสอ.ในการวิเคราะห์ปัญหาของสถานีอนามัย และ สนับสนุนการดำเนินงานของสถานีอนามัย พร้อมทั้งหาแนวทางที่ทีมอำเภอจะลงไปเฝ้าติดตามสถานีอนามัยด้วยแนวคิดของการเข้าไปพัฒนาบุคลากรมากกว่าการเข้าไปจับผิด เข้าไปแก้ปัญหทั้งในด้านระบบข้อมูลข่าวสาร การบริหารจัดการ และความสามารถในการรักษาพยาบาล

กระบวนการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ 2 แห่งนี้ ใช้หลักการใหญ่คือ การกระตุ้น และเริ่มที่การปรับทัศนคติการมองปัญหาของเจ้าหน้าที่เป็นหลักเริ่มต้นก่อน แล้วจึงสอนเนื้อหาต่อ ใช้วิธีการใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem based) ในการเรียนรู้ และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม เป็นการฝึกอบรมที่ต่อเนื่อง (รายละเอียดดูในเอกสารฉบับที่ 3) ซึ่ง

ซึ่งกระบวนการฝึกอบรมนั้นก็ได้มีการปรับและพัฒนาไปตลอด ในช่วงระยะปีแรกของการดำเนินงานนี้ ผู้ดำเนินงานก็ ยืนยันว่าการสร้างงานที่สถานีนามัยให้มีการเปลี่ยนแปลงให้เกิดบริการที่ดีขึ้นให้ได้ หลังจากที่มีการฝึกอบรมเจ้า หน้าที 3 รอบ และมีการติดตามในพื้นที่ต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระดับความตระหนัก ความเข้าใจ ของเจ้าหน้าที่ต่อการมองปัญหาของประชาชน เข้าใจความลึกซึ้งของการพัฒนาวิธิตดของตนเองในการทำ งานมากขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนางานที่รับผิดชอบยังทำได้จำกัด เพราะเจ้าหน้าที่ทั้งระดับอำเภอ และสถานีนามัยยังมีข้อจำกัดในเรื่องวิธีการคิดวิเคราะห์ปัญหาและทักษะการพัฒนางาน และมีปัญหาใน เรื่องระบบงานในระบบใหญ่ที่กระทบต่อการพัฒนางานเพิ่มเติมของทีมทั้งหมด เช่นการถูกเร่งรัดงานจาก จังหวัด การให้ส่งข้อมูลประเภทต่างๆ แก่กระทรวง จึงทำให้การพัฒนางานเพิ่มเติมดำเนินการได้ยากลำบาก เพราะ ต้องทำทั้งงานเก่า และงานใหม่ และระบบงานของสาธารณสุขจังหวัดยังไม่ได้มีการปรับไปในทิศทางเดียวกันจึงทำให้ การพัฒนาดำเนินไปไม่ได้ยั่งยืน ต้องมีกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่วิธิตดเป็นหลักมากขึ้น และมีกระบวนการพัฒนา ระบบงานที่จังหวัดร่วมไปด้วย ประกอบกับมีปัญหากการโยกย้ายของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ นพ.วิชัย อัศว ภาคย์ ที่เป็นบุคคลหลักในการพัฒนางานที่ขอนแก่นได้รับทุนไปศึกษาต่อต่างประเทศ จึงไม่ได้ดำเนินโครงการฯต่อใน พื้นที่ชนบทของขอนแก่น แต่ยังคงมีการพัฒนาต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอนครหลวง อยุธยาซึ่งได้ปรับพัฒนาระบบน การใหม่ โดยที่ไม่ได้ตั้งเป้าหมายที่งานสถานีนามัยเป็นหลัก แต่เน้นที่การพัฒนาทีมงานสาธารณสุขระดับ อำเภอให้มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการปญหางานที่รับผิดชอบเป็นหลักมาก ขึ้น มีกระบวนการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รพ.และสถานีนามัย เป็นส่วนประกอบหนึ่งเพื่อการพัฒนา critical mass ที่มีวิธิตดใหม่เพิ่มมากขึ้น พร้อมกับเป็นกระบวนการที่เป็นเครื่องมือในการพัฒนาทีมสาธารณสุขระดับ อำเภอควบคู่กันไป ผลลัพธ์ของงานนี้ในช่วงหลังนี้ ได้ทำให้ทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอนครหลวงอันมีส่วน ประกอบจากรพ. และนักวิชาการในสาธารณสุขอำเภอ และมีองค์ประกอบของนักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจำนวนหนึ่ง มีความคิด ความเข้าใจกันเพิ่มมากขึ้น สามารถริเริ่ม ร่วมวางแผนการพัฒนางานในโรงพยาบาล และในสถานีนามัยได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น มีส่วนร่วมในการพัฒนางานกันได้อย่างเต็มที่ แต่ในส่วนงานของ สาธารณสุขอำเภอก็ยังมีข้อจำกัดที่ระบบงานใหญ่ของจังหวัด และนโยบายของผู้บริหารที่มีผลกระทบตอขอบเขตการ ทำงานอย่างเห็นชัด แต่ยังคงอยู่ในระดับการพัฒนาของโรงพยาบาล และระดับบุคคลที่เข้ามาเรียนรู้ที่นำไป พัฒนางานส่วนย่อยที่ตนเองรับผิดชอบ

จากประสบการณ์การดำเนินงานข้างต้นนี้ได้ข้อสรุปตอบทเรียนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในเขตชนบทคือ

1. ศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่เป็นผู้มีบทบาทหลักในการให้บริการปฐมภูมินั้น ต้องได้ รับการปรับฐานความรู้ และความคิดอย่างเป็นระบบที่มากพอ กล่าวคือ ต้องมีการปรับวิธิตดการทำงานที่ มองสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายของผลลัพธ์งานมากกว่าใช้กิจกรรมงานเป็นตัวตั้ง ต้องสามารถ ประเมินสถานการณ์สุขภาพในชุมชน และความต้องการของประชาชนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความ สามารถในการให้บริการอย่างผสมผสานมากขึ้น รวมทั้งทักษะในด้านการบริหารจัดการ ซึ่งหมายถึงเจ้า หน้าทีต้องได้รับการฝึกอบรมที่มีการปรับทัศนคติใหม่ รวมทั้งมีฐานความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีเพิ่มเติม ฐานความรู้ความสามารถในปัจจุบันมีข้อจำกัดในการพัฒนาไปสู่การให้บริการปฐมภูมิ

- ที่มีคุณภาพ การจะแก้ปัญหาบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน จะต้องมียุทธศาสตร์ที่อำเภอ และจังหวัดพัฒนาบุคลากร และระบบงานอย่างต่อเนื่อง (รายละเอียดเนื้อหาในเอกสารรายงานฉบับที่ 6)
2. ศักยภาพของทีมสาธารณสุขระดับอำเภอ ต้องได้รับการพัฒนาร่วมกับทีมงานระดับจังหวัด ให้เป็นกลุ่มแกนให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบ และวางแผนการแก้ปัญหาระบบบริการ อย่างต่อเนื่องเป็นระบบเพื่อเป็นผู้สนับสนุน และพัฒนาทีมงานในระดับตำบลที่ต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการพัฒนานี้ต้องเน้นที่กระบวนการวิคิดมากกว่าการสอนเนื้อหาด้านเดียว รวมทั้งต้องสร้างให้ทำงานเป็นทีมได้ และต้องเกิดก่อนการหวังผลที่สถานีนอามัย
 3. ทีมงานในระดับโรงพยาบาลชุมชนก็ควรได้รับการพัฒนาให้มีประสบการณ์การทำงานแบบผสมผสานในลักษณะเดียวกับสถานีนอามัย ก่อนที่จะไปเป็นผู้แทนสถานีนอามัยได้
 4. ระบบการบริหารงานระดับจังหวัด และอำเภอจะต้องได้รับการพัฒนาควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนาบุคลากร มิเช่นนั้นเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปดำเนินการต่อจนเกิดทักษะการทำงานที่มีประสิทธิภาพขึ้นได้
 5. กระบวนการพัฒนางานปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท ภายใต้ระบบปกติเป็นกระบวนการที่ดำเนินการได้ยากลำบากและไม่ยั่งยืน เพราะมีการะงานอื่นๆ ตามระบบปกติมาก ซึ่งเข้ามาครอบงำการพัฒนางานของเจ้าหน้าที่อย่างมาก
 6. การหมุนเวียนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพช.ที่เปลี่ยนบ่อยมาก ส่งผลกระทบให้การพัฒนางานโรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนางานสาธารณสุขระดับอำเภอขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถก้าวหน้าไปได้มากนัก (รายละเอียดในเอกสารรายงานฉบับที่ 3) ฉะนั้นการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในชนบท ต้องการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น
 7. การสร้างทีมงานบริหารสาธารณสุขระดับอำเภอที่เป็นเอกภาพ หรือที่ประสานกันได้ดีระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอามัยเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนางานที่สถานีนอามัย การสนับสนุนด้านวิชาการและการบริหารงานควรเป็นไปในทิศทางที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งยังต้องหาแนวทางการสร้างหน่วยงานในลักษณะนี้ขึ้น ซึ่งอาจทำได้ทั้งโดยวิธีการใช้องค์กรเดิมที่มีอยู่แต่ต้องมีกระบวนการพัฒนาทีมให้มีความเข้าใจใกล้ชิดเดียวกัน และทำงานร่วมกันไปได้ ดังที่ทดลองดำเนินการในพื้นที่อำเภอนครหลวง หรือการใช้กลวิธีทางการเงิน หรือการบริหารผลักดันให้ต้องทำงานด้วยกัน หรือด้วยการปรับองค์กรบริหารใหม่ให้เป็นหน่วยเดียวกัน ซึ่ง วิธีหลังนี้ยังเป็นส่วนที่กำลังเริ่มทดลอง และพัฒนาอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งต้องติดตามผลต่อไป

4.7 บทบาทและศักยภาพของภาคเอกชน

สืบเนื่องจากในสถานการณ์จริงในการให้บริการด้านสุขภาพนั้น ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต่างมีบทบาทในการให้บริการเช่นกัน แต่มีน้ำหนักของบทบาทในแต่ละเรื่องไม่เท่ากัน ประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันก็ใช้บริการจากภาครัฐและเอกชนในลักษณะที่ต่างกัน (ดังผลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการใช้บริการในพื้นที่เทศบาลนครเมือง

อยุธยาและหาดใหญ่ ดูในรายงานฉบับที่ 4) ซึ่งย่อมเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ว่ารัฐไม่สามารถละเลยบทบาทของภาคเอกชนในรูปแบบต่างๆ ในการร่วมมือให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้

ภาคเอกชนที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพนั้น เช่น ร้านยาที่ให้บริการด้านยา หรือการให้คำปรึกษากับประชาชนในเบื้องต้น หมอพื้นบ้าน ก็มีบทบาทในการให้การดูแลสุขภาพที่เรื้อรัง หรือปัญหาที่ประชาชนไม่ได้รับจากบริการทางการแพทย์แผนตะวันตก คลินิกเอกชนที่ให้บริการโดยแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้บริการรักษาโรคที่พบบ่อยให้กับประชาชนที่มีอำนาจการจ่ายเงินได้ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่มีบทบาทในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วย ตลอดจนห้องปฏิบัติการเอกชนที่ให้บริการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์ แก่ผู้ที่สามารถจ่ายเงินได้ นอกจากนี้กลุ่มของประชาชนในชุมชนก็เป็นภาคเอกชนอีกลักษณะหนึ่งที่มีบทบาทในการร่วมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ตลอดจนการมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคได้เช่นกัน

การมีบทบาทของภาคเอกชนแต่ละส่วนมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ว่ามีภาคเอกชนรูปแบบใดดำรงอยู่ มีบทบาทมากน้อยอย่างไร ประชาชนมีความรู้ ความเชื่อและประสบการณ์ใช้บริการนั้นอย่างไร มีสถานะสุขภาพอย่างไร รวมทั้งบริการของภาครัฐมีมากน้อยเพียงใด ทั้งหมดนี้จะเป็นองค์ประกอบที่ใช้ในการออกแบบวางแผนที่จำเพาะในด้านบทบาทของภาคเอกชน แต่อย่างไรก็ตามภาคเอกชนแต่ละรูปแบบก็จะมีบทบาทที่เป็นประเด็นหลักที่เหมือนกันในทุกพื้นที่ดังที่กล่าวแล้วในย่อหน้า 2 ซึ่งสามารถใช้ประกอบในการวางแผนหลักของการร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้

โครงการนี้ ยังมีได้ดำเนินการทดลองการร่วมมือกับภาคเอกชนโดยตรง แต่จากข้อมูลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่ และจากบทเรียนการพัฒนาบริการปฐมภูมิในภาครัฐ นั้น นำมาสู่ข้อคิดเห็นต่อการพัฒนาบทบาทของภาคเอกชน ดังนี้

1. **ร้านยา** เป็นแหล่งที่ประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในสัดส่วนเกือบครึ่งของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย แต่คุณภาพบริการของร้านยายังมีความหลากหลายทั้งที่ได้มาตรฐาน และที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือการสูญเสียทรัพยากรโดยไม่จำเป็น จึงควรที่จะมีการพัฒนามาตรฐานบริการของร้านยาให้เป็นพื้นที่พึ่งของประชาชนในการดูแลสุขภาพขั้นต้นแก่ประชาชนที่มีคุณภาพเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพของประชาชนเผยแพร่แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเลือกซื้อยาได้อย่างเหมาะสม
2. **ร้านยา** อาจจะได้รับการพัฒนาให้เป็นแหล่งจ่ายยาแก่ประชาชนแทนสถานพยาบาลในบางกรณีที่ไม่มีความเหมาะสม หรือเมื่อเป็นการรับยาต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ต้องมีการปรับปรุงเรื่องระบบการจ่ายเงินของผู้มีสิทธิบัตรต่างๆ รวมทั้งมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างร้านยากับสถานพยาบาลมากขึ้น
3. **หมอพื้นบ้าน** ก็ถือว่าเป็นทางเลือกการรับบริการอีกแหล่งหนึ่งของประชาชน ที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานที่เหมาะสม รวมทั้งมีการพัฒนาต่อให้มีบทบาทช่วยเหลืออย่างเป็นระบบมากขึ้น เช่น การพัฒนากลุ่มหมอหวัดให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ ช่วยในด้านกายภาพบำบัดซึ่งภาครัฐมีจำนวนบุคลากรจำกัด
4. **คลินิกเอกชน** เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนให้ความนิยมสูง เพราะสะดวก และมีคุณภาพ แต่ปัญหาคือต้องเสียค่าใช้จ่ายแพง และมักไม่มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีข้อเสนอการพัฒนาในส่วนนี้ คือ

- การจัดระบบทางการเงิน ช่วยให้ผู้มีรายได้น้อยก็สามารถใช้บริการนี้ได้เช่นกัน

- การสนับสนุนให้คลินิกมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพิ่มขึ้น เช่นการให้วัคซีนแก่เด็ก การให้บริการตรวจสุขภาพเด็กนักเรียน เพื่อให้บริการของคลินิกเป็นบริการที่ผสมผสานมากขึ้น และเป็นส่วนที่ช่วยขยายความครอบคลุมบริการสุขภาพในเขตเมืองได้อย่างเป็นจริงมากขึ้น เพราะรัฐยอมไม่มีบุคลากรมากพอที่จะจัดบริการในลักษณะศูนย์แพทย์ได้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้โดยมีการจัดระบบความเชื่อมโยงระหว่างเอกชนกับรัฐใหม่ในลักษณะเป็นเครือข่ายการบริการ โดยที่รัฐสนับสนุนงบประมาณช่วยในส่วนที่ประชาชนไม่สามารถจ่ายได้ และเอกชนเป็นผู้รับจ้างจัดบริการผสมผสานทั้งหมดให้แก่ประชาชน หรือเป็นลักษณะที่มีการร่วมมือบริการที่เอกชนดูแลด้านการรักษา และภาครัฐดูแลเรื่องงานส่งเสริมฯ ป้องกันโรค และการดูแลที่บ้าน ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่และความเป็นไปได้ในด้านงบประมาณ

4.8 การมีส่วนร่วมของชุมชน ในบริการปฐมภูมิ

ในโครงการศึกษานี้ได้มีบทเรียนการทำงานร่วมกับชุมชนเพิ่มในส่วนของการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา และศูนย์แพทย์นครราชสีมา ที่เพิ่มเติมจากบทเรียนเดิม คือการมีส่วนร่วมในระดับต่างๆ คือ โดยปรัชญาของการดำเนินงานของศูนย์นั้นต้องสร้างเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และสุดท้ายต้องช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมที่มีการวางแผนและมีการดำเนินงานเพื่อตอบสนองปรัชญาหรือแนวคิดดังกล่าวคือ

- การที่ทีมเจ้าหน้าที่ของศูนย์เข้าสำรวจชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบทุกบ้าน ด้วยวัตถุประสงค์ที่เป็นการแสดงความตั้งใจ (commitment) ของเจ้าหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อประชาชน และเพื่อเป็นการทำความรู้จักกับชุมชน การฟังความเห็นของประชาชนในการจัดบริการ และการเก็บเงินค่าบริการ ซึ่งนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการสร้างความสัมพันธ์กับประชาชน และเป็นจุดเริ่มต้นที่ต่างจากวิธีการจัดตั้ง extended OPD ในอดีตที่ผ่านมา ที่มีได้มีสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนในระยะเริ่มแรก ซึ่งกระบวนการนี้เป็นวิธีการประชาสัมพันธ์ศูนย์ที่ดี และเริ่มสร้างความสนใจให้ประชาชนไปใช้บริการที่ศูนย์นี้ก่อนที่จะไปใช้บริการที่รพ. แม้ว่าในบางศูนย์จะมีแต่พยาบาลให้บริการก็ตาม

- การพยายามจัดให้มีกรรมการของศูนย์แพทย์ ด้วยวิธีการสมัครใจ และการชักชวนขณะที่เจ้าหน้าที่เข้าชุมชน มีการประชุมของกรรมการเป็นการประจำ เพื่อให้ประชาชนผู้สนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความเห็นต่อการพัฒนาบริการของศูนย์ และกรรมการนี้ยังช่วยรับฟังความเห็นของประชาชนที่มีต่อบริการของศูนย์แพทย์ด้วย ซึ่งกระบวนการนี้จะมีประโยชน์ และสร้างการมีส่วนร่วมได้มากน้อยเพียงใดขึ้นกับท่าที และทัศนคติของทีมงานศูนย์แพทย์ว่ารับฟัง และนำข้อเสนอจากกรรมการไปปรับปรุงมากน้อยเพียงใด เมื่อศูนย์มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัด จึงทำให้เกิดความศรัทธากับประชาชน และประชาชนเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ เมื่อมีความขาดแคลน

- การที่ให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งที่เป็นผู้ป่วยเอง และครอบครัวของผู้ป่วย ด้วยกระบวนการแนะนำขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการ และในขณะที่เยี่ยมบ้านเป็นการประจำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการที่เจ้าหน้าที่แสวงความร่วมมือจากเพื่อนบ้านผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีความรู้ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ประชาชนในชุมชนได้มีบทบาทช่วยเหลือกันเองด้วย

- บทบาทของสม. ไม่มีบทบาทมากนักในพื้นที่อยุธยา เพราะไม่มีกลุ่มบุคคลที่มีศักยภาพที่เด่นชัด แต่ในพื้นที่ นครราชสีมา อสม.ยังมีบทบาทต่อเนื่องและเชื่อมโยงได้ดีขึ้นกับศูนย์แพทย์ชุมชน

- ที่ผ่านมาศูนย์ยังไม่ได้ดำเนินการไปถึงระดับการสร้างเสริมให้มืองค์กรชุมชนที่เข้ามาร่วมดูแลสุขภาพของ ประชาชนอย่างเป็นรูปแบบชัดเจน ชุมชนยังไม่มีบทบาทถึงระดับที่เข้ามามีส่วนในการกำกับหรือจัดการกับปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งนี้คงต้องพัฒนาต่อไป

ทั้งหมดข้างต้นนี้แสดงถึงบทเรียนการทำงานในลักษณะศูนย์แพทย์ที่เป็นรูปธรรมของการทำงานสาธารณสุข ในระดับบริการด้านแรกที่สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้มากขึ้น เริ่มมีส่วนช่วยให้ประชาชนช่วยตนเองได้ มากขึ้น แม้ว่าจะไม่ถึงระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งหมด ดำเนินการด้วยวิธีการและกิจกรรมที่หลากหลาย บนฐานปรัชญาแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชน มิได้ยึดติดเฉพาะกิจกรรมของการอบรมอาสาสมัคร สาธารณสุข หรือการมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่ต้องอยู่ในจิตวิญญาณการปฏิบัติงานของทีมงานสาธารณสุข ตลอดเวลา

4.9 การร่วมมือพัฒนาระบบบริการและระบบการศึกษากับโรงเรียนแพทย์

ที่ผ่านมาโครงการนี้ได้พยายามเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในโรงเรียนแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่นการสัมมนา แพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 6 การนำเสนอแนวคิดตอบบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใหม่ การให้อาจารย์ได้ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาบริการ และการฝึกอบรมด้านเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นลักษณะการประสานงาน ระดับบุคคล และระดับภาควิชามากกว่าเป็นระดับคณะหรือระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งก็พบว่าข้อจำกัดในการพัฒนา งานในส่วนนี้มาก เพราะกลุ่มอาจารย์ที่สนใจงานด้านนี้โดยตรงยังมีไม่มากพอ และไม่มีพลังพอที่จะก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในด้านหลักสูตร และด้านการพัฒนาบริการ มีแรงต่อต้านและไม่เห็นด้วยค่อนข้างมากกว่าส่วนที่อยู่ใน ระบบบริการ เพราะผู้เกี่ยวข้องที่มีอำนาจตัดสินใจ และมีบทบาทส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านคลินิก ผู้ที่เข้าใจ สถานการณ์และปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขไทยมีน้อยกว่า การพัฒนาในพื้นที่นี้จึงดำเนินการได้ยาก และยังไม่ มีนโยบายการสนับสนุนการพัฒนางานนี้ที่เป็นรูปธรรมระดับปฏิบัติการ ยกเว้นคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ และขอนแก่นที่ผู้บริหารสนใจ แต่ขาดผู้ปฏิบัติการและผู้ผลักดันให้เกิดรูปธรรมการปฏิบัติ

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาเสนอว่า หากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนนี้ได้จะต้องเป็นการประสาน และทำข้อตกลงปฏิบัติการในระดับคณะที่ชัดเจน มีการกำหนดจากรัฐบาลที่ระบุทิศทางการจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งเน้นบริการเวชปฏิบัติทั่วไปที่ชัดเจน มีงบประมาณรองรับการพัฒนานี้ที่ชัดเจน ร่วมกับการ ทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างสถาบัน เนื่องจากขาดกำลังคนที่สนใจ และมีความชำนาญการในด้านนี้ จะต้องผลักดัน ให้อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยและพัฒนาบริการ และระบบการศึกษาโดยตรง การใช้ วิธีประชุม สัมมนา ระดมความเห็นในกลุ่มอาจารย์ โดยขาดการร่วมมือปฏิบัติ มักจะไม่เกิดผลในระดับปฏิบัติที่มีการ เปลี่ยนแปลง

4.10 เงื่อนไข และมาตรการที่จำเป็นในระดับชาติที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิที่ดี

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้ออำนวยและที่เป็นข้อจำกัดในการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ทดลองพื้นที่ต่างๆ และการศึกษบทเรียนในต่างประเทศ พบว่าจำเป็นต้องมีเงื่อนไขและมาตรการเพื่อช่วยให้เกิดการพัฒนาศูนย์บริการเวชปฏิบัติทั่วไป/บริการปฐมภูมิที่ดีอย่างกว้างขวางและยั่งยืนมากขึ้น ดังนี้

- 1) ต้องมีการสร้างกระแสความเข้าใจกับประชาชน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ตระหนักและเข้าใจถึงความหมายของการดูแล “สุขภาพ” ที่กว้างขวางขึ้น ให้เห็นคุณค่าของสุขภาพทางด้านจิตใจ และสังคมเพิ่มมากขึ้น ไม่จำกัดอยู่แต่ด้านการรักษาพยาบาล และเห็นถึงบทบาทของหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพด้วย มิใช่เพียง “โรงพยาบาล” ที่เป็นหน่วยงานดูแลสุขภาพเท่านั้น
- 2) มีการสร้างกระแสความเข้าใจต่อระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว หรือบริการปฐมภูมิที่ดีในวงกว้างมากขึ้นทั้งในหมู่วิชาชีพทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป โดยใช้กรณีศึกษาที่ทดลองในพื้นที่ต่างๆ เป็นตัวอย่าง
- 3) การจัดสรรงบประมาณของรัฐเพื่อสนับสนุนบริการปฐมภูมิ ควรปรับวิธีการเป็นลักษณะเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมทั้งการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งระเบียบการใช้จ่ายส่วนนี้ควรยืดหยุ่นให้ผู้รับผิดชอบปรับใช้ได้เหมาะสมตามสถานการณ์ของพื้นที่ และจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้แก่ทีมงานบริการได้อย่างมีแรงจูงใจมากขึ้น
- 4) ระบบประกันสุขภาพ หรือการจัดสวัสดิการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ ควรมีการปฏิรูปในทิศทางที่สนับสนุนให้ประชาชนไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน และสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิมากขึ้น เช่นการให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็น main contractor แทนโรงพยาบาล ในระบบประกันสังคม
- 5) มีการพัฒนากลไกการตรวจสอบผลลัพธ์ของคุณภาพงานบริการปฐมภูมิ/บริการเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ว่าจะดำเนินการโดยหน่วยงานใด
- 6) การพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมือง
 - จำเป็นต้องมีมาตรการที่กำหนดให้เทศบาลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม
 - มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเป็นก้อน หรือเหมาจ่ายต่อหัวประชากร หรือเอื้อให้ใช้เงินที่เก็บจากท้องถิ่นมีมากเพียงพอในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้
 - ระเบียบการใช้จ่ายงบประมาณนี้ควรจะต้องตัวที่สามารถนำมาใช้ในการจัดจ้างหรือทำสัญญาให้หน่วยงานรัฐ หรือเอกชนที่มีศักยภาพเป็นผู้ให้บริการแทนได้ โดยที่มีกลไกการตรวจสอบคุณภาพของผลลัพธ์งาน
 - มีนโยบายและมาตรการที่กำหนดให้หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมจัดบริการ และเป็นผู้สนับสนุนการวางแผนการจัดบริการครอบคลุมประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ปฏิรูปบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ ควรเน้นการให้บริการเฉพาะผู้ที่ถูกส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และหากโรงพยาบาลรัฐยังจำเป็นต้องมีบทบาทให้บริการปฐมภูมิด้วยควรปรับวิธีการให้บริการใหม่ที่มีระบบการรับผิดชอบประชากรที่ชัดเจน โดยมีที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ประชาชนในมารับผิดชอบไปใช้บริการได้สะดวก จะอยู่ในหรือนอกโรงพยาบาลขึ้นกับแต่ละพื้นที่ แต่ควรเป็นระบบที่คล่องตัว เข้าถึงได้ง่าย
- 7) การพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท
- จำเป็นต้องมีงบประมาณที่เพียงพอในการจัดบริการ โดยเฉพาะบริการที่สถานื่อนามัย และมีความยืดหยุ่นในการจ้างให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการได้ด้วย
 - จำเป็นต้องเร่งการพัฒนาพื้นฐานทัศนคติ และความรู้ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ให้มองผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายแทนกิจกรรมบริการ สามารถประเมินสถานการณ์สุขภาพและความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพที่รอบด้านมากขึ้น และมีเทคโนโลยีในการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ สังคมศาสตร์ และจิตวิทยาในการจัดบริการให้แก่ประชาชนอย่างเหมาะสม ทั้งนี้โดยวิธีการพัฒนาแกนนำในแต่ละจังหวัด เพื่อพัฒนาบุคลากรในระยะสั้น และการพัฒนาพื้นฐานหลักสูตรการศึกษาที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องมากขึ้น
 - ต้องมีการพัฒนาทีมบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัดให้มีความเข้าใจต่องานบริการปฐมภูมิมากขึ้น และมีการจัดระบบงานให้ประสาน บูรณาการกันได้มากขึ้น
 - สาธารณสุขจังหวัดควรแสดงบทบาทในการติดตาม กำกับผลงานของสถานอนามัยอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนมากกว่าการวัดที่ปริมาณกิจกรรม และเข้ามามีส่วนช่วยวางแผนการพัฒนาทีมงานระดับอำเภอและตำบลอย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่อง
 - ต้องมีการดำเนินมาตรการที่ช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้แพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพได้นานขึ้น ทั้งโดยวิธีการจูงใจด้วยค่าตอบแทน การพัฒนาวิชาการหรือการจัดการศึกษาหลังปริญญาที่ต่อเนื่อง
- 8) มีนโยบาย มาตรการที่กำหนด และกำกับให้ระบบการศึกษาแพทยศาสตร์ และระบบการศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการจัดการศึกษาที่ตอบสนองต่อความจำเป็นของสังคม เน้นการให้บริการที่ผสมผสานมากกว่าบริการที่แยกย่อยเป็นสาขาเฉพาะทางมากเกินไปจนเกินไป
- 9) สนับสนุนให้มีงบประมาณเพื่อการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาถึงการจัดการบริการนี้ให้สอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมไทยมากขึ้น
- 10) สนับสนุนการกระจายอำนาจ หรือมอบอำนาจให้หน่วยงานบริการในระดับปลายมากขึ้น
- 11) เมื่อพื้นที่ใดมีความพร้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิพอสมควรแล้ว รัฐควรมีมาตรการทางการเงิน หรือทางกฎหมายที่กำหนดให้ประชาชนไปขึ้นทะเบียนและใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิก่อนที่จะไปใช้บริการเฉพาะทาง

4.11 รูปแบบในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition) ของบริการปฐมภูมิ

ในระบะที่ยังต้องมีการพัฒนาระบบสนับสนุน และพัฒนาระบบงานในระยะยาวเพื่อให้เกิดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามที่กำหนดไว้ในช่วงต้นนั้น ในระยะเปลี่ยนผ่านนี้สามารถพัฒนานหน่วยงานเดิมให้ทำหน้าที่บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้น ได้ดังนี้

- 1) พัฒนาศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยที่มีบุคลากรจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปช่วยให้บริการเพิ่มเติม
- 2) พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้มีระบบการรับผิดชอบประชาชนที่ชัดเจนขึ้น มีการจัดระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จสำหรับประชาชนนี้เป็นการเฉพาะ และมีแผนการที่จะย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนออกไปนอกโรงพยาบาล
- 3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนามาตรฐานคลินิกเอกชน ในลักษณะที่เป็นเวชปฏิบัติครอบคลุมมากขึ้น โดยเริ่มจากคลินิกในเครือข่ายประกันสังคม แล้วจึงขยายไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นเมื่อมีการปรับระบบการเงินของรัฐที่เอื้ออำนวยแล้ว
- 4) จัดระบบบริการ Home Health Care ซึ่งมีอยู่แล้วในบริการของรัฐให้มาเชื่อมโยงกับบริการอื่นของประชาชนในความรับผิดชอบมากขึ้น จัดให้กระตือรือร้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 5) พัฒนาศักยภาพของสถานอนามัย โดยการจัดระบบบริหารให้เป็นลักษณะที่สถานอนามัยเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสามารถส่งบุคลากรและยาไปสนับสนุนการบริการที่ขอได้
- 6) ในระยะที่ไม่มีแพทย์เพียงพอในการให้บริการ ควรมีการพัฒนาให้พยาบาลมีบทบาทและมีความสามารถในการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไปที่มีคุณภาพควบคู่ไปกับแพทย์ เป็นผู้บริหารจัดการศูนย์แพทย์แทนแพทย์ได้ รวมทั้งในระยะยาวพยาบาลก็ควรจะมีบทบาทให้บริการร่วมกับแพทย์ในลักษณะเป็นทีมงานเช่นกัน มิใช่มีแต่แพทย์เป็นผู้ให้บริการ
- 7) ในส่วนงบประมาณที่สนับสนุนการจัดบริการแบบปฐมภูมินั้น ในระหว่างที่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนเรื่องระบบการเงินการคลังทางด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะปรับระเบียบและวิธีการจัดสรรงบประมาณในส่วนของระบบบัตรสุขภาพ และการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ให้เอื้อต่อการจัดบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะผสมผสานมากขึ้น

4.12 บทเรียนและข้อจำกัดของกระบวนการทำงาน ในการศึกษาวิจัยและพัฒนา

สืบเนื่องจากโครงการนี้ต้องมีการศึกษาพัฒนาแนวทางการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป และบทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปด้วยแนวคิดใหม่ ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาบริการได้อย่างยั่งยืนในประเทศไทย ซึ่งมีความต่างจากแนวคิดเดิมที่เคยมีในประเทศไทยอย่างมาก จึงต้องมีการทำความเข้าใจแนวคิดใหม่นี้อย่างกว้างขวาง และมีการตรวจสอบความคิดใหม่นี้กับกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องในส่วนต่างๆ ว่ามีความเป็นไปได้ และมีความสอดคล้องกับระบบของประเทศไทยหรือไม่ จึงจำเป็นต้องมีการใช้เวลาในส่วนต้นค่อนข้างมาก

รวมทั้งต้องมีการแปลงจากแนวความคิดไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยที่เปิดกว้างรูปแบบของการดำเนินงาน ไม่ปิดกั้น หรือกำหนดรูปแบบมากเกินไป จึงทำให้การทดลองพัฒนารูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ มีความหลากหลาย ไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนในระยะเริ่มต้นว่าถูกต้องหรือไม่ เป็นการทดลองวิจัยและพัฒนา รวมทั้งเป็นระยะการเรียนรู้ของคณะวิจัยด้วย จึงทำให้ระบบการดำเนินงาน และการจัดระบบข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบ และประเมินผลไม่เป็นระบบที่ชัดเจน อีกทั้งการดำเนินงานพัฒนางานนี้ไม่ใช่เป็นการพัฒนาบริการในเชิงวิชาการเท่านั้น แต่ต้องมีการแก้ปัญหาในด้านการบริหารจัดการ การแก้ปัญหาเชิงนโยบาย และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าร่วมด้วย จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนงานที่กำหนด บางครั้งต้องเป็นลักษณะที่ช่วงชิงเงื่อนไข โอกาสที่เอื้ออำนวยในแต่ละจังหวะของงานนั้นๆ ทั้งที่อาจจะยังไม่ได้ระบุไว้ในแผนงานที่ชัดเจนในระยะเริ่มต้น

การเคลื่อนไหวของความคิด ความเข้าใจที่เป็นนามธรรมนั้น ต้องมีรูปธรรมการปฏิบัติที่เป็นกิจกรรมที่เด่นชัด จึงจะสื่อความหมายและความเข้าใจได้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่นกิจกรรมพัฒนาในโครงการอยุธยา แสดงรูปแบบการบริการเวชปฏิบัติทั่วไปตามแนวคิดใหม่ได้ดี ทำให้การสื่อความหมายเรื่องนี้ง่ายขึ้น แต่เนื่องจากเป็นการพัฒนาในระยะเริ่มต้น ซึ่งจำเป็นต้องสังเคราะห์บทเรียน และองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนางานนี้ร่วมด้วย โดยที่มีใช้การคัดลอกไปปฏิบัติ โดยไม่มีการประยุกต์หรือพัฒนาให้สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ จึงทำให้การทดลองนำแนวความคิดใหม่ และประสบการณ์การพัฒนางานนี้ที่อยุธยาไปดำเนินงานในพื้นที่อื่น จึงต้องมีระบบการประเมินและการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง แต่ขณะเดียวกันการถ่ายทอดรูปแบบความคิดไปสู่การปฏิบัติจากพื้นที่หนึ่งไปยังพื้นที่อื่นนั้นก็ยังมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนของความเข้าใจและการปฏิบัติได้ อันเป็นผลให้การนำไปประยุกต์ใช้มีการผิดเพี้ยนไป และไม่อาจบรรลุวัตถุประสงค์ตามพื้นที่ต้นฉบับที่ดำเนินการได้ ทำให้ต้องมีการพิจารณาวิธีการดำเนินงานและประเมินในรายละเอียดด้วย

การที่จะทำความเข้าใจความคิด ประชญาของงานที่เป็นนามธรรมนั้น ไม่สามารถใช้วิธีการพูดคุย หรือบรรยายเพียงอย่างเดียวได้พอ ต้องมีการทดลองปฏิบัติ ได้ประสบการณ์โดยตรง และมาแลกเปลี่ยนจึงจะมีความแจ่มชัดต่อแนวคิด และการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การทดลองวิจัยพัฒนา ได้บทเรียนที่ดี ในสถานการณ์ของพื้นที่ที่หลากหลายแต่ใช้เวลาไม่มาก หากมีระบบการติดตามที่เป็นระบบจะทำให้ทำงานได้เร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กระบวนการพัฒนาบุคลากรที่เป็นการพัฒนาวิธีคิด และการพัฒนาทัศนคติของเจ้าหน้าที่นั้น เป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อน สิ่งที่ยังไม่สามารถประเมินผลเป็นเชิงปริมาณได้อย่างชัดเจนในระยะสั้น แต่สามารถประเมินได้ด้วยการวัดเชิงคุณภาพ และต้องรอผลการพัฒนาในระยะที่ต่อเนื่องจึงจะเห็นผลการพัฒนาที่ชัดเจนได้ ทำให้การแสดงผลลัพธ์ของงานด้านนี้ ยังเป็นลักษณะเชิงการบรรยายในระยะเริ่มต้น

ขอบเขตเนื้อหา ของการปฏิบัติงานในโครงการนี้ค่อนข้างกว้างมาก ทั้งในระดับวิจัยและพัฒนาในพื้นที่ระดับนโยบาย และการพัฒนาการศึกษา จึงทำให้การจะบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ทั้งหมดได้ยาก ควรที่จะมีวัตถุประสงค์ที่เฉพาะมากขึ้นในแต่ละเรื่อง แต่เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่จึงยากต่อการกำหนดประเด็นในรายละเอียด แต่ก็เห็นจุดดีที่ทำให้การดำเนินงานไม่ถูกจำกัดกรอบมาก และสามารถพัฒนาได้เต็มที่ตามโอกาส และผลการศึกษาที่เรียนรู้ได้ในแต่ละช่วง

ภาคผนวก 1

การพัฒนาศูนย์กลางที่เกี่ยวข้องในงานเวชปฏิบัติทั่วไป

กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการพัฒนาศูนย์กลางในงานเวชปฏิบัติทั่วไปนั้น ได้แบ่งกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นกลุ่มต่างๆ คือ

1. กลุ่มที่เป็นผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน และจัดการระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอ และตำบล ทั้งในสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นหน่วยบริการ
2. กลุ่มที่เป็นผู้บริการเวชปฏิบัติโดยตรง ในระดับสถานอนามัย ซึ่งอาจเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข หรือพยาบาลเทคนิค หรือพยาบาลวิชาชีพ
3. กลุ่มที่เป็นผู้บริการเวชปฏิบัติโดยตรง ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทั้งที่เป็นแพทย์ และพยาบาล
4. แพทย์ทั่วไปที่ให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป
5. แพทย์ในระดับที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว

บทบาทของโครงการศึกษาและวิจัยนี้

บทบาทของโครงการในด้านการพัฒนาศูนย์กลางมีทั้ง

1. ส่วนที่เป็นผู้ประสาน สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศูนย์กลางที่เกี่ยวข้อง หรือการร่วมจัดทำหลักสูตร
2. ส่วนที่เป็นการทดลองวิจัยและพัฒนากระบวนการพัฒนาศูนย์กลางโดยตรง ให้แก่กลุ่มบุคคลระดับต่างๆ ในพื้นที่เขตเมือง และเขตชนบท

ส่วนที่เป็นการสนับสนุน ประสานงาน และการร่วมจัดทำหลักสูตร ได้แก่

- การเข้าร่วมเสนอข้อมูลและความเห็นในการกำหนดทิศทางของแพทยศาสตรศึกษา และเข้าร่วมในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์
- การประสานและสนับสนุนให้อาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ได้ไปศึกษาดูงาน และฝึกอบรมด้านระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในต่างประเทศ และในประเทศไทย
- ประสานให้มีการพัฒนาเนื้อหาและกระบวนการในหลักสูตรแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เนื้อหาที่เรียนเวชศาสตร์ครอบครัวในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ร่วมจัดทำและพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว
- ประสานในเรื่องการจัดทำหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

ส่วนที่เป็นการดำเนินวิจัยและพัฒนากระบวนการพัฒนากำลังคนโดยตรง

มีการพัฒนากระบวนการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในพื้นที่เขตเมือง และเขตชนบท ซึ่งในพื้นที่เขตเมืองนั้น ในระยะแรกโครงการฯเข้าร่วมเฉพาะการร่างหลักสูตร หลังจากนั้นแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ และกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้เข้าไปดำเนินการต่ออย่างต่อเนื่อง ในรูปของการพัฒนาทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตเมือง ต่อมาในระยะเวลาที่มีการดำเนินงานแผนงานเวชปฏิบัติครอบครัว ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โครงการฯได้เข้าไปร่วมพัฒนากระบวนการเตรียมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว โดยใช้บทเรียนจากการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ชนบทมาปรับ ซึ่งยังอยู่ในระยะการดำเนินงาน และติดตามประเมินผลช่วงแรก

ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ชนบทนั้น ได้มีพัฒนาการดำเนินงาน ออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่พัฒนาทีมสาธารณสุขระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลใน 1 ปีแรก ที่เน้นการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลงานบริการที่สถานีนอามัย (จะกล่าวรายละเอียดในส่วนต่อไป)
2. ระยะที่การพัฒนาบุคลากรที่เป็นทีมสนับสนุนระดับอำเภอเป็นหลัก เน้นการพัฒนาทีม เน้นการพัฒนา "คน" มากกว่าผลงานในระยะแรก โดยใช้รูปแบบการศึกษาในชุมชนเป็นหลัก (จะกล่าวรายละเอียดในส่วนต่อไป)
3. ระยะการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ประสบการณ์เรียนรู้จากระยะที่ 2 มาพัฒนาต่อ มีทั้งกระบวนการศึกษาในชุมชน ร่วมกับการพัฒนาทางด้านสังคม จิตวิทยา และการศึกษาดูงาน

ส่วนนี้ จะนำเสนอเฉพาะเนื้อหาที่เป็นบทสรุปและกิจกรรมบางกิจกรรมในกระบวนการพัฒนากำลังคนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. องค์ประกอบเนื้อหาและกระบวนการสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/ เวชปฏิบัติครอบครัว ในระดับอำเภอ และตำบล

ส่วนนี้เป็นบทเรียน และบทสังเคราะห์จากการดำเนินงานวิจัย และพัฒนางานในพื้นที่ต่าง ๆ ข้างต้น ร่วมกับการระดมความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญ

2. การพัฒนาทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

1. องค์ประกอบเนื้อหาและกระบวนการสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านเวชปฏิบัติทั่วไป /เวชปฏิบัติครอบครัว ในระดับตำบลและอำเภอ

กลุ่มเป้าหมายของบุคลากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอำเภอ
วัตถุประสงค์

เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีเครื่องมือ และความรู้ความสามารถดำเนินการทางด้านสาธารณสุข และสามารถประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของเนื้อหา

แบ่งเป็นหมวด ตามกระบวนการสำคัญในการดำเนินงานได้เป็น 4 ส่วนคือ

1. การประเมินสถานภาพของชุมชนและบริการสาธารณสุข (Assessment)
2. การวางแผน การบริหารจัดการ (planning and management)
3. การดำเนินการแก้ปัญหา (Intervention)
4. การประเมินผล (Evaluation)

แต่ละหมวดหมู่จะประกอบด้วยส่วนที่จำเป็น

- เนื้อหาของธรรมชาติของเรื่องนั้น
- กับส่วนที่เป็นเทคโนโลยี ในการดำเนินการเรื่องนั้น

หลักการในการสอน

ควรเป็นการสอนที่ผสมผสานเนื้อหา และมีการเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติจริง

เนื้อหาที่สอนจะมีองค์ประกอบเค้าโครงเรื่องทั้งหมด แต่มีน้ำหนักเบาของเนื้อหาแต่ละเรื่องไม่เท่ากัน มีการสอนวนซ้ำหลายครั้ง แต่มีเนื้อหาความรู้ และทักษะที่ลึกซึ้งเพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ

การสอนมีลักษณะที่ปรับเปลี่ยนตามพื้นฐานความพร้อมในการรับของผู้เรียน และแปรตามระยะการพัฒนา เช่น ระยะที่เป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ช่วยในการวางแผนและพัฒนา

กระบวนการ

1. กระบวนการสอนประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ

- 1). การสอนโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ หรือการสอนในห้องเรียน
- 2). การเรียนรู้ในขณะปฏิบัติงานจริง
 - ส่วนที่เป็นการสอน หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ เน้นที่การสร้างให้คิดเป็น และการให้โครงสร้างของความรู้ที่เตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ต่อไปด้วยตนเอง
 - ในส่วนที่เป็นการเรียนรู้ขณะปฏิบัติงานจริง จะต้องมีการสร้างระบบสนับสนุน ทรัพยากร และให้โอกาส ให้มีการเรียนรู้ได้ต่อเนื่อง

2. **วิธีการสอนจะมีหลายวิธีการตามลักษณะของเนื้อหาและสภาพของผู้เรียน** โดยส่วนที่เป็นเทคโนโลยี นั้น จะเน้นการใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งอาจมีการทำซ้ำหลายครั้งแต่เปลี่ยนรูปแบบ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและมีทักษะมากขึ้น โดยไม่เบื่อ
3. **ใช้ข้อมูลสถานการณ์จริง และประสบการณ์ของผู้เรียน** เป็นวัตถุดิบในการเรียนรู้

หัวข้อของเนื้อหาความรู้

1. การประเมินสถานภาพของชุมชนและบริการสาธารณสุข (Assessment)

- **เหตุผลความจำเป็น**

เนื่องจากสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งส่วนที่เป็นด้านการแพทย์ และส่วนที่เป็นด้านสังคมวิทยา ฉะนั้นเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องประเมินสถานะของชุมชน และชุมชนที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้ เพื่อทำให้การตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างตรงจุด มีประสิทธิภาพ

- **เนื้อหาความรู้ที่จำเป็น**

ความเข้าใจพื้นฐานอย่างลึกซึ้งที่จะทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจมิติทางสังคมที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนมากขึ้น เข้าใจในมุมมองของประชาชนมากขึ้น ซึ่งเจ้าหน้าที่รู้ว่าควรจะเก็บข้อมูลเรื่องอะไร เก็บอย่างไรจึงจะมีคุณภาพ ตรงความเป็นจริง เชื่อถือได้ และสามารถแปลข้อมูลเบื้องต้นได้

จากสิ่งที่ต้องการเบื้องต้น ทำให้พิจารณาว่าเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจอย่างแจ่มชัด ต่อ 3 ส่วนใหญ่ คือ

1). ความลึกซึ้งต่อเรื่อง “สถานะและปัญหา”

1.1) ความเข้าใจต่อธรรมชาติของสถานะ และองค์ประกอบสำคัญของสถานะทั้งส่วนที่เป็นมิติทางด้านชีวภาพการแพทย์และเชื่อมโยงกับความเข้าใจทางสังคมวิทยา พฤติกรรม และเศรษฐกิจ สถานะที่สำคัญที่บุคลากรสาธารณสุขควรทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งได้แก่เรื่อง

- ◇ สถานะการกิน
- ◇ สถานะเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน
- ◇ สถานะสิ่งแวดล้อม
- ◇ พฤติกรรมทางเพศ
- ◇ องค์การชุมชน และกลไกในชุมชน

1.2) ความเข้าใจต่อการกำหนดปัญหาของสถานะนั้นและการจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งหมายถึงการใช้เกณฑ์ต่าง ๆ ในการกำหนดปัญหา

เกณฑ์ที่กำหนดว่าเป็นปัญหา คือสภาพหรือปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบให้**คุณภาพชีวิตลดลง** คุณภาพชีวิตนี้ ควรจะประเมินด้วยสถานภาพทางด้าน**ชีวภาพ สังคม เศรษฐกิจ** ของบุคคล ในบริบทของค่านิยม และมาตรฐานของสังคมนั้น ๆ เป็นสถานะที่ยอมรับโดยคนส่วนใหญ่ มิใช่เป็นเกณฑ์ของบุคคลคนเดียว สามารถแปรเปลี่ยนไปตามสภาพการเปลี่ยนแปลงในสังคม

สถานภาพทางชีวภาพ นั้นประเมินทั้งในลักษณะที่เป็นศักยภาพพื้นฐานของสุขภาพ (ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทั้งด้านกายและจิต) และสภาวะเป็นการเจ็บป่วย (ทั้งกายและใจ)

เกณฑ์เป็นเรื่องของโอกาสที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นลักษณะเปรียบเทียบ การให้คุณค่าต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างระหว่างบุคคล หรือกลุ่มคนได้ จะคาดหวังให้คนมีเกณฑ์เหมือนกันหมดไม่ได้ แต่มีลักษณะที่เป็นทิศทางเดียวกัน

จะกำหนดเกณฑ์ได้เหมาะสม ต้องเข้าใจธรรมชาติของเรื่องนั้น ๆ

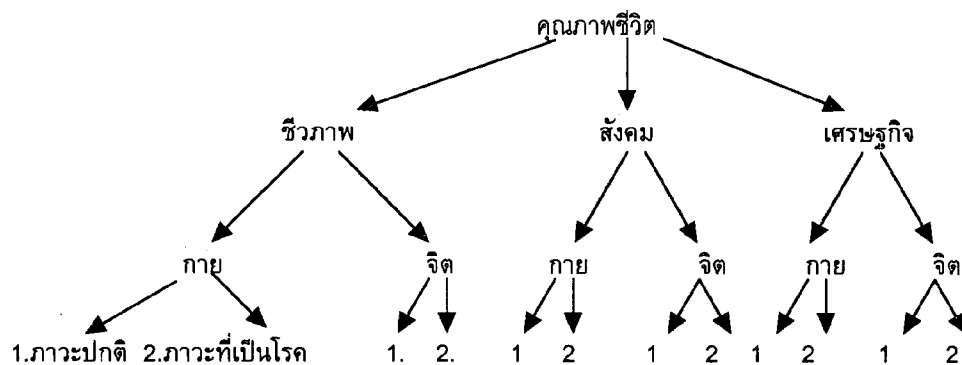
การที่คนจะมองปัญหาเหมือนกันได้ เข้าใจกันได้ หมายถึงว่ามีกรอบพิจารณาองค์ประกอบของเกณฑ์เหมือนกัน และมีหลักในการใช้ที่เป็นลักษณะโอกาส (probability) เหมือนกัน เช่น การยอมรับว่ามาตรฐานสุขภาพของชาวอเมริกันที่พิจารณาจากค่าน้ำหนักเฉลี่ยของคนในสังคมอเมริกัน หากเป็นคนไทยก็ใช้เกณฑ์น้ำหนักเฉลี่ยของคนไทยเหมือนกัน แต่ค่าน้ำหนักไม่จำเป็นต้องเท่ากัน

ผู้กำหนดเกณฑ์ก็คือ ผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุข ซึ่งประชากรต้องมีส่วนร่วมจริงในการตัดสินใจด้วย

แต่ปัจจุบันเกณฑ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเกณฑ์ของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีความแตกต่างกันนั้นเพราะการที่มีได้พิจารณาตามองค์ประกอบข้างต้น

จากเกณฑ์จึงแปรเป็นตัววัด ซึ่งต้องใช้ตัววัดที่เหมาะสมสอดคล้องเป็นตัวแทนได้

เกณฑ์ในการกำหนดปัญหา



วิธีวัด โอกาส
ระดับ เปรียบเทียบกับสภาพปกติ (ส่วนใหญ่)
เกณฑ์ ต่ำกว่าปกติ

2). เทคโนโลยีที่ใช้ในกระบวนการประเมินสถานะ

ซึ่งมีองค์ประกอบของเนื้อหา และทักษะที่จำเป็นในการประเมิน ดังนี้

- 2.1) ความเข้าใจต่อรูปแบบการศึกษาประเภทต่าง ๆ แต่เน้นเรื่องการศึกษาที่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
- 2.2) การกำหนดตัวแปร ตัววัด การทำเครื่องมือการศึกษา
- 2.3) การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นการสังเกต การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพระดับต้นเชิงปริมาณ ข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลวิธีการต่าง ๆ
- 2.4) แผนงานสนามในการเก็บข้อมูล การเตรียมชุมชน การจัดการข้อมูลในสนาม
- 2.5) การประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย และการเชื่อมโยงข้อมูล
- 2.6) ความเข้าใจเรื่องประชากร ให้เข้าใจถึงประชากรทั่วไป การเป็นตัวแทนประชากร กลุ่มเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง
- 2.7) ความเข้าใจในสถิติพื้นฐาน ความเข้าใจต่อเรื่องโอกาสการเกิด (probability)
- 2.8) ความเข้าใจต่อเรื่องเหตุการณ์ (ธรรมชาติของเหตุการณ์ และองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์) และความเข้าใจต่อสังคมที่จะเป็นพื้นฐานในประเมินสถานการณ์ได้รอบด้านมากขึ้น

3). ความเข้าใจต่อการคิดรวบยอดต่อสภาพปัญหา

ได้แก่ การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา องค์ประกอบของปัญหาและความเชื่อมโยงขององค์ประกอบที่สัมพันธ์กับปัญหา

2. กระบวนการทำแผน และบริหารจัดการ

- เหตุผลความจำเป็น เนื่องจากสภาวะสุขภาพนั้นสัมพันธ์กับสภาวะสังคม สิ่งแวดล้อมซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จำเป็นที่แต่ละหน่วยบริการต้องสามารถวางแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการที่เป็นลักษณะจำเพาะสอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งสอดคล้องกับทรัพยากรที่มี
- เนื้อหาที่จำเป็น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถทำแผนระดับพื้นที่ (microplan) และแผนปฏิบัติการได้ เจ้าหน้าที่ควรเข้าใจต่อเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของกระบวนการ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระบบ

ความเข้าใจต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบหลักของระบบ หรือในเชิง concept เช่น ระบบสาธารณสุข มีองค์ประกอบอะไรบ้าง ความสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อย (ผู้รับ ผู้ให้บริการ)

ความเข้าใจต่อการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (SWOT analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยและความพร้อมภายใน และภายนอกระบบสาธารณสุข ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์

2. การสร้างแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ

- 2.1) การประยุกต์ "ความรู้พื้นฐาน" ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประสบการณ์ ของตนเอง และผู้อื่น ประกอบกับข้อมูลจากสถานการณ์จริง เพื่อนำไปสู่การสร้างกลยุทธ์ และมาตรการดำเนินการ

- 2.2) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และแนวทางเชิงกลยุทธ์
- 2.3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เป้าหมาย กลยุทธ์ และมาตรการต่าง ๆ (prioritization) โดยพิจารณาจากเกณฑ์และวิธีการจัดลำดับ
- 2.4) การศึกษาความเป็นไปได้ของกลวิธี และแผนการดำเนินงาน
- 2.5) การทำ operational design และวิธีการดำเนินงานซึ่งเน้นกระบวนการทำงานเป็นทีม และการจัดการอย่างมีส่วนร่วม :
 - เข้าจัดการจัดกระบวนการทำงาน ซึ่งต้องมีการเตรียมการในองค์ประกอบ คือ แผนการปฏิบัติงานจริง มีขั้นตอนรายละเอียดอย่างไร
 - กระบวนการถ่ายทอดแผน
 - การลงมือปฏิบัติตามมาตรการ
 - ระบบการสนับสนุน
 - การอำนวยความสะดวกดำเนินงานตามแผน
- 2.6) การพัฒนาระบบเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผน
 - การเตรียมคน ให้พร้อมในการดำเนินการตามมาตรการ
 - การจัดองค์กร โครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนกลวิธีการทำงานเพื่อรองรับการดำเนินงานตามมาตรการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
 - พิจารณาการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับงาน
 - ระบบข้อมูลเพื่อรองรับการติดตาม ประเมินผล
 - การบริหารจัดการเวลาและทรัพยากร
 - ดันทุนการดำเนินงาน
- 2.7) การจัดการระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผลเพื่อการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดข้อมูลที่สำคัญในแต่ละระดับ การนำไปใช้ การไหลเวียนของข้อมูล การแปลความ และการปรับเข้าสู่ระบบการติดตามปกติ

3. การทำ intervention อย่างมีประสิทธิภาพ

- เหตุผลความจำเป็น

เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด เป็นบริการด่านแรกของบริการรัฐ มีหน้าที่ทั้งการให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องมีความสามารถในการให้บริการ และสนับสนุนประชาชนทั้งส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับสังคม พฤติกรรม ที่จะกำหนดแนวทางการปฏิบัติได้อย่างสอดคล้อง

มาตรการแก้ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มที่ต้องการด้านสังคม จิตวิทยามากขึ้น และมาตรการเหล่านี้ไม่สามารถเป็นสูตรสำเร็จ สูตรเดียวเหมือนกันทุกพื้นที่ ต้องให้พื้นที่สามารถปรับ ประยุกต์ สร้างใหม่อย่างเหมาะสมกับพื้นที่

ฉะนั้น เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานและมีความเข้าใจต่อเนื้อหาทางด้านการแพทย์ ด้านพฤติกรรม สังคมวิทยา และการถ่ายทอดสื่อสาร เพียงพอที่จะประยุกต์ใช้ในการให้บริการและดำเนินงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ได้

• เนื้อหาความรู้

การกำหนด intervention มีระดับอยู่ 3 ระดับ คือ การลอกเลียนอย่างเหมาะสมในส่วนที่ติดอยู่แล้ว การประยุกต์ใช้ และการสร้างใหม่ ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลจะเน้นขั้นต่ำคือส่วนที่เป็นการประยุกต์ และการลอกเลียนอย่างเหมาะสม

การดำเนินการด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องมีลักษณะที่บูรณาการมาดรรทุกทั้งทางด้านการแพทย์ ด้านสังคม และจิตวิทยา แต่สามารถแบ่งเนื้อหาตามลักษณะของ intervention เป็น 4 ลักษณะ คือ

✧ ด้าน Bio-medical intervention : ได้แก่

ความเข้าใจในเรื่องยาเพื่อให้มีความเข้าใจพื้นฐานต่อกกลไกสำคัญของยา และการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย สามารถเข้าใจเบื้องต้นถึงผลข้างเคียงของฤทธิ์ยา

สรีรวิทยา เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติของกลไกระบบการทำงานของร่างกาย เพื่อเป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา และการให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ประชาชน โดยเฉพาะความเข้าใจต่อส่วนที่เป็นภาวะเสื่อมสภาพของร่างกายของคนวัยชรา พัฒนาการเด็ก

อิมมูโนวิทยา เพื่อเป็นพื้นฐานต่อความเข้าใจปรากฏการณ์ของโรคสมัยใหม่ เช่น ภาวะภูมิแพ้ การติดเชื้อ เอชไอวี ความเข้าใจต่อสภาวะการเกิดภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ที่ใช้ศาสตร์ทางด้านอิมมูโน

โภชนาการ เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบอาหาร ตัววัดสำคัญในการวัดภาวะการขาดสารอาหารประเภทต่าง ๆ หรือระดับต่าง ๆ ตลอดจนการแก้ปัญหาภาวะการขาดสารอาหาร

✧ Behavioral intervention : สืบเนื่องจากลักษณะปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในปัจจุบันสัมพันธ์กับพฤติกรรม เช่น การกินอาหาร การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางเพศ การแก้ปัญหาเหล่านี้เจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมมนุษย์ ธรรมชาติที่มาของพฤติกรรมต่าง ๆ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการคงอยู่ของพฤติกรรมที่ดี (preceed model)

✧ Social and community intervention : Social psychology เพื่อเป็นพื้นฐานประกอบในการเข้าใจกลไกทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และความเชื่อมโยงของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมในการ

ร่วมต่อกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อสามารถนำมาใช้ประกอบในการกำหนดมาตรการแก้ปัญหาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

- หลักการสนับสนุนองค์กรชุมชนและกลวิธีการพัฒนาองค์กรชุมชน
- องค์ประกอบและกลไกทางสังคม
- อิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของสังคม
- การเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
- ครอบครัว ชุมชน ชุมชนกับสังคม ความเชื่อมโยงและกลไก

◇ *Information Education and Communication technology* เพื่อเป็นพื้นฐานในการถ่ายทอดข้อมูลความรู้ที่สำคัญไปสู่ประชาชนในระดับบุคคล กลุ่มคน และชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม

- องค์ประกอบการรับรู้ของบุคคลที่พบว่าในความเป็นจริงนั้นประชาชนมีพื้นฐานความรู้บางอย่างอยู่แล้ว ประกอบกับได้รับสารจากสื่อหลายทาง และได้รับอิทธิพลจากสื่อแต่ละอย่างต่างกัน การใช้สื่อจากเจ้าหน้าที่มีโอกาสเกิดผลลัพธ์ได้ตรง หรือบิดเบี้ยวไปได้
- ความคิด ความเข้าใจ หรือกลไกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับสื่อ
- หลักการสื่อสาร ที่ต้องเข้าใจระหว่างผู้ให้ ผู้รับ สื่อสารที่ใช้
- การแปลงความรู้วิชาการไปสู่สารที่เข้าใจง่ายต่อประชาชนทั่วไป
- สื่อประเภทต่าง ๆ การรับ และแปลความของสื่อ
- สื่อภายในองค์กรและการถ่ายทอดจากระดับหนึ่งไป

4. กระบวนการประเมินผล

- **เหตุผลความจำเป็น** เนื่องจากการพัฒนากลยุทธ์ และวิธีการดำเนินงานสาธารณสุข จะต้องมึลักษณะที่จำเพาะกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ การที่จะพัฒนาวิธีการดำเนินการได้ใหม่นั้น เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องสามารถประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ สามารถระบุถึงผลสำเร็จ ระบุอุปสรรค ปัญหาและสภาพแวดล้อมของระบบที่ส่งผลต่อการดำเนินงานได้
- **เนื้อหาที่จำเป็น**
 - 1) หลักการประเมินผลพื้นฐาน ต้องเข้าใจต่อเรื่องการประเมิน Input process outcome output
 - 2) ความหมาย วัตถุประสงค์ และกระบวนการประเมินผลในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ ระดับแผนปฏิบัติการ แผนกลยุทธ์ และการประเมินสถานการณ์
 - 3) สามารถแปลผลการประเมินได้อย่างถูกต้อง และเข้าใจต่อหลักการของโอกาส (probability)
 - 4) ความเข้าใจต่อบทบาทความสำคัญและคุณประโยชน์ของการประเมินผลที่เป็น internal และ external evaluation

2. การพัฒนาทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ที่มีแผนการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติครอบครัว

ในส่วนนี้นำเสนอเฉพาะส่วนที่เป็นแผนการพัฒนาบางส่วน และกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการส่วนที่เป็นครั้งแรก

แผนการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการพัฒนาทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัว

เนื้อหาในแผนการฝึกอบรมนี้เป็นเพียงเนื้อหาหลักที่ส่วนกลางช่วยประสานงาน จัดการร่วมกันให้แก่หน่วยงานผู้ปฏิบัติทั้งหมดในปีแรก ซึ่งพิจารณาจากองค์ประกอบสำคัญที่หน่วยงานจะนำไปใช้ในการพัฒนาต่อเนื่องได้เอง ไม่รวมรายละเอียดของกิจกรรมอื่นที่เป็นกิจกรรมย่อยที่หน่วยงานอาจต้องวางแผนการพัฒนาเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน เพื่อการเพิ่มพูนความรู้ที่ลึกลงไป และเป็นพัฒนาทักษะเพิ่มเติม ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานนั้นๆ

กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะเป็นทีมงานที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุน ตามแผนงานพัฒนาทีมงานเวชปฏิบัติครอบครัว ในแผนฯ 8 และพื้นที่ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. ปรับความเข้าใจและแนวคิดในการดำเนินงานบริการปฐมภูมิให้นำไปสู่บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง การดูแลทั้งครอบครัว และการดูแลเป็นชุมชน
2. ตระหนักและเข้าใจ ถึงปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา และการสื่อสาร ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการร่วมทำงานเป็นทีม
3. เข้าใจถึงหลักการและแนวทางในการจัดระบบบริการ การบริหารจัดการ และการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาเฉียบพลัน ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การจัดบริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
4. มีความรู้ และประสบการณ์ ในการจัดบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศต่างๆ
5. มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงแนวทางการเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์ และจากชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเวชปฏิบัติครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง

เนื้อหาการฝึกอบรม

1. แนวคิดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการและการจัดการปฐมภูมิ/บริการด้านแรก
2. แนวคิดการจัดบริการเวชปฏิบัติครอบครัว และการจัดการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม
3. หลักการ และแนวทางการจัดองค์บริการ และการจัดการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่เป็นลักษณะเฉียบพลัน เรื้อรัง และการจัดการบริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
4. บทบาท และผลกระทบของครอบครัว ชุมชน ที่ส่งผลต่อสุขภาพ
5. การสื่อสารในการให้บริการ
6. พื้นฐานการวิจัยในบริการเวชปฏิบัติครอบครัว และพื้นฐานด้านระบาดวิทยา
7. ความรู้ด้านคลินิก ที่สำคัญในการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว

หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่1:แนวคิด และแนวทางการจัดบริการแบบองค์รวม กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะเป็นทีมงานที่มีความเป็นผู้นำในการปฏิบัติงาน และร่วมปฏิบัติงานที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการสนับสนุน ตามแผนงานพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว ในแผนฯ 8

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. สามารถอธิบายปัญหา ความจำเป็น ความหมาย และองค์ความรู้ของงานเวชปฏิบัติครอบครัวได้
2. มีความสนใจในการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว
3. ทราบถึงแนวทางในการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว
4. เข้าใจ และตระหนักถึงการให้บริการสาธารณสุข โดยมีแนวคิดแบบองค์รวม
5. ตระหนักถึงปัญหาอคติของตนเอง
6. ตระหนัก และเข้าใจหลักการประเมินผลการบริการ และหลักการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงความต้องการบริการของประชาชนที่ใช้บริการ
2. เพื่อกระตุ้นและสาธิตให้ผู้เข้ารับการอบรมอยากเรียนรู้ และเข้าใจกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง และจากประสบการณ์จริง

3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นผลกระทบของระบบการบริหารจัดการ ที่มีผลกระทบต่อผลลัพธ์บริการ
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นความจำเป็น และเข้าใจหลักการของการประเมินผลบริการ
5. เพื่อให้รู้ และเห็นความสำคัญของอดีตที่เกิดจากประสบการณ์ ความคิด และความรู้ของตนเอง
6. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความกระจ่าง และเห็นภาพรวมขององค์ประกอบปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ทั้งในมิติบุคคล ระบบบริการ และสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม
7. เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดทัศนคติที่ดีในการเข้าใจมิติสังคม จิตใจที่มีผลต่อสุขภาพ

เนื้อหา

1. ปัญหาสุขภาพที่มีองค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่สัมพันธ์กับด้านชีวภาพ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม
3. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน และ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจใช้บริการ
4. การประเมินผลบริการในลักษณะที่ประเมินจากผู้ให้บริการ และการสังเกตเหตุการณ์จริง การประเมินที่คำนึงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนมากกว่ากิจกรรมบริการ
 - ประสบการณ์ ความคาดหวังของประชาชนต่อบริการสุขภาพ และผลของบริการที่ได้รับ
 - ผลกระทบของปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว
 - ปัจจัยที่กระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ : ผลลัพธ์บริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับความคาดหวัง
5. อดีตที่เกิดจากความคิด ประสบการณ์ และความรู้ ของตนเอง
6. ทักษะพื้นฐานในการรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์
7. กระบวนการทำงานเป็นทีม และกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์

กระบวนการสอน ฝึกอบรม

การฝึกอบรมครั้งนี้ใช้กระบวนการหลักที่เป็นการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

(Active learning and experiential learning) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนของกระบวนการย่อย คือ

1. กระบวนการที่กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเปิดความคิดของตนเอง ลดอคติของตนเองหรือรู้จักอคติของตนเอง พร้อมทั้งจะรับฟังคนอื่น และเรียนรู้จากเหตุการณ์จริงรอบด้านมากขึ้น ได้แก่ กิจกรรมการดูภาพ การสัมภาษณ์ การศึกษาความจริงจากการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล
2. กระบวนการที่สอนให้ผู้เข้ารับการอบรมมีแนวทางในการเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพ: มีอคติน้อย ตรงความจริง ได้แก่ กิจกรรมการสังเกต การสัมภาษณ์ การบรรยาย การลงเก็บข้อมูลจากสถานการณ์จริง
3. การให้เนื้อหาแนวคิด หรือกรอบความคิดในการมองปัญหา การชี้ประเด็นแง่คิด การสร้างเครื่องมือการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การประเมินผล และการสรุปผล ในลักษณะที่ผสมผสานไปตามปัญหาจริง ได้แก่

การบรรยาย นำ การสอนเรื่องเครื่องมือ การแนะนำกิจกรรม การอภิปรายผลในกลุ่มย่อย การอภิปรายผลรวมในกลุ่มใหญ่

4. กระบวนการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้เข้ารับการอบรม เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้อื่น การร่วมคิดร่วมปรึกษากันหรือเพื่อให้งานได้ผลสูงสุด
5. การให้เนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องในประเด็นเนื้อหาที่ศึกษา ในลักษณะที่สอดคล้องเหมาะสมสอดคล้องไปกับกิจกรรม ได้แก่ การแนะนำขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล แต่ควรเป็นการแนะนำที่มีได้สอนตรงๆ แต่เป็นการชี้แนะให้คิดต่อได้

วิทยากร

เป็นลักษณะที่ทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม ที่มีทั้งวิทยากรหน้าชั้น วิทยากรกลุ่ม ที่ต้องร่วมกันวางแผนการสอน แก้ปัญหาการดำเนินการ ร่วมกัน และมีการสื่อสารถึงสถานการณ์ของผู้เข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเนื้อหาและกระบวนการสอนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และผู้เข้ารับการอบรมมากที่สุด

คุณลักษณะของกลุ่มวิทยากรที่เหมาะสม

1. มีทัศนคติที่ดีในการถ่ายทอดความรู้ และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีความเป็นครูอย่างต่อเนื่อง
2. รู้จักอคติของตนเอง และมีอดทนต่ำ
3. มีทักษะในการประเมินความคิด และทัศนคติของคนได้ระดับหนึ่ง สามารถประเมินจุดอ่อนของการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม และเติมในส่วนที่จำเป็นได้ มีทักษะในการถ่ายทอด สื่อสาร ชี้แนะให้กลุ่มคิดต่อ
4. มีความรู้ ทักษะในการเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพ ทั้งโดยการสังเกต การสัมภาษณ์
5. มีความรู้ในเนื้อหาที่ต้องการฝึกอบรม
6. มีทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม
7. มีทักษะในการเชื่อมโยงจากประสบการณ์/เหตุการณ์จริง ไปสู่ความคิด ทัศนคติ เนื้อหาที่ต้องการสอนตามวัตถุประสงค์

ภาคผนวก 2

ข้อมูลผลการศึกษาวิจัยย่อยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 1.1 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรกกรณีที่เจ็บป่วยด้วย
กลุ่มโรคทั่วไป/เจ็บเล็กน้อย ในกลุ่มผู้ใหญ่ เขตเทศบาลเมืองอยุธยา

วิธีการดูแล	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-บ.	1-บย.	2-บ1	2-บ2	2-อ.	3-พ.	3-บ.	
1.พักผ่อน/ปล่อยให้หายเอง	15.8	18.1	13.9	16.0	12.5	13.0	17.9	8.8	14.6
2.ซื้อยากินเอง	43.9	44.1	56.6	35.8	45.8	57.4	35.9	42.2	45.5
3.หมอพื้นบ้าน/ใช้สมุนไพร	0.0	1.6	3.3	1.9	8.3	3.7	2.6	1.0	2.2
4.ไปสถานีนอนาัมัย	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.5
5.ไปศูนย์แพทย์ชุมชน	1.8	3.1	13.1	17.0	8.3	14.8	20.5	25.5	13.2
6.คลินิก	29.8	9.4	9.8	13.2	16.7	5.6	20.5	10.8	12.8
7.รพ.อำเภอ	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
8.รพ.จังหวัด	1.8	5.5	1.6	11.3	8.3	0.0	0.0	2.9	4.3
9.รพ.เอกชน	0.0	0.8	0.0	1.9	8.3	1.9	0.0	2.0	1.3
10.รพ.รัฐในกทม./นอกจว.	3.5	4.7	0.8	1.9	4.2	3.7	2.6	2.9	2.9
11.รพ.เอกชนในกทม./นอกจว.	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.2
12.อื่น ๆ	1.8	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.8
13.เทศบาล/สสจ.	0.0	0.8	0.0	0.9	4.2	0.0	0.0	0.0	0.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	57	127	122	106	24	54	39	102	631

หมายเหตุ:

- 0-พ. หมายถึงพื้นที่อาคารพาณิชย์ นอกเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน
- 0-บ. หมายถึง พื้นที่ บ้านอยู่อาศัย นอกเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน
- 1-บย. หมายถึง พื้นที่ชุมชน คอนข้างยากจน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ 1
- 2-บ1. หมายถึง พื้นที่บ้านอยู่อาศัย ฐานะค่อนข้างดี ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ 2
- 2-บ2 หมายถึง พื้นที่บ้านอยู่อาศัยและอาคารพาณิชย์ ฐานะดี ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ 2
- 2-อ. หมายถึง พื้นที่ชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ 2
- 3-พ. หมายถึง พื้นที่อาคารพาณิชย์ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ 3
- 3-บ. หมายถึง พื้นที่บ้านอยู่อาศัย ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนที่ 3

ตารางที่ 1.2 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรกกรณีที่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และก่อนครั้งสุดท้าย) ในกลุ่มผู้ใหญ่ เขตเทศบาลเมืองอยุธยา

วิธีการดูแล	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-บ.	1-บย.	2-บ1	2-บ2	2-อ.	3-พ.	3-บ.	
1.พักผ่อน/ปล่อยให้หายเอง	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	7.7	0.0	0.0	1.3
2.ซื้อยากินเอง	0.0	11.1	7.1	3.2	25.0	15.4	0.0	18.4	10.2
3.หมอพื้นบ้าน/ใช้สมุนไพร	28.6	5.6	7.1	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
4.ไปสถานเฝ้าระวัง	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5.ไปศูนย์แพทย์ชุมชน	0.0	5.6	42.9	29.0	25.0	69.2	7.1	34.2	26.1
6.คลินิก	57.1	44.4	21.4	12.9	25.0	7.7	21.4	23.7	26.1
7.รพ.อำเภอ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	0.0	0.6
8.รพ.จังหวัด	0.0	13.9	14.3	29.0	25.0	0.0	35.7	13.2	17.2
9.รพ.เอกชน	14.3	11.1	0.0	3.2	0.0	0.0	14.3	5.3	6.4
10.รพ.รัฐในกทม./นอกจว.	0.0	8.3	7.1	16.1	0.0	0.0	14.3	5.3	8.3
11.รพ.เอกชนในกทม./นอกจว.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
12.อื่นๆ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
13.เทศบาล/สสจ.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	7	36	14	31	4	13	14	38	157

ตารางที่ 1.3 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขั้นแรก ในกลุ่มที่เป็น ไข้หวัด คออักเสบ ในกลุ่มผู้ใหญ่ เขตเทศบาลเมืองอยุธยา

วิธีการดูแล	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-บ.	1-บย.	2-บ1	2-บ2	2-อ.	3-พ.	3-บ.	
1.พักผ่อน/ปล่อยให้หายเอง	12.1	8.1	6.5	16.2	11.8	7.1	5.0	7.2	9.7
2.ซื้อยากินเอง	48.6	52.5	62.0	38.2	45.1	51.4	45.0	45.8	49.2
3. หมอพื้นบ้าน/ใช้สมุนไพร		1.0	0.9		2.0			1.2	0.6
4. ไปสถานเฝ้าระวัง		0.5						1.2	0.4
5. ไปศูนย์แพทย์ชุมชน		4.0	14.8	15.4	9.8	27.1	22.5	21.7	12.1
6. คลินิก	32.7	25.8	13.9	19.9	21.6	10.0	22.5	16.9	21.3
7. รพ.อำเภอ		0.5						1.2	0.3
8. รพ.จังหวัด		2.0		3.7	5.9	1.4		3.6	2.0
9. รพ.เอกชน	4.7	2.0		2.2	3.9	1.4			1.9
10. รพ.รัฐในกทม./นอกจว.	1.9	3.5	0.9	2.9		1.4			1.6
11. รพ.เอกชนในกทม./นอกจว.									0.3
12. อื่น ๆ			0.9				2.5	1.2	0.4
13. เทศบาล/สสจ.				1.5					0.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	107	198	108	51	70	136	40	83	793

ตารางที่ 2.1 ร้อยละของพฤติกรรมดูแลสุขภาพขั้นแรกเมื่อเด็กเจ็บป่วย กรณีเด็กเป็นไข้หวัด
ในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

วิธีการดูแล	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-ป.	1-บย.	2-อ.	2-บ1	2-บ2	3-พ.	3-บ.	
1.พักผ่อน/ปล่อยให้หายเอง	6.2	8.4	6.2	10.2	3.0	0.0	0.0	0.0	5.5
2.ซื้อยากินเอง	13.8	20.6	21.6	16.3	27.3	25.0	27.8	18.5	20.1
3.อสม.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.8	0.0	0.0	2.2
5.ไปสถานีนอนามัย	1.5	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
6.ไปศูนย์แพทย์	1.5	6.5	33.0	27.6	24.2	28.1	38.9	49.2	24.1
7.คลินิก	60.0	49.5	30.9	39.8	36.4	14.1	33.3	26.2	37.5
8.รพ.อำเภอ	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	3.1	0.0	0.0	0.5
9.รพ.จังหวัด	3.1	3.7	2.1	1.0	0.0	1.6	0.0	4.6	2.4
10.รพ.เอกชน	9.2	8.4	0.0	4.1	3.0	0.0	0.0	0.0	3.7
11.อื่นๆ ระบุ...	4.6	1.9	5.2	1.0	6.1	9.4	0.0	1.5	3.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	65	107	97	98	33	64	18	65	547

ตารางที่ 2.2 ร้อยละของพฤติกรรมดูแลสุขภาพขั้นแรกเมื่อเด็กเจ็บป่วย กรณีเป็นโรคเจ็บป่วย
เล็กน้อย ในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

วิธีการดูแล	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-ป.	1-บย.	2-อ.	2-บ1	2-บ2	3-พ.	3-บ.	
1.พักผ่อน/ปล่อยให้หายเอง	16.7	11.9	8.3	13.8	0.0	12.5	0.0	0.0	9.7
2.ซื้อยากินเอง	33.3	28.6	40.0	27.6	60.0	25.0	50.0	6.7	31.9
3.อสม.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	0.5
4.หมอพื้นบ้าน/ใช้สมุนไพร	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.7	0.5
5.ไปสถานีนอนามัย	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
6.ไปศูนย์แพทย์	0.0	9.5	30.0	27.6	20.0	37.5	16.7	60.0	25.4
7.คลินิก	50.0	40.5	8.3	24.1	20.0	0.0	16.7	13.3	21.1
8.รพ.อำเภอ	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
9.รพ.จังหวัด	0.0	9.5	6.7	3.4	0.0	6.3	16.7	13.3	7.0
10.รพ.เอกชน	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
11.อื่นๆ ระบุ...	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	2.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	12	42	60	29	5	16	6	15	185

ตารางที่ 3.1 พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย ในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย จำแนกตามชุมชน ในพื้นที่เทศบาลเมืองหาดใหญ่ ในกลุ่มผู้ใหญ่

	ชุมชนแออัด	อาคารพาณิชย์	ที่อยู่อาศัย	รวม
1. พักผ่อน	25 (14.0%)	25 (16.3%)	23 (15.2%)	73 (15.1%)
2. ซ้อยา	50 (27.9%)	50 (32.7%)	52 (34.4%)	152 (31.5%)
3. หาสม.	- (0%)	3 (2%)	1 (0.7%)	4 (0.8%)
4. หาแพทย์แผนไทย /ใช้สมุนไพร	3 (1.7%)	1 (0.7%)	3 (2%)	7 (1.4%)
5. สถานีอนามัย	1 (0.6%)	1 (0.7%)	- (0%)	2 (0.4%)
6. ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	57 (31.8%)	8 (5.2%)	21 (13.9%)	86 (17.8%)
7. คลินิก	42 (23.5%)	55 (35.9%)	50 (33.1%)	147 (30.4%)
8. โรงพยาบาลหาดใหญ่	36 (20.1%)	11 (7.2%)	39 (25.8 %)	86 (17.8%)
9. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	9 (5.0%)	2 (1.3%)	10 (6.6%)	21 (4.3%)
10. เอกชนอื่นๆ	10 (5.6%)	11 (7.2%)	8 (5.3%)	29 (6.0%)
รวม	179 (100%)	153 (100%)	151 (100%)	483 (100%)

ตารางที่ 3.2 การใช้บริการตรวจรักษาโรคของเด็กจำแนกตามชุมชน ในเทศบาลเมืองหาดใหญ่

	ชุมชนแออัด	อาคารพาณิชย์	ที่อยู่อาศัย	รวม
1. พักผ่อน	6 (6.5%)	1 (1.4%)	8 (11.8%)	15 (6.5%)
2. ซ้อยา	6 (6.5%)	7 (10.1%)	18 (26.5%)	31 (13.5%)
3. หาสม.	- (0%)	- (0%)	4 (5.9%)	4 (1.7%)
4. หาแพทย์แผนไทย /ใช้สมุนไพร	- (0%)	- (0%)	- (0%)	- (0%)
5. สถานีอนามัย	- (0%)	- (0%)	1 (1.5%)	1 (0.4%)
6. ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	66 (71.0%)	8 (11.6%)	11 (16.2%)	85 (37.0%)
7. คลินิก	16 (17.2%)	48 (69.6%)	31 (45.6%)	95 (41.3%)
8. โรงพยาบาลหาดใหญ่	3 (3.2%)	3 (4.3%)	5 (7.4%)	11 (4.8%)
9. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	1 (1.1%)	3 (4.3%)	4 (5.9%)	8 (3.5%)
10. เอกชนอื่นๆ	3 (3.2%)	2 (2.9%)	4 (5.9%)	9 (3.9%)
รวม	93 (100%)	69 (100%)	68 (100%)	230 (100%)

ตารางที่ 4.1 ร้อยละของสถานที่ให้บริการที่ประชาชนนำเด็กไปรับวัคซีนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

สถานที่ให้บริการ	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-บ.	1-บย.	2-อ.	2-บ1	2-บ2	3-พ.	3-บ.	
1.สถานีนานมัย	4.2	5.3	2.1	0.0	10.5	0.0	0.0	2.8	3.0
2.ศูนย์แพทย์ชุมชน	0.0	3.5	60.4	36.2	31.6	60.0	27.3	30.6	31.1
3.คลินิก	37.5	28.1	6.3	19.1	21.1	4.0	36.4	22.2	20.2
4.รพ.อำเภอ	8.3	1.8	2.1	2.1	0.0	4.0	0.0	0.0	2.2
5.รพ.จังหวัด	8.3	28.1	12.5	36.2	5.3	16.0	18.2	33.3	22.5
6.รพ.เอกชน	29.2	21.1	4.2	4.3	10.5	0.0	9.1	0.0	9.7
7.อื่นๆ	12.5	12.3	6.3	2.1	21.1	16.0	9.1	11.1	10.1
9.ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ตารางที่ 4.2 การรับการฉีดวัคซีนของเด็กจำแนกตามชุมชน ในพื้นที่เทศบาลเมืองหาดใหญ่

	ชุมชนแออัด	อาคารพาณิชย์	ที่อยู่อาศัย	รวม
1. สถานีนานมัย	- (0%)	- (0%)	1 (2.8%)	1 (0.9%)
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	31 (63.3%)	6 (19.4%)	17 (47.2%)	54 (46.6%)
3. คลินิก	9 (18.4%)	20 (64.5%)	13 (36.1%)	42 (36.2%)
4. โรงพยาบาลขนาดใหญ่	6 (12.2%)	1 (3.2%)	3 (8.3%)	10 (8.6%)
5.โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	- (0%)	4 (12.9%)	2 (5.6%)	6 (5.2%)
6. เอกชน	2 (4.1%)	2 (6.5%)	3 (8.3%)	7 (6.0%)
7. อื่น ๆ	4 (8.0%)	- (0%)	2 (5.6%)	6 (5.1%)

ตารางที่ 5.1 ลักษณะของปัญหาสุขภาพที่บอกโดยประชาชนจำแนกตามพื้นที่พัก ที่มาใช้บริการ
ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มปัญหาสุขภาพ	ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล		นอกอ.เมือง		นอกจังหวัด		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
โรคทั่วไป เจ็บเล็กน้อย	52	26.1	75	27.2	114	28.9	8	24.2	249	27.9
โรคเรื้อรัง รักษาต่อเนื่อง	47	23.6	68	24.6	89	22.6	5	15.2	209	23.4
มาตามนัด รับประทานยา	54	27.1	54	19.6	76	19.3	12	36.4	196	21.9
โรคระบบทางเดินหายใจ	26	13.1	32	11.6	40	10.2	1	3.0	99	11.1
โรคระบบสืบพันธุ์ของหญิง	11	5.5	25	9.1	53	3.5	4	12.1	93	10.4
โรคระบบทางเดินอาหาร	6	3.0	16	5.8	12	3.0	1	3.0	35	3.9
โรคอื่นๆ	2	1.0	3	1.1	4	1.0	0	0.0	9	1.0
อุบัติเหตุเล็กน้อย	1	0.5	1	0.4	1	0.3	0	0.0	3	0.3
รวม	199	100.0	274	100.0	389	100.0	31	100.0	893	100.0
ร้อยละ	22.28		30.68		43.56		3.47		100.00	

ตารางที่ 5.2 ลักษณะปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา จำแนกตามแผนกห้องตรวจ

กลุ่มปัญหาสุขภาพ	โอฟิตี ทั่วไป		โอฟิตี เฉพาะทาง		คลินิก เฉพาะทาง		คลินิก ส่งเสริมฯ		คลินิก วันโรค		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
โรคทั่วไป เจ็บเล็กน้อย	150	33.6	70	34.5	26	18.1	0	0	1	7.1	247	27.5
โรคเรื้อรัง รักษาต่อเนื่อง	63	14.1	32	15.8	108	75.0	0	0	5	35.7	208	23.1
มาตามนัด รับประทานยา	52	11.2	78	38.4	9	6.3	48	52.7	8	57.1	195	21.7
โรคระบบทางเดินหายใจ	79	17.7	20	9.9	0	0.0	0	0	0	0	99	11.0
โรคระบบสืบพันธุ์ของหญิง	51	11.4	0	0	0	0	43	47.3	0	0	94	10.5
โรคระบบทางเดินอาหาร	35	7.8	0	0	0	0	0	0	0	0	35	3.9
โรคอื่นๆ	9	2.0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1.0
อุบัติเหตุเล็กน้อย	3	0.7	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	3	0.3
ไม่ระบุ	5	1.1	3	1.5	1	0	0	0	0	0.0	9	1.0
รวม	447	100	203	100	144	100	91	100	14	100.0	899	100.0

ตารางที่ 5.3 ประเภทของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
จำแนกตามลักษณะของบุคลากรที่ควรดูแลได้เหมาะสม

ประเภทห้องตรวจ	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		ไม่ระบุ		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
โอพีดีทั่วไป	49	11.0	36	8.1	205	45.9	115	25.7	42	9.4	447	100.0
โอพีดีเฉพาะทาง	0	0.0	3	1.5	19	9.4	177	87.2	4	2.0	203	100.0
คลินิกพิเศษ	5	3.5	0	0.0	99	68.8	21	14.6	19	13.2	144	100.0
คลินิกส่งเสริมสุขภาพ	68	74.7	18	19.8	1	1.1	2	2.2	2	2.2	91	100.0
คลินิกโรค	9	64.3	2	14.3	2	14.3	1	7.1	0	0.0	14	100.0
รวม	131	14.6	59	6.6	326	36.3	316	35.2	68	7.6	899	100.0

ตารางที่ 5.4 ร้อยละของจำนวนครั้งของการใช้บริการทั้งหมดที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
ที่สามารถดูแลได้เหมาะสมด้วยบุคลากรระดับต่างๆ (จากการประมาณการด้วยสัดส่วนจากการศึกษา
กับข้อมูลการรายงานประจำปี)

ประเภทห้องตรวจ	ร้อยละรวม	สามารถดูแลได้เหมาะสม โดย			
		จนท.สอ.	พยาบาล	แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง
อายุรกรรม	52.4	5.34	2.14	29.9	14.98
กุมารเวชกรรม	9.7	4.27	0.58	4.46	0.38
สูติ- นรีเวช	5.3	0.06	1.23	2.46	1.54
ศัลยกรรม	18.1	2.28	1.66	11.24	2.91
ออโรโธปิดิกส์	4.8	0.00	0.15	2.4	2.24
จักษุวิทยา	5.7	0.00	0.25	1.2	4.22
หู คอ จมูก	3.9	0.00	0.00	0.2	3.68
รวม	100.00	11.95	6.01	51.88	29.95

ตารางที่ 6.1 ที่พักอาศัยของผู้มารับบริการจำแนกตามแผนกต่างๆ โรงพยาบาลขอนแก่น

แผนก \ ที่อยู่	ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล		นอก อ.เมือง		นอกเขต จ.ขอนแก่น		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เวชปฏิบัติทั่วไป	31	20.5	56	37.1	35	23.2	29	19.2	151	100.0
อายุรกรรมทั่วไป	22	18.3	60	50.0	22	18.3	16	13.3	120	100.0
กุมารเวชกรรมทั่วไป	16	26.7	25	41.7	12	20.0	7	11.7	60	100.0
นรีเวช	21	19.1	36	32.7	24	21.8	29	26.4	110	100.0
ศัลยกรรมทั่วไป	13	21.0	4	6.5	27	43.5	18	29.0	62	100.0
ศัลยกรรมกระดูก	8	14.0	19	33.3	19	33.3	11	19.3	57	100.0
จักษุ	13	17.3	25	33.3	23	30.7	14	18.7	75	100.0
โสต ศอ นาสิก	12	26.1	8	17.4	18	39.1	8	17.4	46	100.0
อายุรกรรมเฉพาะทาง	12	19.4	21	33.9	15	24.2	14	22.6	62	100.0
กุมารเวชกรรมเฉพาะทาง	12	15.0	17	21.3	31	38.8	20	25.0	80	100.0
ศัลยกรรมเฉพาะทาง	10	12.5	2	2.5	37	46.3	31	38.8	80	100.0
ANC	17	22.7	45	60.0	8	10.7	5	6.7	75	100.0
WBC	11	45.8	9	37.5	3	12.5	1	4.2	24	100.0
รวม	198	19.8	327	32.6	274	27.3	203	20.3	1002	100.0

ตารางที่ 6.2 สัดส่วนของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ควรดูแลได้เหมาะสม โดยบุคลากรระดับต่างๆ ตามความเห็นของแพทย์/พยาบาล จำแนกตามห้องตรวจบริการ (คำนวณปรับตามโครงสร้างผู้รับบริการทั้งหมด แยกตามแผนก ในปีงบประมาณ 2540) รพ.ขอนแก่น

แผนก	ผู้รับบริการปี 2540		ผู้ที่ควรดูแลได้เหมาะสม (ร้อยละ)				
	จำนวน	ร้อยละ	จนท.สอ.	พยาบาล	แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	อื่นๆ
เวชปฏิบัติทั่วไป(GP)	51,484	21.96	5.01	1.77	11.05	3.83	0.29
อายุรกรรมทั่วไป	46,540	19.85	1.35	0.67	11.61	6.22	0.00
กุมารเวชกรรมทั่วไป	30,787	13.13	5.03	0.88	3.72	3.50	0.00
ศัลยกรรมทั่วไป	37,946	16.18	0.00	0.53	5.31	10.35	0.00
นรีเวช	18,147	7.74	3.49	0.00	2.35	1.59	0.30
ศัลยกรรมกระดูก	15,848	6.76	0.00	0.23	0.12	6.29	0.12
จักษุวิทยา	21,776	9.29	0.00	0.00	0.74	8.54	0.00
โสต ศอ นาสิก	11,954	5.10	0.00	0.00	1.22	3.88	0.00
รวม	234,482	100.00	14.88	4.08	36.11	44.21	0.71

ตารางที่ 7.1 สัดส่วนของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ดูแลได้เหมาะสมโดยบุคลากรระดับต่าง ๆ (เป็นร้อยละที่ปรับจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกทั้งหมด เฉลี่ยในปี 2538-2540)

แผนก	ผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 3 ปี		ดูแลได้เหมาะสมโดย			
			สอ+พยาบาล	แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	รวม
	ราย	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
อายุรกรรม	112,634	43.44	2.18	22.08	19.17	47.86
กุมารเวชกรรม	28,493	10.99	1.83	2.85	6.31	12.11
สูติ-นรีเวชกรรม	10,905	4.21	0.14	0.64	3.42	4.63
ศัลยกรรม	36,239	13.98	0.93	5.59	7.45	15.40
ออโรโธปิดิกส์	23,402	9.03	0.44	3.26	5.33	9.94
ตา	16,555	6.38	0.38	0.75	5.26	7.03
หู คอ จมูก	12,267	4.73	0.00	0.26	4.47	5.21
สุขภาพจิต	7,561	2.92	0.00	0.23	2.69	3.21
ฝากครรภ์	7,605	2.93	2.32	0.00	0.61	3.23
คลินิกโรคหัวใจ	948	0.37	0.00	0.25	0.11	0.40
สุขภาพเด็กดี	2,681	1.03	1.02	0.00	0.02	1.14
รวม	259,288	100.00	9.25	35.91	54.84	100.00

ตารางที่ 8.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ.พระนครศรีอยุธยา (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่)

ที่อยู่	ดูแลได้เหมาะสมโดย											
	จนท. สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		ไม่ระบุ		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ในเขตเทศบาล	46	23.1	11	5.5	73	36.7	60	30.2	9	4.5	199	100.0
นอกเขตเทศบาล	40	14.5	17	6.2	110	39.9	82	29.7	27	9.8	276	100.0
นอกอ.เมือง	37	9.4	21	7.9	137	34.8	161	40.9	28	7.1	394	100.0
นอกจังหวัด	7	21.2	0	0.0	8	24.2	14	42.4	4	12.1	33	100.0
รวม	130	14.4	59	6.5	328	36.4	317	35.1	68	7.5	902	100.0

ตารางที่ 8.2 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. พระนครศรีอยุธยา (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการทั้งหมด)

ที่อยู่	ดูแลได้เหมาะสมโดย											
	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		ไม่ระบุ		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ในเขตเทศบาล	46	5.1	11	1.2	73	8.1	60	6.7	9	1.0	199	22.1
นอกเขตเทศบาล	40	4.4	17	1.9	110	12.2	82	9.1	27	3.0	276	30.6
นอกอ.เมือง	37	4.1	21	2.3	137	15.2	161	17.9	28	3.1	394	43.7
นอกจังหวัด	7	0.8	0	0.0	8	0.9	14	1.6	4	0.4	33	3.7
รวม	130	14.4	59	6.5	328	36.4	317	35.1	68	7.5	902	100.0

ตารางที่ 9.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ขอนแก่น (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่)

ที่อยู่	ดูแลได้เหมาะสมโดย											
	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		เภสัชกร หรืออื่นๆ		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ในเขตเทศบาล	56	28.7	10	5.1	54	27.6	74	34.9	1	0.5	195	100.0
นอกเขตเทศบาล	99	30.8	17	5.3	105	32.7	97	30.2	3	0.9	321	100.0
นอก อ.เมือง	21	7.9	7	2.6	71	26.8	164	62.1	1	0.4	264	100.0
นอกจังหวัด	27	14.0	3	1.5	44	22.9	116	60.4	2	1.0	192	100.0
รวม	203	20.8	37	3.8	274	28.2	451	46.4	7	0.7	972	100.0

ตารางที่ 9.2 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก รพ. ขอนแก่น (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการทั้งหมด) (คำนวณปรับตามโครงสร้างผู้รับบริการทั้งหมดแยกตามพื้นที่ในปีงบประมาณ 2540)

พื้นที่	กลุ่มตัวอย่าง		ปี2539	บุคคลที่ควรดูแลได้เหมาะสม				
	จำนวน	ร้อยละ		จนท.สอ.	พยาบาล	แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	อื่นๆ
ในเขตเทศบาลขอนแก่น	195	20.06	23.00	6.61	1.18	6.37	8.73	0.12
นอกเขตเทศบาล	321	33.02	29.90	9.22	1.58	9.78	9.04	0.28
นอก อ.เมือง จ.ขอนแก่น	264	27.16	26.20	2.08	0.69	7.05	16.28	0.10
นอกเขต จ.ขอนแก่น	192	19.75	21.00	2.95	0.33	4.81	12.69	0.22
รวม	972	100.00	100.00	20.86	3.78	28.01	46.74	0.72

ตารางที่ 10.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่)

ที่อยู่	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		แพทย์เวชปฏิบัติ		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ในเขตเทศบาล	59	25.88	14	6.14	44	19.30	107	46.93	4	1.75	228	100.00
นอกเขตเทศบาล	22	11.96	13	7.06	60	32.61	86	46.74	3	1.63	184	100.00
นอก อ.เมือง	15	5.43	9	3.26	63	22.83	180	65.22	9	3.26	276	100.00
นอกจังหวัด	2	5.00	2	5.00	12	30.00	22	55.00	2	5.00	40	100.00
รวม	98	13.46	38	5.22	179	24.59	395	54.26	18	2.47	728	100.00

ตารางที่ 10.2 ลักษณะปัญหาสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (คิดร้อยละตามฐานของผู้รับบริการทั้งหมด)

ที่อยู่	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		แพทย์เวชปฏิบัติ		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ในเขตเทศบาล	59	8.10	14	1.92	44	6.04	107	14.70	4	0.55	228	31.32
นอกเขตเทศบาล	22	3.02	13	1.79	60	8.24	86	11.81	3	0.41	184	25.27
นอกอ.เมือง	15	2.06	9	1.24	63	8.65	180	24.73	9	1.24	276	37.91
นอกจังหวัด	2	0.27	2	0.27	12	1.65	22	3.02	2	0.27	40	5.49
รวม	98	13.46	38	5.22	179	24.59	395	54.26	18	2.47	728	100.00

ตารางที่ 11.1 จำนวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ จำแนกตามแผนกห้องตรวจที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

แผนกห้องตรวจ	มี		ไม่มี		ไม่ตอบ		รวม	
	lab/ตรวจพิเศษ		lab/ตรวจพิเศษ					
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. อายุรกรรม	18	18.2	71	71.7	10	10.1	99	100
2.กุมารเวชกรรม	4	8.0	46	92	0	0.0	50	100
3. สูติ-นรีเวชกรรม	18	19.8	69	75.8	4	4.4	91	100
4. ศัลยกรรม	10	10.2	77	78.5	11	11.2	98	100
5.ออโรโธปิดิกส์	8	15.1	25	47.2	20	37.7	53	100
6. อื่น ๆ	9	16.4	43	78.2	3	5.4	55	100
รวมโอพีดีทั่วไป	67	15.0	331	74.2	48	10.8	446	100
7. ตา	40	58.0	12	17.4	17	24.6	69	100
8. หู คอ จมูก ภูมิแพ้	7	12.7	45	81.8	3	5.4	55	100
9. สุขภาพจิต	3	3.8	73	92.4	3	3.8	79	100
10. เภสัชกรรม	38	58.5	1	1.5	26	40.0	65	100
11. ฟกครรภ์	9	20.4	34	77.3	1	2.3	44	100
12. หัวใจ, ความดันโลหิตสูง	9	16.7	44	81.5	1	1.8	54	100
13. โรคผิวหนัง	0	0.0	25	100.0	0	0.0	25	100
14. ตรวจสุขภาพเด็ก และภูมิคุ้มกัน	0	0.0	48	100.0	0	0.0	48	100
15. วัคซีน	3	21.4	11	78.6	0	0.0	14	100
รวม	176	19.6	624	69.4	99	11.0	899	100

ตารางที่ 11.2 จำนวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ จำแนกตามแผนก
ห้องตรวจ ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

แผนก	ส่ง Lab (จำนวน/ร้อยละ)	ไม่ได้ส่ง Lab (จำนวน/ร้อยละ)	รวม (จำนวน/ร้อยละ)
เวชปฏิบัติทั่วไป	43 (28.5)	108 (71.5)	151 (100.0)
คลินิกอายุรกรรมทั่วไป	63 (52.1)	58 (47.9)	121 (100.0)
คลินิกอายุรกรรมเฉพาะทาง			
- หัวใจ	3 (14.3)	18 (85.7)	21 (100.0)
- ผิวหนัง	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)
- อื่นๆ	8 (42.1)	11 (57.8)	19 (100.0)
WBC	-	26 (100.0)	26 (100.0)
คลินิกกุมารเวชกรรมทั่วไป	3 (5.0)	57 (95.0)	60 (100.0)
คลินิกกุมารเวชกรรมเฉพาะทาง			
- หัวใจ	1 (5.3)	18 (94.7)	19 (100.0)
- หอบหืด	-	22 (100.0)	22 (100.0)
- ประสาท	3 (23.1)	10 (76.9)	13 (100.0)
- เลือด	14 (100.0)	-	14 (100.0)
- ไต	13 (100.0)	-	13 (100.0)
ANC	9 (11.5)	69 (88.5)	78 (100.0)
นรีเวช	95 (85.6)	16 (14.4)	111 (100.0)
คลินิกศัลยกรรมทั่วไป	24 (38.1)	39 (61.9)	63 (100.0)
คลินิกศัลยกรรมเฉพาะทาง			
- ระบบสืบสาวะ	60 (88.2)	8 (11.2)	68 (100.0)
- ศัลยกรรมเด็ก	3 (21.4)	11 (78.6)	14 (100.0)
คลินิกศัลยกรรมกระดูก	8 (13.6)	51 (86.4)	59 (100.0)
คลินิกจักษุ	39 (52.0)	36 (48.0)	75 (100.0)
คลินิก โสต ศอ นาสิก	10 (21.7)	36 (78.2)	46 (100.0)
รวม	403 (39.7)	612 (60.3)	1015 (100.0)

ตารางที่ 11.3 จำนวนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แยกตามรายแผนกที่
โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

แผนก	ส่งตรวจ 1 วิธี (จำนวน/ร้อยละ)	ส่งตรวจ 2 วิธี (จำนวน/ร้อยละ)	ส่ง 3 วิธีหรือ มากกว่า ขึ้นไป	รวม (จำนวน/ร้อยละ)
เวชปฏิบัติทั่วไป	24(55.8)	14(32.6)	5(11.6)	43(100.0)
อายุรกรรมทั่วไป	56(88.9)	5(7.9)	2(3.2)	63(100.0)
อายุรกรรมเฉพาะทาง				
- หัวใจ	3(100.0)	-	-	3(100.0)
- ผิวหนัง	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)	5(100.0)
- อื่นๆ	6(75.0)	2(25.0)	-	8(100.0)
กุมารเวชกรรมทั่วไป	3(100.0)	-	-	3(100.0)
กุมารเวชกรรมเฉพาะทาง				
- หัวใจ	1(100.0)	-	-	1(100.0)
- ประสาท	3(100.0)	-	-	3(100.0)
- เลือด	14(100.0)	-	-	14(100.0)
- ไต	13(100.0)	-	-	13(100.0)
ANC	7(77.7)	2(2.3)	-	9(100.0)
นรีเวช	89(93.6)	4(4.2)	2(2.1)	95(100.0)
ศัลยกรรมทั่วไป	19(79.2)	2(8.3)	3(12.5)	24(100.0)
ศัลยกรรมเฉพาะทาง				
- ระบบสืบสาวะ	44(73.3)	16(26.7)	-	60(100.0)
- ศัลยกรรมเด็ก	2(66.7)	1(33.3)	-	3(100.0)
ศัลยกรรมกระดูก	8(100.0)	-	-	8(100.0)
คลินิกจักษุ	26(65.7)	13(33.3)	-	39(100.0)
คลินิก โสต ศอ นาสิก	9(90.0)	1(10.0)	-	10(100.0)
รวม	328(81.4)	62(15.4)	13(3.2)	403(100.0)

ตารางที่ 12.1 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้บริการ ณ.จุดต่างๆ จำแนกตามแผนกห้องตรวจ

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ห้องตรวจ	รอบัตร (นาที)		รอตรวจกับ แพทย์ (นาที)		เวลาที่แพทย์ ตรวจ(นาที)		รอจ่ายเงิน (นาที)		รอรับยา (นาที)		เวลาทั้งหมด ที่ใช้ (ชั่วโมง)	
	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D.
อายุรกรรม	8.2	14.1	81.5	56.1			10.8	11.6	23.5	17.7	2.8	1.7
กุมารเวชกรรม	7.5	11.7	47.7	42.6			13.8	9.8	34.4	26.2	2.0	0.9
สูติ - นรีเวช	14.3	28.8	47.2	40.8			13.2	14.6	25.4	19.1	2.3	1.1
ศัลยกรรม	11.3	17.6	45.2	40.0			10.8	8.7	21.6	14.0	1.9	0.8
ออโรโธปิดิกส์	8.1	12.9	66.7	51.9			9.5	11.7	21.7	12.8	2.9	1.6
สาขาอื่นๆ	17.4	35.0	48.0	45.4			15.3	12.4	25.8	15.4	2.8	1.2
รวมโอพีดีทั่วไป	11.2	21.9	52.4	46.9			12.1	12.1	23.9	15.4	2.7	1.9
จักษุวิทยา	8.7	10.3	42.7	33.3			11.6	10.2	30.3	19.9	2.6	1.4
หูคอ จมูก	9.7	17.1	40.0	29.5			19.8	19.0	28.5	14.6	2.3	1.0
สุขภาพจิต	8.3	9.1	32.0	29.5			9.7	11.1	21.7	13.4	1.9	0.7
คลินิกเบาหวาน	5.3	7.6	174.4	175.1			12.5	16.0	34.8	32.8	7.6	0.9
คลินิกโรคหัวใจและ ความดันโลหิตสูง	10.3	19.5	46.4	37.7			7.9	10.9	23.5	13.9	3.5	2.5
คลินิกโรคผิวหนัง	5.7	4.7	41.1	68.7			7.7	8.1	11.8	7.9	2.0	1.5
คลินิกฝากครรภ์	10.5	11.3	27.4	32.4			15.5	16.8	25.9	16.7	1.4	0.7
คลินิกเด็กดี	10.1	8.7	22.7	13.5			0	0	30	---	1.2	0.9
คลินิกวันโรค	7.9	9.4	12.5	11.2			2	--	5	---	2.0	1.6
รวม					4	2						

ตารางที่ 12.2 ระยะเวลาการรอรับบริการ ขณะ รอคอยกับแพทย์ จำแนกตามระดับปัญหาสุขภาพ
ซึ่งพิจารณาจากระดับบุคลากรที่ควรให้การดูแล (เฉพาะส่วนที่เป็นโอพีดีทั่วไป) รพ.พระนครศรีอยุธยา

ระดับบุคลากรที่ ควรให้การดูแล	ค่าเฉลี่ย (นาที)	S.D.	75 %ile	ต่ำสุด - สูงสุด (นาที)	จำนวน รวม
จนท.สถานีอนามัย.	53.7	43.7	60	2 - 180	48
พยาบาล	54.2	44.7	90	2 - 180	35
แพทย์ทั่วไป	51.8	50.7	60	1 - 300	201
แพทย์เฉพาะทาง	46.2	37.2	60	2 - 180	109

ตารางที่ 12.3 แสดงระยะเวลาทั้งหมดในการเดินทางและมาใช้บริการที่โรงพยาบาลจำแนกตามห้องตรวจบริการ รพ.พระนครศรีอยุธยา

ห้องตรวจ	ระยะเวลาเดินทาง		เวลาที่ใช้ในรพ. ทั้งหมด		รวมเวลาทั้งหมด
	ค่าเฉลี่ย (ชม.: นาที)	S.D. (ชม.: นาที)	เฉลี่ย (ชม.: นาที)	S.D. (ชม.: นาที)	เฉลี่ย (ชม.: นาที)
อายุรกรรม	0:47	0:36	2:48	1:42	3:35
กุมารเวชกรรม	0:37	0:27	2:00	0:54	2:37
สูติ-นรีเวช	0:48	0:30	2:18	1:06	3:06
ศัลยกรรม	0:42	0:32	1:54	0:48	2:36
ออโรโธปิดิกส์	0:45	0:34	2:54	1:36	3:39
สาขาอื่นๆ	0:40	0:30	2:48	1:12	3:28
จักรุวิทยา	0:54	0:38	2:36	1:24	3:30
นุคอ จมูก	0:59	0:54	2:18	1:00	3:21
สุขภาพจิต	0:56	0:47	1:54	0:42	2:50
คลินิกเบาหวาน	0:43	0:28	7:36	0:54	8:19
คลินิกโรคหัวใจและ ความดันโลหิตสูง	0:46	0:33	3:30	2:30	4:16
คลินิกโรคผิวหนัง	0:41	0:26	2:00	1:30	2:41
คลินิกฝากครรภ์	1:02	1:01	1:24	0:42	2:26
คลินิกเด็กดี	0:23	0:29	1:12	0:54	1:35
คลินิกทันโรค	0:50	0:38	2:00	1:36	2:50

ตารางที่ 13.1 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล รับบริการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ
แยกตามแผนก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

แผนก	ค่าเฉลี่ย	SD	ระยะเวลาดำสุด	ระยะเวลานานที่สุด	จำนวน
รวมทั้งหมด	204.58	129.10	12	1170	972
เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)	246.27	138.12	60	998	144
คลินิกอายุรกรรมทั่วไป	283.89	112.46	60	495	115
คลินิกอายุรกรรมเฉพาะทาง					
- หัวใจ	231.90	101.97	75	480	21
- ผิวหนัง	210.00	229.82	55	1170	20
- อื่น ๆ	298.78	407.26	140	495	18
WBC	139.23	136.58	27	374	26
คลินิกกุมารเวชกรรมทั่วไป	158.19	128.00	20	9.35	59
- หัวใจ	151.32	47.34	85	250	19
- หอบหืด	154.41	33.22	97	220	22
- ประสาท	165.77	42.37	105	225	13
- เลือด	197.29	94.54	37	420	14
- ไต	194.00	79.03	100	403	13
คลินิกANC	106.19	72.59	20	422	78
คลินิกโรคเรื้อรัง	131.16	81.08	12	440	101
คลินิกศัลยกรรมทั่วไป	216.17	108.76	25	520	60
คลินิกศัลยกรรมเฉพาะทาง					
- ระบบสืบสาวะ	362.97	111.77	50	590	64
- ศัลยกรรมเด็ก	202.00	151.02	50	480	10
คลินิกศัลยกรรมกระดูก	203.75	107.12	35	458	57
คลินิกจักษุ	152.70	87.89	40	605	74
คลินิก โสต คอ นสิก	158.39	97.83	20	445	44

ตารางที่ 14.1 เวลาที่ใช้ในการเดินทางมา รพ.พระนครศรีอยุธยา จำแนกแยกตามพื้นที่พักอาศัย

พื้นที่พักอาศัย	ค่าเฉลี่ย (นาที)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD - ชั่วโมง)
ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา		
- ในเขตเทศบาล	24	0.39
- นอกเขตเทศบาล	34	0.40
นอกอำเภอพระนครศรีอยุธยา	64	0.70
นอกจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	67	0.98

ตารางที่ 14.2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามลักษณะปัญหาสุขภาพ

ลักษณะปัญหาสุขภาพ ที่ดูแลได้โดย	ไม่เสียเงิน จำนวน	ร้อยละ	ค่าเดินทาง เฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	ค่าสุด - สูงสุด
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	7	5.3	27.8	24.7	4 - 167
พยาบาลวิชาชีพ/เวช ปฏิบัติ	6	10.2	32.8	25.3	4 - 100
แพทย์ทั่วไป	13	4.0	41.3	52.3	3 - 400
แพทย์เฉพาะทาง	17	5.4	51.7	75.2	4 - 700

ตารางที่ 15.1 สรุประยะเวลา(นาที)ในการเดินทางมาโรงพยาบาลขอนแก่นของผู้มารับบริการในครั้งนี้

ที่อยู่อาศัย	จำนวน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
รวมทุกพื้นที่	1001	1740	0	86.17	118.63
ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น	194	180	4	31.96	24.63
นอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น	325	275	0	58.46	39.16
นอก อ.เมือง จ.ขอนแก่น	270	900	10	105.01	92.66
นอก เขต จ.ขอนแก่น	199	1740	15	160.55	214.51

ตารางที่ 15.2 สรุปค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลขอนแก่นของผู้มารับบริการในครั้งนี้

ที่อยู่อาศัย	จำนวน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
รวมทุกพื้นที่	1013	2000	0	85.10	195.62
ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น	198	500	0	15.89	40.98
นอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น	325	500	0	39.79	78.87
นอก อ.เมือง จ.ขอนแก่น	274	2000	0	109.60	221.20
นอก เขต จ.ขอนแก่น	203	2000	0	193.90	304.92

ตารางที่ 15.3 สรุปค่าใช้จ่าย การซื้ออาหารในระหว่างมารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น
จำแนกตามพื้นที่พักอาศัย

ที่อยู่อาศัย	จำนวน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
รวมทุกพื้นที่	1009	2000	0	49.28	133.56
ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น	198	600	0	19.17	55.8
นอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น	325	300	0	27.77	46.25
นอก อ.เมือง จ.ขอนแก่น	271	1000	0	63.63	111.14
นอก เขต จ.ขอนแก่น	202	2000	0	94.68	249.6

ตารางที่ 16.1 ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษา ขั้นแรก ของการป่วยด้วย ปัญหาไข้หวัด คออักเสบ ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา ในกลุ่มผู้ใหญ่

ค่าใช้จ่ายรักษา วิธีการดูแล	จำนวน ตัวอย่าง	ไม่เสียเงิน		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	SD.	75% ile
		จำนวน	%					
พักผอน ก.	48	44	91.8	17.0	170.0	61.8	72.9	-
ข.	29	26	89.7	20.0	50.0	33.3	15.3	50.0
ซื้อยา ก.	228	28	12.3	2.0	200.0	26.3	24.2	30.0
ข.	162	23	14.2	2.0	360.0	35.2	42.0	50.0
หมอพื้นบ้าน ก.	3	1	33.3	15.0	50.0	32.5	24.7	50.0
ข.	2	1	50.0	-	60.0	60.0	42.0	60.0
ไปสอ. ก.	1	0	0.0	-	40.0	40.0	-	40.0
ไปศูนย์แพทย์ ก.	46	25	54.3	30.0	150.0	85.2	33.8	100.0
ไปคลินิก ก.	92	10	10.9	80.0	1,000.0	181.3	128.8	200.0
ไปรพ.อำเภอ ก.	-	1	100.0	-	-	-	-	-
ไปรพ.จังหวัด ก.	11	4	36.4	60.0	350.0	169.1	116.8	302.0
ไปรพ.เอกชนในจังหวัด ก.	7	2	28.6	100.0	500.0	280.0	178.9	400.0
ไปรพ.รัฐนอกจังหวัด ก.	2	0	0.0	150.0	500.0	325.0	247.5	500.0
ไปรพ.เอกชนนอกจังหวัด ก.	2	1	50.0	-	2,000.0	2,000.0	1,414.2	2,000.0

หมายเหตุ: ก. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ข. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยก่อนครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 16.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการดูแลรักษา ขั้นแรก ของการป่วยด้วย ปัญหาไข้หวัด คออักเสบ ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ วิธีการดูแล	จำนวน ตัวอย่าง	ไม่เสียเงิน		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	SD.	75% ile
		จำนวน	%					
พักผอน ก.	48	46	95.8	-	6.0	6.0	0.0	6.0
ข.	29	27	93.1	-	6.0	6.0	-	6.0
ซื้อยา ก.	228	144	63.4	4.0	70.0	10.8	9.1	10.0
ข.	162	108	66.7	4.0	30.0	10.8	6.9	10.0
หมอพื้นบ้าน ก.	3	2	66.7	-	50.0	50.0	-	50.0
ข.	2	1	50.0	-	50.0	50.0	-	50.0
ไปสอ. ก.	-	0	0.0	-	-	-	-	-
ไปศูนย์แพทย์ ก.	47	29	61.7	5.0	40.0	14.9	9.6	20.0
ไปคลินิก ก.	92	46	50.0	5.0	50.0	13.9	11.4	20.0
ไปรพ.อำเภอ ก.	1	1	100.0	-	-	-	-	-
ไปรพ.จังหวัด ก.	11	2	18.2	6.0	100.0	32.7	34.3	60.0
ไปรพ.เอกชนในจังหวัด ก.	7	5	71.4	5.0	6.0	5.5	-	-
ไปรพ.รัฐนอกจังหวัด ก.	2	1	50.0	-	50.0	50.0	35.4	50.0

หมายเหตุ: ก. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ข. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยก่อนครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 16.3 ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลขั้นแรกของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่

ค่าใช้จ่ายรักษา วิธีการดูแล	จำนวน ตัวอย่าง	ไม่เสียเงิน		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	SD	75% ile
		จำนวน	%					
ชื่อยา ก.	2	0	0.0	100.0	250.0	175.0	106.0	250.0
ช. ข.	1	0	0.0	-	32.0	32.0	-	32.0
หมอพื้นบ้าน ก.	4	0	0.0	100.0	600.0	350.0	208.2	500.0
ไปศูนย์แพทย์ ก.	15	11	73.3	30.0	100.0	80.0	33.7	100.0
ช. ข.	10	5	50.0	70.0	600.0	232.0	210.9	200.0
ไปคลินิก ก.	12	0	0.0	130.0	650.0	320.9	195.2	400.0
ช. ข.	14	1	7.1	50.0	500.0	248.3	161.8	350.0
ไปรพ.จังหวัด ก.	9	7	77.8	200.0	1,200.0	700.0	707.1	1,200.0
ช. ข.	9	4	44.4	100.0	1,500.0	790.0	622.9	1,400.0
ไปรพ.เอกชนในจังหวัด ก.	5	0	0.0	300.0	10,000.0	3,270.0	4,249.6	5,000.0
ช. ข.	3	0	0.0	300.0	6,000.0	4,100.0	3,290.9	6,000.0
ไปรพ.รัฐนอกจังหวัด ก.	2	0	0.0	300.0	1,300.0	800.0	707.1	1,300.0

หมายเหตุ: ก. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ข. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยก่อนครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 16.4 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการดูแลรักษาขั้นแรก ของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา กลุ่มผู้ใหญ่

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ วิธีการดูแล	จำนวน ตัวอย่าง	ไม่เสียเงิน		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	SD.	75% ile
		จำนวน	%					
ชื่อยา ก.	2	2	100.0	-	-	-	-	-
ช. ข.	1	0	0.0	-	20.0	20.0	-	20.0
หมอพื้นบ้าน ก.	4	3	75.0	-	100.0	100.0	-	100.0
ไปศูนย์แพทย์ ก.	15	10	66.7	10.0	26.0	17.2	7.0	20.0
ช. ข.	10	5	50.0	6.0	20.0	11.2	6.9	100.0
ไปคลินิก ก.	12	3	25.0	8.0	20.0	15.2	5.7	20.0
ช. ข.	14	5	35.7	6.0	100.0	29.4	30.9	20.0
ไปรพ.จังหวัด ก.	9	6	66.7	6.0	50.0	32.0	19.7	6.0
ช. ข.	9	4	44.4	5.0	50.0	23.4	24.3	50.0
ไปรพ.เอกชนในจังหวัด ก.	5	2	40.0	60.0	200.0	120.0	72.1	200.0
ช. ข.	3	1	33.3	60.0	500.0	280.0	273.0	500.0
ไปรพ.รัฐนอกจังหวัด ก.	2	1	50.0	-	100.0	100.0	-	100.0

หมายเหตุ: ก. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ข. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยก่อนครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 16.5 ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาขั้นแรก ด้วยวิธีการต่างๆ กรณีเป็นไข้หวัด
กลุ่มเด็กในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

คำรักษา	วิธีการดูแล	ไม่เสียเงิน		เสียเงิน		ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD	75% ile
		จำนวน	%	จำนวน	%					
พักผ่อน	ก.	19	95.0	1	5.0	0.0	16.0	16.0	-	-
	ข.	10	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
ซื้อยา	ก.	14	20.9	53	79.1	1.0	120.0	33.1	25.7	40.0
	ข.	7	17.1	34	82.9	7.0	150.0	40.9	33.5	50.0
อสม.	ก.	8	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
	ข.	4	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
สอ.	ก.	1	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
	ข.	-	-	1	100.0	60.0	60.0	60.0	-	-
ศูนย์แพทย์	ก.	48	73.8	17	26.2	20.0	140.0	58.8	30.4	70.0
	ข.	45	68.2	21	31.8	20.0	140.0	64.8	28.4	80.0
คลินิก	ก.	4	3.5	109	96.5	30.0	300.0	130.0	44.8	150.0
	ข.	5	5.7	83	94.3	50.0	250.0	126.4	42.4	150.0
รพ.อำเภอ	ก.	2	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
	ข.	1	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
รพ.จังหวัด	ก.	2	66.7	1	33.3	0.0	60.0	60.0	-	-
	ข.	7	77.8	2	22.2	60.0	5000.0	80.0	28.3	100.0
รพ.เอกชน	ก.	2	20.0	8	80.0	200.0	1050.0	356.3	288.4	350.0
	ข.	5	50.0	5	50.0	150.0	5500.0	1,310.0	2,346.4	500.0
อื่น ๆ	ก.	10	83.3	2	16.7	100.0	160.0	130.0	-	-
	ข.	6	75.0	2	25.0	0.0	100.0	100.0	-	-

หมายเหตุ : ก. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ข. หมายถึง กรณีการเจ็บป่วยก่อนครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 16.6 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดูแลรักษาขั้นแรกด้วยวิธีการต่างๆ กรณีเป็นไข้หวัด
กลุ่มเด็กในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ วิธีการดูแล		ไม่เสียเงิน		เสียเงิน		ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD	75% ile
		จำนวน	%	จำนวน	%					
พักผ่อน	ก.	20	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
	ข.	10	100.0	0	0	0.0	0.0	-	-	-
ซื้อยา	ก.	41	60.3	27	39.7	6.0	20.0	10.9	5.7	20.0
	ข.	19	46.3	22	53.7	4.0	200.0	20.1	41.0	20.0
อสม.	ก.	8	100.0	0	0	0.0	0.0	-	-	-
	ข.	4	100.0	0	0	0.0	0.0	-	-	-
สอ.	ก.	1	100.0	0	0	10.0	10.0	-	-	-
	ข.	0	0.0	1	100.0	30.0	30.0	30.0	-	-
ศูนย์แพทย์	ก.	41	64.1	23	35.9	5.0	20.0	11.2	5.7	20.0
	ข.	39	59.1	27	40.9	5.0	50.0	13.7	9.3	20.0
คลินิก	ก.	53	46.5	61	53.5	6.0	100.0	16.3	15.0	20.0
	ข.	42	47.2	47	52.8	5.0	100.0	16.2	15.6	20.0
รพ.อำเภอ	ก.	2	100.0	0	0.0	0.0	0.0	-	-	-
	ข.	0	0.0	1	100.0	10.0	10.0	10.0	-	-
รพ.จังหวัด	ก.	0	0.0	3	100.0	10.0	20.0	12.0	7.2	20.0
	ข.	2	22.2	7	77.7	10.0	80.0	51.3	31.1	80.0
รพ.เอกชน	ก.	7	70.0	3	30.0	20.0	500.0	223.3	248.3	500.0
	ข.	5	50.0	5	50.0	20.0	500.0	154.0	199.6	150.0
อื่น ๆ	ก.	9	75.0	3	25	6.0	60.0	25.3	-	60.0
	ข.	5	62.5	3	37.5	6.0	60.0	42.0	31.2	60.0

หมายเหตุ : ก. หมายถึงกรณีการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ข. หมายถึงกรณีการเจ็บป่วยก่อนครั้งสุดท้าย

ตารางที่ 17.1 แสดงลักษณะบริการที่ผู้ให้บริการที่ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา
พอใจมากกว่า ผู้ให้บริการที่ รพ.พระนครศรีอยุธยา

ลักษณะบริการ	ร้อยละความพึงพอใจที่ ศูนย์แพทย์มากกว่ารพ.	95% C.I. for odd ratio	ค่า p-value
1. แพทย์อธิบายการออกฤทธิ์ของยาต่อโรค (4)	26.6	1.68 - 5.8	<.01
2. แพทย์ตรวจร่างกายละเอียด ** (1)	25.3	2.82 - 25.27	<.01
3. ผู้มารับบริการมีโอกาสพูดคุยกับแพทย์มากพอสมควร (2)	24.4	1.75 - 7.59	<.01
4. แพทย์รู้จักผู้มารับบริการ (4)	23.0	2.65 - 4.97	<.01
5. แพทย์ตรวจและดูแลเหมาะสม (1)	22.9	4.35 - 634.5	<.01
6. แพทย์คุยอย่างเป็นกันเอง (1)	22.6	4.14 - 607.1	<.01
7. แพทย์สนใจต่อผู้มารับบริการดี (1)	20.6	3.95 - 542.0	<.01
8. แพทย์ตั้งใจฟังเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง (1)	19.8	2.02 - 15.81	<.01
9. แพทย์อธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเดิมอีก (4)	19.0	1.18 - 3.95	<.01
10. แพทย์อธิบายว่าผู้มารับบริการป่วยเป็นอะไร ** (2)	18.4	1.38 - 5.7	<.01
11. แพทย์ให้ยาตามที่คาดหวัง ** (2)	14.1	1.13 - 5.49	<.05
12. แพทย์ไม่รีบร้อนเกินไปในการตรวจ (3)	15.8	0.22 - 0.85	<.01
13. แพทย์รู้จักและเข้าใจสภาพชุมชน (4)	17.6	1.33 - 5.58	<.01
14. ไม่ต้องรอนานก่อนพบแพทย์ (4)	15.7	1.07 - 3.57	<.05
15. การบริการสะดวก ** (1)	8.6	0.99 - 10.31	>.05
16. แพทย์รู้จักครอบครัว (5)	9.3	0.81 - 3.4	>.05
17. อธิบายการปฏิบัติให้มีสุขภาพดี (4)	7.5	0.75 - 2.5	>.05
18. ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ** (5)	-12.1	0.25 - 1.00	.05
19. สถานที่รอตรวจสะดวกสบาย (3)	-19.7	0.1 - 0.62	<.01

หมายเหตุ : ** หมายถึงลักษณะบริการ 5 ลำดับแรกที่ผู้ให้บริการให้ความสำคัญ

(1) หมายถึง ร้อยละความพอใจ ต่อบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ เท่ากับ 90-100

(2) หมายถึง ร้อยละความพอใจ ต่อบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ เท่ากับ 80 - 90

(3) หมายถึง ร้อยละความพอใจ ต่อบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ เท่ากับ 70 - 80

(4) หมายถึง ร้อยละความพอใจ ต่อบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ เท่ากับ 50 - 70

(5) หมายถึง ร้อยละความพอใจ ต่อบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ น้อยกว่า 50

ตารางที่ 18.1 ร้อยละของประชาชนที่ต้องการคุณลักษณะบริการสุขภาพลักษณะต่างๆ ทั้งหมด
(รวมสามอันดับ) จำแนกตามเพศและลักษณะพื้นที่ (แต่ละคนตอบได้มากกว่า 1 ลักษณะ) ในเขตเทศบาล
เมืองนครศรีอยุธยา

คุณลักษณะ ของบริการที่ต้องการ	0-พ.		0-บ.		1-บย.		2-บ1		2-บ2		2-อ.		3-พ.		3-บ.		รวม		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1. เฝ้า สะดวก ไว	45.8	42.9	46.0	46.2	32.4	34.7	54.0	43.1	44.0	59.5	44.4	45.9	14.3	15.4	46.2	32.7	43.2	41.2	41.9
2. ลักษณะผู้ให้บริการ																			
- บริการดี พุดเพราะ พุดดี	10.4	35.2	31.7	30.2	40.5	42.4	41.3	56.2	28.0	28.6	36.1	41.9	14.3	30.8	27.7	34.7	31.0	38.5	35.8
- ทัศนียภาพดี																			
- เป็นกันเอง คุ้นเคย ง่ายๆ	2.1	1.1	0.8	0.0	0.0	0.8	1.6	0.7	4.0	9.5	2.8	1.4	9.5	0.0	4.6	2.0	2.2	1.2	1.6
- เอาใจใส่คนไข้ดี กระตือรือร้น	8.3	18.7	8.7	6.1	8.1	11.9	9.5	15.3	12.0	14.3	11.1	12.2	0.0	7.7	4.6	5.1	8.1	10.9	9.9
- จนท.ให้ความกระจ่าง	2.1	6.6	3.2	3.8	0.0	1.7	1.6	7.3	0.0	2.4	0.0	2.7	4.8	5.1	1.5	2.0	1.7	4.1	3.2
- ให้คำแนะนำ																			
3. ประสิทธิภาพการรักษา																			
- รักษาดี รักษาหาย ดูแลดี	4.2	5.5	4.0	8.0	12.2	12.7	6.3	8.8	4.0	4.8	5.6	6.8	9.5	12.8	1.5	8.2	5.7	8.5	7.5
4. สถานที่ บริการและเครื่องมือ	6.3	3.3	5.6	4.2	8.2	1.6	3.2	5.8	16.0	9.5	5.6	1.4	4.8	7.7	4.6	4.1	6.1	3.2	4.9
- ได้มาตรฐาน																			
5. คุณลักษณะของหมอ: เก่ง	6.3	8.8	7.2	7.6	4.1	8.4	6.4	4.4	12.0	11.9	16.8	6.8	23.9	2.6	12.3	4.0	8.9	6.7	7.5
- มีความสามารถ มีหมดตลอด																			
6. ยาคดี	4.2	8.8	2.4	1.9	0.0	3.4	3.2	2.2	0.0	2.4	0.0	5.4	14.3	5.1	3.1	4.1	2.6	3.7	3.3
7. ราคาถูก ไม่แพง เป็นธรรม	6.3	11.0	11.1	6.2	9.6	10.1	0.0	5.1	12.0	19.0	13.9	15.0	4.8	7.7	4.6	13.2	8.1	9.2	8.8
- มีสิทธิรักษาฟรี																			
8. ใกล้บ้าน บริการตลอดเวลา	0.0	1.1	1.6	1.0	6.8	4.2	1.6	1.4	4.0	0.0	5.6	1.4	0.0	5.2	0.0	2.0	2.3	1.9	2.0
- ครบวงจร ใกล้ชิดมาถึงบ้าน																			
9. มีความเสมอภาค ตามคิว	0.0	1.1	0.8	1.9	5.4	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.1	1.1
จำนวนตัวอย่าง	48	91	126	212	74	118	63	137	25	42	36	74	21	39	65	98	458	811	1269

หมายเหตุ : มาตรฐานสถานที่และบริการ ได้แก่ ความสะอาด ปลอดภัย บริการได้มาตรฐาน มีเครื่องมือทันสมัย
ลักษณะหมอ ได้แก่ เก่ง มีความสามารถ ตรวจละเอียด มีหมดมาตรวจตลอด มาตรวจเร็ว
ราคาค่าใช้จ่าย ได้แก่ ถูก เป็นธรรม มีสิทธิรักษาฟรี พุดกันได้ดีถ้าไม่มีเงิน บริการโดยไม่สนใจค่ารักษา
เป็นบริการในเครือข่ายประกัน

ตาราง 18.2 ร้อยละของประชาชนที่มีความต้องการบริการแรกประเภทต่างๆ จำแนกตามพื้นที่
ในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

ประเภทบริการที่คิดถึง	พื้นที่																		รวม
	0-พ.		0-บ.		1-บย.		2-บ1		2-บ2		2-ช.		3-พ.		3-บ.		รวม		
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
คลินิก	38.7	45.2	33.3	37.0	8.2	20.3	22.6	33.1	20.8	35.0	11.1	30.1	9.5	23.1	12.9	22.1	18.8	30.2	26.2
รพ.รัฐในจังหวัด	12.9	15.1	31.3	19.8	20.5	22.9	27.4	21.1	33.3	25.0	27.8	24.7	33.3	33.3	29.0	31.6	26.3	23.5	24.5
ศูนย์แพทย์	0.0	1.4	2.1	6.2	37.0	29.7	12.9	21.1	16.7	7.5	25.0	32.9	23.8	17.9	25.8	27.4	19.6	19.8	19.7
รพ.เอกชนในจังหวัด	12.9	13.7	8.3	8.6	8.2	5.9	11.3	6.0	8.3	5.0	8.3	4.1	14.3	12.8	8.1	6.3	9.5	7.4	8.1
ชื้อยา	12.9	2.7	10.4	3.7	6.8	7.6	3.2	2.3	12.5	15.0	19.4	4.1	4.8	0.0	8.1	1.1	9.0	4.1	5.8
รพ.ที่ใกล้ที่สุด	12.9	4.1	2.1	7.4	8.2	1.7	3.2	3.8	4.2	7.5	0.0	2.7	4.8	5.1	6.5	5.3	5.3	4.3	4.7
แล้วแต่อาการของโรค	3.2	4.1	2.1	8.6	2.7	3.4	9.7	6.0	4.2	0.0	0.0	0.0	9.5	5.1	4.8	2.1	4.5	4.0	4.2
รพ.รัฐในกทม.	3.2	4.1	8.3	4.9	2.7	4.2	6.5	3.8	0.0	0.0	2.8	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	2.8	3.0
รพ.เอกชนในกทม.	3.2	8.2	0.0	1.2	1.4	3.4	0.0	0.8	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	2.6	4.8	1.1	1.4	2.3	2.0
หักผ่อนปรนให้หายเอง	0.0	0.0	2.1	1.2	1.4	0.8	1.6	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.8	0.8	0.8
สถานีนอนมัย	0.0	1.4	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.6	0.5	0.5
หมอพื้นบ้าน สมุนไพร	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.3	0.3	0.3
เทศบาล,สสจ.	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.2	0.3
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวนตัวอย่าง	31	73	48	81	73	118	62	133	24	40	36	73	21	39	62	95	357	652	1009

ตารางที่ 19.1 แสดงร้อยละของผู้ใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองอยุธยาต่อความเห็นเกี่ยวกับลักษณะบริการที่คิดว่าสำคัญมาก 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับคะแนนมากที่สุด-น้อยสุด)

ลักษณะบริการ	ศูนย์แพทย์ (%)					คะแนนรวม**
	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	อันดับ 4	อันดับ 5	
1. สถานที่บริการควรสะดวก	21	3	1	1	2	124
2. แพทย์สั่งยาดี	6	11	12	5	4	124
3. มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	10	12	6	0	1	117
4. แพทย์ตรวจร่างกายละเอียด	7	4	10	10	5	106
5. แพทย์ควรอธิบายปัญหาสุขภาพ	5	9	5	5	2	88
6. สามารถคุยกับแพทย์ได้ง่าย	8	3	5	7	3	84
7. สถานบริการมีห้องรอตรวจที่สะดวกสบาย	7	4	6	2	2	75
8. แพทย์อธิบายเรื่องฤทธิ์ของยา	1	3	2	8	7	46
9. แพทย์อธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวให้ทราบ	1	5	2	4	2	41
10. แพทย์คุยดีกับผู้ป่วยทุกคนไม่ว่ารวยหรือจน	2	2	3	4	6	41
11. แพทย์ให้ความสนใจผู้ป่วย	2	1	5	3	2	37
12. แพทย์อธิบายวิธีปฏิบัติตัวถ้าป่วยด้วยโรคนี้	4	0	2	1	3	31
13. แพทย์ผู้ตรวจควรเป็นคนที่รู้จักเรา	2	3	0	3	0	28
14. ไม่ต้องรอนานก่อนพบแพทย์	0	3	2	2	3	25
15. แพทย์มีเวลาฟังเรื่องของเรา	0	2	2	0	5	19
16. บรรยากาศการตรวจไม่รีบร้อนเกินไป	1	2	0	1	4	19
17. แพทย์รู้จัก/คุ้นเคยพื้นที่หรือชุมชนที่เราอาศัยอยู่	0	2	0	2	2	14
18. แพทย์ผู้ตรวจรู้จักครอบครัวเรา	0	1	1	2	1	12
19. แพทย์รู้ว่าเมื่อไรเราจะต้องไปตรวจกับแพทย์แผนกอื่น	0	0	1	0	1	4
20. ต้องตรวจที่โรงพยาบาลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	0	0	0	1	1	3
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	23	30	35	39	43	461
รวม	100	100	100	100	100	1500

หมายเหตุ: ** คะแนนรวมได้จากผลรวมอันดับที่ 1-5 โดยให้น้ำหนักอันดับ 1= 5 คะแนน

อันดับ 2= 4 คะแนน, อันดับ 3= 3 คะแนน, อันดับ 4= 2 คะแนน และอันดับ 5= 1 คะแนน

ตารางที่ 19.2 แสดงร้อยละของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาต่อความเห็นเกี่ยวกับลักษณะบริการที่คิดว่าสำคัญมาก 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับคะแนนมากที่สุด-น้อยสุด)

ลักษณะบริการ	ร.พ.อยุธยาตราการ (%)					
	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	อันดับ 4	อันดับ 5	คะแนน รวม**
1. สถานที่บริการควรสะดวก	28.5	4.4	3.2	0.6	1.3	172.2
2. แพทย์ตรวจร่างกายละเอียด	10.1	12.7	12.0	10.1	9.5	167.1
3. แพทย์ควรอธิบายปัญหาสุขภาพ	10.1	12.7	12.7	7.6	2.5	157.0
4. แพทย์สั่งยาดี	5.7	10.8	15.8	10.1	2.5	141.8
5. มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	5.1	9.5	5.1	2.5	1.3	84.8
6. สถานบริการมีห้องตรวจที่สะดวกสบาย	6.3	8.2	3.2	3.2	0.6	81.0
7. ไม่ต้องรอนานก่อนพบแพทย์	5.7	4.4	4.4	5.7	7.0	77.8
8. แพทย์อธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวให้ทราบ	1.9	4.4	3.8	5.7	5.7	55.7
9. สามารถคุยกับแพทย์ได้ง่าย	4.4	1.9	3.2	3.8	4.4	51.3
10. แพทย์มีเวลาฟังเรื่องของเรา	0.6	3.8	6.3	3.2	3.8	47.5
11. บรรยายการตรวจไม่รับร้อนเกินไป	1.9	3.8	0.0	3.2	7.0	38.0
12. แพทย์คุยดีกับผู้ป่วยทุกคนไม่ว่ารวยหรือจน	0.0	1.3	1.9	8.9	8.9	37.3
13. แพทย์ให้ความสนใจผู้ป่วย	1.3	1.3	3.8	4.4	2.5	34.2
14. แพทย์อธิบายเรื่องฤทธิ์ของยา	1.3	0.6	3.2	4.4	7.0	34.2
15. แพทย์อธิบายวิธีปฏิบัติตัวผู้ป่วยด้วยโรคนี้	1.9	0.0	1.9	3.8	1.3	24.1
16. แพทย์ผู้ตรวจควรเป็นคนที่รู้จักเรา	1.3	3.2	0.0	1.3	0.6	22.2
17. ต้องตรวจที่โรงพยาบาลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาสุขภาพ	0.6	0.6	0.0	0.6	5.1	12.0
18. แพทย์ผู้ตรวจรู้จักครอบครัวเรา	0.6	0.6	0.6	0.0	2.5	10.1
19. แพทย์รู้ว่าเมื่อไรเราจะต้องไปตรวจกับแพทย์แผนกอื่น	0.0	0.6	1.3	0.6	1.3	8.9
20. แพทย์รู้จัก/คุ้นเคยพื้นที่หรือชุมชนที่เราอาศัยอยู่	0.6	0.0	0.6	0.0	0.6	5.7
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	12.0	15.2	17.1	20.3	24.7	237.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	1500.0

หมายเหตุ: ** คะแนนรวมได้จากผลรวมอันดับที่ 1-5 โดยให้น้ำหนักอันดับ 1= 5 คะแนน

อันดับ 2= 4 คะแนน อันดับ 3= 3 คะแนน อันดับ 4= 2 คะแนน และอันดับ 5= 1 คะแนน

ตารางที่ 19.3 ร้อยละของเหตุผลที่เลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ ในขั้นตอนแรก
เขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

เหตุผล	วิธีการดูแลสุขภาพ										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. บริการรวดเร็ว สะดวก	4.1	27.5	2.3	12.5	25.9	48.2		13.7	36.1	8.3	14.3
2. อยู่ใกล้ เดินทางสะดวก	1.0	14.8	2.3	62.5	32.8	10.9		12.0	4.8	6.0	
3. เป็นเล็กน้อย	80.8	29.7	7.0	12.5	1.4	2.4				2.4	
4. ไม่ต้องการพบหมอ/ไม่ชอบใช้ยา	7.3	0.9			0.3						
5. ซื้อยาติดไว้ที่บ้านมียาอยู่แล้วกินแล้วหาย	3.6	15.3	16.3			0.7				7.1	
6. ทำแผล/เจาะเลือด ภายภาพ					0.3	0.7					
7. เป็นรพ./สถานพยาบาลในเครือข่ายประกัน	0.5		2.3		3.4	5.6		7.7	18.1	2.4	14.3
8. เบิกได้					2.1	0.4		10.9	4.8	2.4	
9. ราคาถูก		2.1	2.3		5.2	0.7		1.6			
10. รักษาฟรี		0.1	2.3		11.7	0.4	7.7	4.9		4.8	
11. ใกล้ที่เกิดเหตุ	0.5	0.5				0.9	15.4	3.3	1.2	8.3	14.3
12. มีคนรู้จักให้บริการหรือพาไป ลูก/ญาติพาไป /ญาติซื้อให้		3.3	4.7	12.5	2.1	4.9	38.5	7.1	3.6	21.4	14.3
13. มีคนแนะนำ/ญาติเคยไป/จากคำบอก กล่าวเพื่อนบ้าน		1.1	34.9		3.4	2.0		2.2	4.8	4.8	
14. มีความสามารถ/รักษาด้านนี้เฉพาะ		0.4	2.3			4.0		7.7	13.3	10.7	28.6
15. เคยไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล/ฝากครรภ์ พิเศษ								0.5			
16. เคยรักษามาก่อน/ไปบ่อย/รักษาเป็นประจำ		1.8	11.6		9.3	14.9	23.1	13.7	9.6	19.0	14.3
17. รักษาครั้งแรกแล้วยังไม่ดีขึ้น	0.5	1.2	11.6		1.0	0.4		1.6	2.4		
18. หมอนัด					0.7	0.2	7.7	5.5			
19. ฝากครรภ์พิเศษ						0.4		3.3			
20. ญาติอยู่รพ.		0.2					7.7			1.2	
21. งานยุ่ง/ไม่มีคนพาไป	0.5	0.1									
22. อาการหนัก จุกเงิน	1.0	0.6			0.3	1.1		4.4	1.2	1.2	
23. ต้องการพบหมอ มีเวลา						0.4					
24. ยากเกินไป						0.4					
25. คิดว่าเป็นโรคอื่น ๆ						0.0		0.5			
26. เอาตัวอย่างยากจาก รพ.มาซื้อที่ร้านขายยา		0.4				0.2					
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวนตัวอย่าง	193	822	43	8	290	450	13	183	83	84	7

หมายเหตุ: 1 = พักผ่อนปล่อยไว้ให้หายเอง 2 = ซื้อยากินเอง 3 = ใช้หมอพื้นบ้าน/สมุนไพร 4 = ไปสถานีนอนมาลัย 5 = ไปศูนย์แพทย์ชุมชน
6 = ไปคลินิก 7 = ไปรพ.อำเภอ 8 = ไปรพ.จังหวัด 9 = ไปรพ.เอกชนในอยุธยา 10 = ไปรพ.รัฐในกรุงเทพฯ/นอกอยุธยา
11 = ไปรพ.เอกชนในกรุงเทพฯ/นอกอยุธยา

ตารางที่ 20.1 อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลหรือบริการประเภทต่างๆ ในการเจ็บป่วย
2 ครั้งสุดท้ายในรอบ 3 เดือน จำแนกตามสิทธิ์/สวัสดิการรักษายาบาลของประชาชน (ร้อยละ)
ในกลุ่มที่อายุ 14 ปีขึ้นไป พื้นที่เทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

สิทธิ์/สวัสดิการฯ /วิธีรักษาพยาบาล	ไม่มีสิทธิ์	รายได้ น้อย	ผู้สูงอายุ	ราชการ+ ผ่านศึก	บัตรสุขภาพ ภาพ+อสม	ประกัน สังคม	ประกัน เอกชน	อื่นๆ	รวม ทั้งหมด
1. พักผ่อน	18.52	12.33	16.09	15.93	18.33	20.00	18.52	14.29	17.35
2. ซื้อยา	83.33	71.23	58.62	56.27	58.33	69.33	58.02	114.29	70.10
3. สมุนไพร/พื้นบ้าน	3.09	2.74	6.90	4.75	5.00	0.00	4.94	0.00	3.78
4. สถานเอนกามัย	0.62	2.74	0.00	1.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.69
5. ศูนย์แพทย์	14.20	53.42	47.13	22.71	50.00	10.67	8.64	28.57	22.59
6. คลินิก	41.36	20.55	21.84	34.92	26.67	56.00	55.56	28.57	38.06
7.รพ.อำเภอ	0.82	1.37	0.00	1.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.86
8. รพ. อยุธยา	9.67	17.81	27.59	25.42	21.67	10.67	2.47	0.00	15.64
9.รพ.เอกชน	5.35	1.37	2.30	7.46	3.33	10.67	22.22	14.29	6.87
10.รพ.รัฐ นอกจังหวัด.	4.94	5.48	2.30	12.54	1.67	5.33	8.64	0.00	6.79
11.รพ.เอกชนนอกจังหวัด.	0.41	0.00	1.15	0.68	0.00	2.67	0.00	0.00	0.60
12. เทศบาล	0.21	1.37	1.15	0.68	1.67	0.00	0.00	0.00	0.52
13. อื่นๆ	0.21	1.37	0.00	0.34	1.67	5.33	1.23	0.00	0.77
รวมผู้มีสิทธิ์ทั้งหมด (คน)	486	73	87	295	60	75	81	7	1164

ตารางที่ 20.2 สัดส่วนการไปใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพประเภทต่าง ๆ จำแนกตามพื้นที่ (แสดงค่าเป็นร้อยละของประชากรที่มีปัญหานั้นในแต่ละพื้นที่) กรณีผู้ที่อายุ 14 ปี ขึ้นไป

กลุ่มปัญหาสุขภาพ	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-บ.	1-บย.	2-บ1	2-บ2	2-อ.	3-พ.	3-บ.	
1. โรคเรื้อรังรักษาต่อเนื่อง	0.0	5.6	42.9	29.0	25.0	69.2	7.1	34.2	26.1
2. โรคทั่วไป/เจ็บป่วยเล็กน้อย	1.8	3.1	13.1	17.0	8.3	14.8	20.5	25.5	13.2
3. ระบบทางเดินหายใจ	0.0	3.4	12.0	15.9	15.2	32.7	25.0		12.2
4. ระบบทางเดินอาหาร	0.0	0.0	14.8	20.7	0.0	21.4	0.0		11.6
6. ไข้หวัด คออักเสบ		4.0	14.8	15.4	9.8	27.1	22.5	21.7	12.1

กรณีเด็ก (อายุ น้อยกว่า 14 ปี)

กลุ่มปัญหาสุขภาพ	พื้นที่								รวม
	0-พ.	0-บ.	1-บย.	2-บ1	2-บ2	2-อ.	3-พ.	3-บ.	
1. โรคทั่วไป/เจ็บป่วยเล็กน้อย	0.0	9.5	30.0	20.0	37.5	27.6	16.7	60.0	25.4
2. ระบบทางเดินอาหาร	0.0	0.0	0.0	33.3	40.0	28.6	37.5	37.5	31.7
3. ไข้หวัด คออักเสบ	1.5	6.5	33.0	24.2	28.1	27.6	38.9	49.2	24.1
4. รับวัคซีน	0.0	3.5	60.4	31.6	60.0	36.2	27.3	30.6	31.1

ภาคผนวก 3

**สรุปพัฒนาการการดำเนินงานเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว
(GP / FP)
ในช่วงระยะ 6 ปี (พ.ศ. 2535-2541)**

การดำเนินการทั้งหมดในงานศึกษาวิจัยและพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว นั้นมีทั้งส่วนที่เป็นการพัฒนางาน การประชุม แลกเปลี่ยนเผยแพร่ความคิด การศึกษาวิจัยเพื่อหาข้อมูลที่สำคัญ และการสรุปทบทวนการปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งสรุปเป็นระยะ หรือ ขั้นตอนการดำเนินงาน ในแต่ละปีได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อนึ่ง การดำเนินการพัฒนาบางส่วนได้เริ่มตั้งแต่ระยะที่เสนอโครงการวิจัยและพัฒนาต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และอยู่ในการพิจารณาโครงการฯ ทั้งนี้เพราะเป็นช่วงจังหวะที่จำเป็นและเหมาะสม ไม่สามารถรอได้ ก่อนที่จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปี๑ บิ.ย 35 – พ.ค.36

- แลกเปลี่ยนความคิด ในเรื่องความหมาย และค่านิยมของงานเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (GP/FP) ที่ควรเป็นในประเทศไทย
- หา Concensus เรื่อง Concept GP/ FP และการใช้ชื่อที่เหมาะสม ในกลุ่ม นักวิชาการในมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา
- วิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศไทย ทั้งที่เป็นปัจจัยเรื่องแนวคิด ความนิยมต่อการเป็นแพทย์เฉพาะทางในระดับที่มากเกินไปจนเกินไป คุณลักษณะการกำกับควบคุมจำนวนแพทย์เฉพาะทาง ศักดิ์ศรี และระบบค่าตอบแทนแพทย์ GP ที่ต่ำกว่า
- พยายามหาแนวทางการเผยแพร่แนวความคิดใหม่เรื่องการจัดระบบบริการสาธารณสุข และการจัดบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ด้วยการร่างหลักสูตรการฝึกอบรมให้แก่แพทย์ หรือผู้บริหารสาธารณสุข
- เสนอต่อแพทยสภาในการหามาตรการควบคุม กำกับจำนวนแพทย์เฉพาะทาง และการส่งเสริมสนับสนุนแพทยสภาเวชปฏิบัติทั่วไป ด้วยการหามาตรการจูงใจ และปรับพัฒนาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป

ปี ๒ ปี.ย.36- พ.ค.37

- **verify** ความเป็นไปได้ของแนวความคิด ค Gp/FP ในการปฏิบัติงานจริงในประเทศไทย และสร้างความยอมรับในหมู่นักวิชาการกลุ่มต่างๆ ด้วยการประชุม สัมมนา ศึกษาดูงาน
- นำเสนอความคิดและมาตรการให้แก่องค์กร กลุ่มที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย และด้านการศึกษา ด้วยการประชุม สัมมนา ศึกษาดูงานในพื้นที่ทดลองที่อยุธยา มีข้อเสนอเชิงนโยบาย
 - เสนอต่อ → สถาบันแพทยศาสตร์ศึกษา, มหาวิทยาลัย
 - แพทยสภา, สถาบันฝึกอบรม
 - กระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานให้บริการทางการแพทย์
 - ให้ Promote GP
 - ปรับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้เอื้อ
 - ปรับระบบค่าตอบแทน แรงจูงใจทางวิชาการ ความก้าวหน้าต่อแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
 - Control No. of specialists
- การพยายามเสนอมาตรการแก้ปัญหาเรื่องค่าตอบแทนแพทย์ ในยุคสมองไหล
 - มี Promote หมอโรงพยาบาลชุมชน ถึง C9
 - มีเงินค่าตอบแทนวิชาชีพเพิ่ม
 - การมีแผนงาน งบประมาณรองรับในกระทรวงสาธารณสุข
- เริ่มกระบวนการหาผู้สนใจในการทดลองพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ (field models) และเริ่มแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ อยุธยา นครราชสีมา ขอนแก่น นครสวรรค์ อุบลราชธานี
- เริ่มคิดค้นกระบวนการพัฒนากำลังคนที่เป็นทีมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และทีมให้บริการด้านแรก ในเขตเมือง และเขตชนบท (โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย)

ปี ๓ ปี.ย.37- พ.ค.38

- ดำเนินการศึกษาวิจัย และพัฒนารูปแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ 5 จังหวัด แก้ปัญหา ปรับมาตรการสนับสนุนที่จำเป็น รวมทั้งการเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการในพื้นที่อื่นๆ ที่สามารถนำประสบการณ์มาประยุกต์รวมได้ พร้อมกับการติดตาม กำกับผลงาน
- ดำเนินการพัฒนากำลังคนในการพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการด้านแรกในเขตพื้นที่เมือง และชนบท ต่อเนื่อง พร้อมกับการติดตามประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
- สรุปบทเรียนการทำงานพัฒนาระบบบริการ GPในพื้นที่ 5 จังหวัด และพื้นที่อื่นที่มีประสบการณ์การพัฒนาบริการในพื้นที่ขนาดใหญ่ รพ.นพรัตน์ กรุงเทพฯ ศรีสะเกษ
- พัฒนาชุดการประเมินผลบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว และดำเนินการเก็บข้อมูล

ปี ๔ บิ.ย.38 – พ.ค.39

- สรุปบทเรียนการพัฒนางานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการแลกเปลี่ยนความเห็นต่อการเสนอเชิงนโยบายในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้อง
- การเผยแพร่ ความคิด ประสพการณ์การพัฒนาศักยภาพปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ แก่ผู้สนใจ และผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข สภาพัฒนาฯ สำนักงานประมาณ สำนักก.พ.
- การ Move เข้าไปสู่แผนนโยบายระดับประเทศ เพื่อการคงอยู่ของระบบบริการในระยะยาว
 - แผนฯ 8
 - กรอบอัตรากำลัง กพ.
 - การปรับ Allocate เงินงบประมาณ
 - การเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อตอบคำถามระบบบริการเชิงนโยบาย

ปี ๕ บิ.ย.39- พ.ค.40

- ดำเนินการศึกษาวิจัย และเก็บข้อมูลที่จำเป็นในการนำเสนอเชิงนโยบาย ทั้งหมด 3 เรื่อง ในพื้นที่อยุธยา นครสวรรค์ ขอนแก่น หาดใหญ่
- ดำเนินการร่างรายละเอียด แผนงานเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อเสนอเข้าในแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับประเทศฉบับที่ 8 พร้อมกับการเสนอระบบกรอบอัตรากำลัง ระบบงบประมาณที่จะรองรับการพัฒนาบริการที่ต่อเนื่อง แผนปฏิบัติการในส่วนกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังเป็นข้อเสนอต่อการพัฒนาตามความสนใจ สมัครงใจ
- ชี้แจง ทำความเข้าใจกับบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนงานเวชปฏิบัติครอบครัว ในแผนฯ 8 และเตรียมการการดำเนินงานตามแผน
- ดำเนินการต่อเนื่อง ในด้านการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยพร้อมกับการสรุปบทเรียนการพัฒนาทัศนคติ และแนวความคิดในการให้บริการแบบองค์รวม ในพื้นที่ขอนแก่น อยุธยา ลพบุรี
- พัฒนา ปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป พร้อมกับเปลี่ยนชื่อสาขาเป็นเวชปฏิบัติครอบครัว เสนอต่อแพทยสภา

ปี ๖ บิ.ย.40 – พ.ค.41

- สรุปผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- จัดประชุม สัมมนา เพื่อดำเนินการให้แผนปฏิบัติการงานเวชปฏิบัติครอบครัว ดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย องค์การวิชาชีพ รวมทั้งการประสานงานกับต่างประเทศ

- พัฒนาแผนการพัฒนานุคลากรที่ต่อเนื่อง จัดทำเป็นชุดการพัฒนานุคลากรในด้านเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งดำเนินการฝึกอบรมตามแผน และดำเนินการติดตาม ประเมินผล
- ปรับแก้หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปจนเป็นที่ยอมรับ และเตรียมการพัฒนาสถาบันฝึกอบรม และบุคลากรที่จะเป็นผู้ฝึกอบรม
- พัฒนาเรื่องการประเมิน **Quality** ของงานเวชปฏิบัติทั่วไป หรือ **primary care** และการพัฒนา **Standard package of primary care**



การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ และ เสนอมาตรการสนับสนุนเชิงนโยบาย ในโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนากระบวนการบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

กระบวนการหนึ่งที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และพัฒนา คือกระบวนการประชุมอย่างต่อเนื่องเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หาข้อสรุปต่อความหมายของงานเวชปฏิบัติทั่วไปที่ควรจะเป็นในประเทศไทย แลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนางานด้านต่าง ๆ การระดมความคิดเห็นเพื่อเสนอมาตรการสนับสนุนการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป และการสังเคราะห์ประสบการณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ เพื่อสรุปเป็นความรู้ต่อเนื่องที่สนับสนุน และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป

กระบวนการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และระดมความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลในหน่วยงานระดับต่างๆ ทั้งที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้บริหารในพื้นที่ ผู้บริหารในส่วนกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องในส่วนสำนักงานประมาณ สำนักงานก.พ. อาจารย์ นักวิชาการในสถาบันการศึกษา และโรงเรียนแพทย์ เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เป็นการสร้างความเข้าใจระหว่างกัน ปรับแนวความคิดใหม่ และช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้กระบวนการพัฒนาระบบบริการคืบหน้าไปได้อย่างต่อเนื่อง และมีการปรับมาตรการ หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง ไปพร้อมกับการพัฒนาระบบบริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรและพัฒนาทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกันด้วย

ลำดับขั้นการประชุม และรายละเอียดของการประชุม สัมมนา และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง แสดงดังตาราง และมีเนื้อหาสรุปของการประชุม และเปลี่ยนดังนี้

ตาราง แสดงลำดับการประชุม สัมมนา และกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องในโครงการฯ

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม
มิ.ย. 35	■ ตั้งอนุกรรมการเฉพาะกิจ เรื่องแก้ปัญหา GP โดยแพทยสภา
2 ต.ค. 35, 14 ส.ค. 35	■ พุดคุยกับส่วน ร.ร. แพทย์ ในการพัฒนารูปแบบบริการและการศึกษาที่ เชียงใหม่, ขอนแก่น, สงขลา
24 พ.ย. 35	■ คุยกับ ร.ร. แพทย์ และผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศที่ โรงแรมเอเชีย (มีการเคลื่อนเรื่องตั้งสถาน GP ในธรรมชาติ และลงไปร่วมคิด พัฒนา)
16 มี.ค. 36	■ ระดมความเห็นต่อการพัฒนา GP ในไทย ที่ รามาฯ <ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดความหมาย GP ร่วมกัน ● มีข้อเสนอร่างหลักสูตร GP- แพทย์ ● เน้นพัฒนา Model ใน กระทรวงสาธารณสุข
7 เม.ย. 36	■ ประชุมที่ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน รามาฯ <ul style="list-style-type: none"> ● หลักสูตรฝึกอบรม จนท. (1 เดือน) ● เสนอให้พัฒนา Model ควบคู่ไปด้วย

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม
เม.ย. 36	■ มีการคิดพัฒนา Course อบรม ในทีมให้บริการด้านแรกในเขตเมือง+ชนบท
25 มิ.ย. 36	■ แลกเปลี่ยนรูปแบบ GP และ มาตรการสนับสนุน ที่ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน รามา ฯ
16 ก.ค. 36	■ แต่งตั้งกรรมการโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไปอย่าง เป็นทางการ
17-18 ส.ค. 36	■ สัมมนาย่อยเพื่อเตรียมการประชุมแพทยศาสตรศึกษา ที่อยุธยา <ul style="list-style-type: none"> • เสนอประเด็นความหมาย และรูปแบบ GP • ศึกษาดูงานพัฒนาบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ที่อยุธยา • มีการเสนอมาตรการต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง • มีการเสนอให้มีการควบคุมจำนวน Specialists ต่อแพทย์สภา
10 ก.ย. 36	■ ประชุมที่ศูนย์เวชศาสตร์ฯ รามา เพื่อเสนอ Model ขอนแก่น + วิจารย์
29 ก.ย. 36	■ ประชุมการดำเนินการพัฒนาศูนย์แพทย์เขตเมือง
30 ก.ย. 36	■ ประชุมกรรมการอำนวยการโครงการพัฒนา GP เขตเมือง โคราซ, ขอนแก่น, อยุธยา, นครสวรรค์, แผนเขตเมือง
16 พ.ย. 36	■ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ GP จากอังกฤษ คุยกับอาจารย์ และผู้บริหารคณะแพทยฯ รพ. รามาธิบดี
13 ม.ค. 37	■ ประชุมคณะกรรมการโครงการฯ เพื่อรายงานความก้าวหน้าของงาน โดยมี ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ซึ่งมีข้อสรุปเรื่องจัดสรรงบประมาณ และกำลังคนให้แก่ หน่วยทดลอง
14 ก.ย. 37	■ ประชุมเรื่องแนวทางพัฒนา GP ในประเทศไทย ที่ ร.ร. รัตนโกสินทร์ <ul style="list-style-type: none"> • เรื่อง Model development และ education • มีการวิจารณ์ Model + ให้ข้อเสนอแนะ
20 ต.ค. 37	■ มีการขออนุมัติจ่ายค่าตอบแทน GP 4,000 บาท
3 พ.ย. 37	■ แลกเปลี่ยน จุดดี/จุดด้อย ข้อเสนอเชิงนโยบาย
6-7 ก.พ. 38	■ ประชุมทีมคณะวิจัยที่ สสจ. อยุธยา
11 ก.พ. 38	■ ประชุมคณะทำงานโครงการวิจัยฯ ที่อยุธยาเพื่อติดตามดูความคืบหน้า และ วางขั้นตอน ต่อไป และพิจารณาชุดประเมินผล
4 มี.ค. 38	■ ประชุมคณะทำงานโครงการวิจัยฯ ที่อยุธยา เพื่อวางแนวทางการเชื่อมโยงกับ ระบบมหภาค และวางแนวทางการดำเนินงานต่อ
พ.ค. 38	■ ตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการวิจัย GP ใหม่ โดยมีนพ.มงคล ณ สงขลา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม
28 ก.ย. 38	<p>■ ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโครงการวิจัยฯ ชุดใหม่ ที่อยุธยา</p> <ul style="list-style-type: none"> • เสนอความคืบหน้าของแต่ละพื้นที่ • บทบาทการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ
2 พ.ย.38 และ 25 ธ.ค.38	ประชุมคณะทำงานเพื่อสร้างระบบบริการรองรับบริการเวชปฏิบัติทั่วไป /เวชปฏิบัติครอบครัว ที่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาเรื่องกรอบอัตรากำลังและงบประมาณที่รองรับงานศูนย์แพทย์ชุมชน
28-29 มี.ค.39	■ เสนอผลงานการพัฒนารูปแบบบริการในพื้นที่ต่างๆ ในการสัมมนาเพื่อปรับโฉมหน้าใหม่สถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจัดโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาค กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานประมาณ
9 เม.ย. 39	■ ประชุมสรุปการพัฒนางานเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว ใน รพศ./ รพท. ที่สำนักงานปลัดกระทรวง
พ.ค.- ต.ค.39	■ จัดทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ทักษะจิตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับการประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อศึกษาทัศนคติของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนต่องานเวชปฏิบัติครอบครัว
30 ก.ย. 39	■ ประชุมทีมงานวิจัยและวางแผนการจะจัดหาข้อมูลประกอบเชิงนโยบาย
3 ต.ค.39	■ ประชุมเตรียมการจัดทำแผนฯ 8 และรายละเอียดงานเวชปฏิบัติครอบครัวในแผนฯ 8
5 พ.ย.39	■ ประชุมชี้แจงผู้อำนวยการ รพศ./รพท. ทั่วประเทศ เรื่องแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ที่เปลี่ยนแปลงใหม่ ซึ่งมีงานเวชปฏิบัติครอบครัวเสนอในส่วนนี้ด้วย
ธ.ค 39 - พ.ย.40	■ ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสุรินทร์ราชรักษ์
ธ.ค.39 - ม.ค.41	■ ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่องพฤติกรรม ประสพการณ์ และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา และเทศบาลเมืองหาดใหญ่ และประเมินความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์แพทย์ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข
ธ.ค.39, ม.ค.- ก.พ. 40	■ ประชุมทีมงานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ รองรับในแผนพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8
27-28 มี.ค.40	■ สัมมนารับผิดชอบและผู้สนใจในการพัฒนางานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชน
31 มี.ค 40	■ จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการดำเนินการ และคณะทำงาน

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม
	พัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8
21 เม.ย.40	■ ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน และคณะทำงานพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8
พ.ค. 40	■ ประชุมคณะทำงานพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวฯ เพื่อเตรียมแผนการดำเนินงานเพื่อรองรับการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว
6-10 พ.ค.40	■ ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการฝึกอบรมบุคลากรในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ที่โรงแรมแกรนด์ไฮเทล จ.พระนครศรีอยุธยา ให้แก่ทีมวิทยากร
26 พ.ค.40	■ ประชุมต่อเนื่องจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการฝึกอบรมบุคลากรในงานเวชปฏิบัติครอบครัว
13 มิ.ย. 24 ก.ค., 3 ต.ค. 40	■ เตรียมความพร้อมของวิทยากร และจัดทำแผนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ให้แก่บุคลากรในรพช. และรพศ./รพท.
13-17 ต.ค.40 10-14 พ.ย.40	■ ฝึกอบรมทีมงานในรพช. และรพศ./รพท. ที่มีการดำเนินงานเวชปฏิบัติครอบครัว ในด้านทัศนคติ และแนวความคิดของการพัฒนางาน รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2
15-19 ธ.ค.40	■ อบรมหลักสูตรจิตวิทยาบุคคล และครอบครัว ให้แก่ทีมเดิมพร้อมกันทั้งหมด
23 ม.ค.41	■ อบรมเรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพโดย นพ. วิชัย โปษยจินดา ที่ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
12-13 ก.พ.41 16-17 ก.พ.41 18-19 ก.พ.41	■ ฝึกอบรมเรื่อง Holistic Approach in Family Medicine รุ่นที่ 1, 2, 3 โดย Prof. Howie, Dr. Maria และ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ให้ทีมปฏิบัติงานทีมเดิมใน รพช. และรพศ./รพท. รวม 22 แห่ง
เม.ย.-มิ.ย. 41	■ ติดตามนิเทศงานเวชปฏิบัติครอบครัวในพื้นที่
ก.ค. 41	■ มีแผนที่จะจัดประชุมเวทีวิชาการระหว่างพื้นที่ดำเนินงานทั้งหมด เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทเรียนการพัฒนางาน