

รายงานสรุป
การวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคกลาง

โดย

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สภากาพยาบาล

สิงหาคม 2543 – ตุลาคม 2544

1. ชื่อโครงการ	โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพพระคัมภีร์ปฐมภูมิ ในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนภาคกลาง
2. หน่วยงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. คณะนักวิจัย	

บทสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และสถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยการสำรวจความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง และการทำประชาพิจารณ์กับประชาคมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ประชาชน ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนี้

1. คำจำกัดความ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยผู้ประกอบวิชาชีพ

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่ มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. หลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน ควรมีลักษณะโดยรวม ดังนี้

2.1 จัดบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง และองค์รวม อย่างเสมอภาค

- ◆ มีการจัดบริการทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ในระบบเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน โดยบุคลากรทีมเดียวกันหรือทีมที่มีระบบการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด

- ◆ มีการจัดบริการที่มีชั่วโมงเน้นเฉพาะการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ แต่เป็นการจัดบริการเพื่อติดตามดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา
- ◆ มีการจัดบริการที่ตระหนักถึงมิติทางจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อ ควบคู่ไปกับมิติทางกาย
- ◆ มีการจัดบริการที่ไม่เลือกฐานะความเป็นอยู่ ประชาชนสามารถใช้บริการได้ โดยเท่าเทียมกัน อย่างเป็นธรรม

2.2 จัดบริการที่ครอบคลุมกลุ่มประชากร

- ◆ จัดบริการที่มีความรับผิดชอบต่อกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน

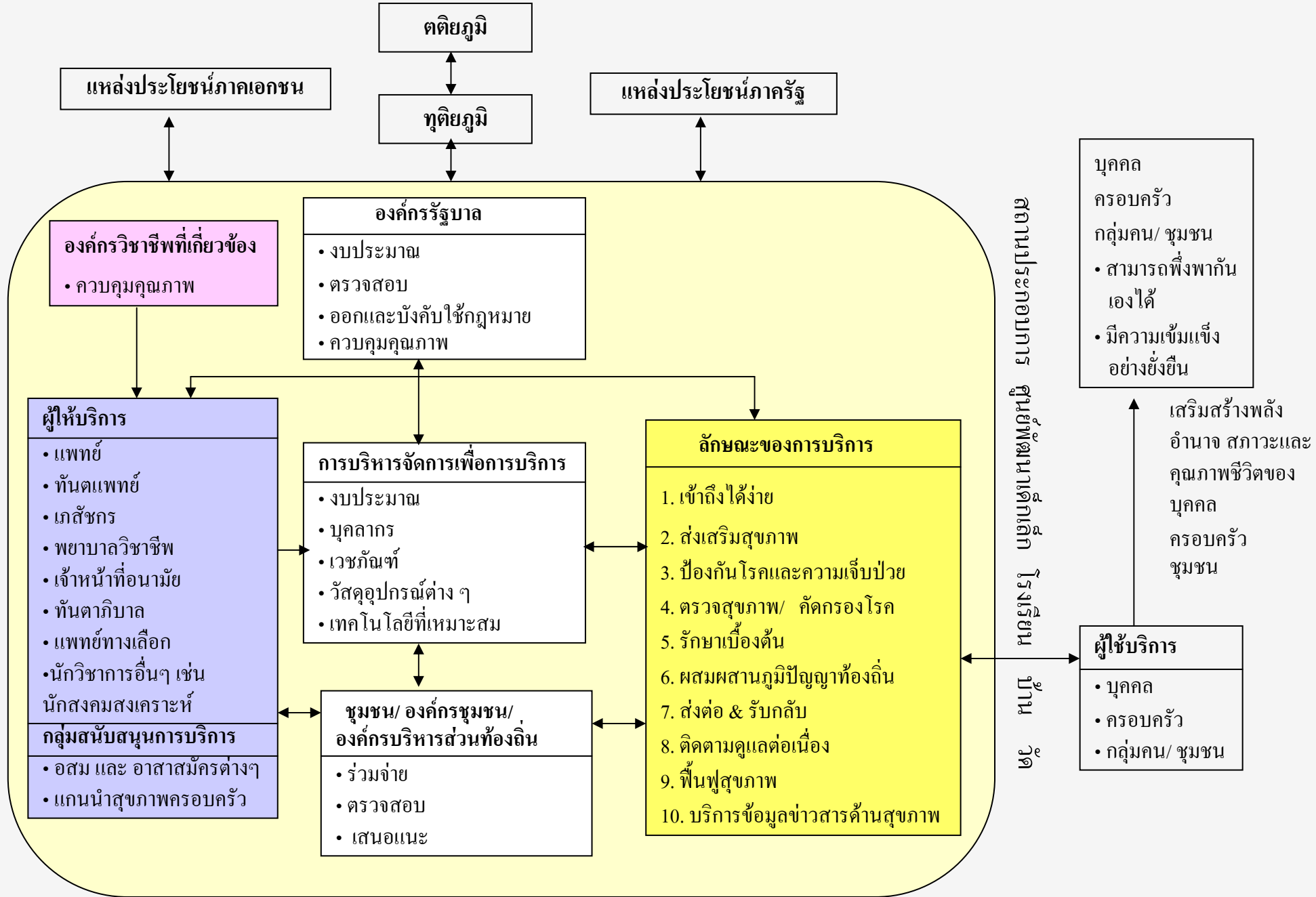
2.3 จัดบริการที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ

- ◆ มีระบบเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับสถานบริการอื่น ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายอย่างใกล้ชิด

3. รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เนื่องจากผลการสำรวจพบว่า สถานบริการสุขภาพที่ประชาชนในพื้นที่ศึกษาไปใช้บริการสุขภาพบ่อยที่สุด คือ สถานีอนามัย ร้านขายยา คลินิกเอกชน ตามลำดับ นอกจากนี้ประชาชนยังเสนอว่าน่าจะมีการเพิ่มศักยภาพของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้สามารถบริการสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะเข้าถึงได้สะดวกกว่า ควรมีบริการสุขภาพเคลื่อนที่ไปยังพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล และมีการบริการดูแลที่บ้านในรายที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ ส่วนโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนก็ควรจะเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ดีสำหรับเด็กวัยเรียนและก่อนวัยเรียนได้ หน่วยบริการสุขภาพของสถานประกอบการก็ถือว่าเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับกลุ่มคนทำงานได้ เพราะมีความรับผิดชอบโดยตรงและใกล้ชิดกับบุคคลกลุ่มนี้ นอกจากนี้ชุมชนอาจจะพัฒนาวัดซึ่งเป็นศูนย์รวมของประชาชนในชุมชนให้สามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เช่นกัน สถานบริการแต่ละแห่งดังกล่าวข้างต้นอาจจะให้บริการสุขภาพได้ในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสมรรถนะของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงาน ณ สถานที่นั้น ๆ ทั้งนี้ควรจะมีการจัดให้สถานบริการต่าง ๆ ที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนเป็นเครือข่ายมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนได้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4. “ข้อเสนอแนะ” เพื่อการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4.1 ระดับนโยบาย / รัฐบาล

- ◆ แก้ไขกฎหมายให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในด้านการให้การรักษาระเบียบ
- ◆ ให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- ◆ จัดสรรให้มีบุคลากรเป็นทีมสหวิทยาการให้เพียงพอ เหมาะสมกับปัญหาและประชากรในแต่ละพื้นที่
- ◆ จัดสรรสิ่งตอบแทนให้เหมาะสมกับความรับผิดชอบและภาระงาน
- ◆ พัฒนาระบบส่งต่อและรับกลับ (Referral System) ให้มี

ประสิทธิภาพ

- ◆ สร้างกลไกพัฒนาระบบเครือข่ายระหว่างองค์กรต่าง ๆ (Multi-Sectoral Network) ให้มีประสิทธิภาพ
- ◆ จัดให้มีระบบประกันคุณภาพของการบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- ◆ จัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น
- ◆ กระจายอำนาจบริหารจัดการงบประมาณลงสู่ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน

4.2 ชุมชน / องค์กรปกครองท้องถิ่น

- ◆ สร้างกลไก กระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- ◆ ใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการเสริมสร้างพลังอำนาจและความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม ให้ควบคู่ไปกับการพัฒนาสุขภาพ
- ◆ จัดระบบติดตาม ตรวจสอบคุณภาพ ของบริการสุขภาพและการบริหารจัดการด้านการเงิน

4.3 องค์กรวิชาชีพ

- ◆ กำหนดขอบเขตด้านการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับพยาบาลวิชาชีพให้ครอบคลุม ชัดเจนและสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของประชาชนในสภาพการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน

- ◆ ผลักดันให้รัฐบาลแก้ไขกฎหมายให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้อย่างอิสระภายในขอบเขตที่กำหนด
- ◆ สร้างกลไก ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

4.4 สถานศึกษา

- ◆ ปรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้เน้นการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น
- ◆ เสริมความรู้ และทักษะด้านการคัดกรองโรคและรักษาโรคเบื้องต้น
- ◆ เสริมทักษะทางด้านการเป็นผู้นำ และการบริหารจัดการ
- ◆ จัดให้มีหลักสูตรการศึกษา/การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาล
- ◆ มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง

คำนำ

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ได้มีการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้านอยู่ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และให้ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งก็ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อลดลง แต่กลับไปป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บใหม่ ๆ ตลอดจนถึงโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ระบบบริการที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกระดับอย่างทั่วถึง มีความไม่เท่าเทียมกัน ขาดความสมดุลในการจัดสรรบุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ และมีคุณภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนี้ จึงต้องการการปฏิรูปเพื่อให้ได้ระบบที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุม มีคุณภาพ เป็นระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์เหมาะสมกับคนไทยทั้งประเทศ พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการทำให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประสบความสำเร็จได้ส่วนหนึ่ง สภาการพยาบาลโดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยทำการศึกษาในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดำเนินการศึกษาในชุมชนภาคกลาง โดยได้ทำการศึกษาชุมชนเมืองกิ่งอุตสาหกรรม ชุมชนเมืองกิ่งชนบท และชุมชนชนบทเกษตรกรรม การวิจัยได้แบ่งการดำเนินการหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากศึกษารูปแบบของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอยู่ในปัจจุบันของภาคกลาง ต่อจากนั้นจึงเป็นการศึกษาความต้องการและความคาดหวังเกี่ยวกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษาภาคกลางทั้งโดยวิธีการเชิงคุณภาพและปริมาณ การสะท้อนความคิดของชุมชนเกี่ยวกับรูปแบบของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ การระดมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อสรุปหารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และทำประชาพิจารณ์กับตัวแทนกลุ่มประชาคมสุขภาพเพื่อร่างรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชนภาคกลาง และนำไปสู่การทดลองปฏิบัติต่อไป

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	ก
คำนำ	
บทที่ 1 สถานการณ์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: ทำไมต้องปฏิรูป	
1.1 สถานการณ์ของการบริการสุขภาพในประเทศไทย	1
1.2 ปัญหากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	7
1.3 อุปสรรคของการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ	8
1.4 ความจำเป็นที่ต้องมีการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	11
บทที่ 2 ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: อะไรที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง	
2.1 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน: ภาคกลาง	13
2.2 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน: พื้นที่ภาคกลางที่ศึกษา	15
2.3 ความต้องการด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง	25
บทที่ 3 รูปแบบของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน	
3.1 เป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	29
3.2 หลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต	30
3.3 ลักษณะของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต	31
3.4 ขอบเขตกิจกรรมของบริการ	32
3.5 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	33
3.6 กลไกในการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	36
บทที่ 4 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ	
4.1 การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว	39
4.2 การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย	39
4.3 สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเองช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้	40

4.4 ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และชุมชน	40
4.5 ส่งเสริมสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม	40
4.6 จัดระบบข้อมูลปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง	41
4.7 กำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรม	41
4.8 ประเมิน ตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	41
4.9 สร้างและพัฒนาทีมงานในการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	41
4.10 การวิจัยเบื้องต้น	42
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	
5.1 ผู้ให้บริการ	43
5.2 ประชาชนผู้ให้บริการ	44
5.3 ผู้นำชุมชน/องค์กรชุมชน	44
5.4 สถานที่ให้บริการ	44
5.5 บริการ	44
5.6 การบริหารจัดการ	45
5.7 การเงิน/งบประมาณ	46
5.8 การควบคุมคุณภาพ	46
แผนภูมิรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน	48
บรรณานุกรม	49

1 สถานการณ์ของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: ทำไมต้องปฏิรูป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน จากผลการสำรวจความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง และการทำประชาพิจารณ์กับประชาคมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ประชาชน ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม ได้นำมาซึ่งประเด็นและข้อเสนอเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพ

1.1 สถานการณ์ของการบริการสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการพัฒนาทางสาธารณสุขก้าวหน้าไปจากที่เป็นอยู่ในอดีตเป็นอย่างมาก เด็กทารกเกิดใหม่มีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โรคติดต่อต่างๆ ถูกควบคุมป้องกัน ในขณะที่หลายชนิดถูกกำจัดไป มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาแทนที่การแพทย์แผนไทย แนวคิดการบริการสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทยจึงมีรากฐานมาจากประเทศตะวันตก ซึ่งมีการบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีสถานบริการสุขภาพซึ่งมีศักยภาพต่างกันรับผิดชอบให้บริการในระดับต่างๆ เช่น ร้านขายยา สถานอนามัย คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล เป็นต้น

แต่เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนในการบริการระหว่างสถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และระดับที่สูงกว่า จึงนำมาซึ่งปัญหาการข้ามขั้นตอนในการบริการ เช่น ประชาชนไม่ค่อยเชื่อมั่นในบริการสุขภาพที่สถานอนามัยหรือสถานบริการระดับปฐมภูมิอื่นๆ จึงเดินทางมาใช้บริการที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาสุขภาพเบื้องต้นที่สามารถดูแลรักษาได้ที่สถานอนามัย หรือ สถานบริการระดับปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้าน ทำให้มีประชาชนเป็นจำนวนมากมารอใช้บริการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ และยังทำให้แพทย์ต้องตรวจรักษาอย่างเร่งรีบ การบริการที่ประชาชนได้รับจึงเน้นการรักษาโรค มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น และขาดการตระหนักถึงมิติความเป็นมนุษย์และมิติทางสังคม (ปรีดา แต่อารักษ์, 2543) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้นำมาซึ่งปัญหาในเรื่องคุณภาพของการบริการ นอกจากนี้การมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยไม่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเท่าที่ควร ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการบริการสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย

การเน้นการให้บริการสุขภาพที่เป็นเชิงรับนี้ ทำให้ประชาชนขาดการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งในการดูแลตนเอง ตลอดจนครอบครัว และชุมชน ไม่สามารถที่จะถ่วงถ่วง

ปัจจัยที่จะส่งผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ทำให้ขาดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสม ส่งผลให้ประชาชนป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้และโรคที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมมากขึ้น ตลอดจนไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือด้วยโรคเบื้องต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น ไม่มีการส่งเสริมและผสมผสานการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพและทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้น ซึ่งในปี 2543 ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทยสูงเกือบ 300,000 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายนี้เพิ่มขึ้นด้วยอัตรากว่าร้อยละ 10 เป็นเวลาต่อเนื่องมาหลายปี (ประเวศ วะสี, 2543) จึงเห็นได้ว่าระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังไม่ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและไม่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ตลอดจนไม่ได้รับการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

1.1.1 ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบบริการที่มีการจัดให้มีบริการหลายระดับ ทั้งโดยภาครัฐบาลและเอกชนตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

1.1.1.1 สถานบริการภาครัฐบาล

ในภาครัฐบาลมีสถานที่ให้บริการในระดับต่างๆ ดังนี้ สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล

สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตั้งอยู่ในตำบลที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 – 5,000 คน ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย ปัจจุบันมีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ทันตภิบาล (ในบางแห่ง) นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานอยู่ด้วย ให้บริการที่เน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน สถานีอนามัยขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่การดำเนินการของสถานีอนามัยอยู่ภายใต้กำหนดมาตรฐานการนิเทศงานและสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน ในปี 2541 ภาคกลางมีสถานีอนามัย 2,508 แห่ง จากจำนวน 9,689 แห่ง ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศครอบคลุมทุกตำบล มีอัตราส่วนสถานีอนามัยต่อประชากรเท่ากับ 1 : 3,554 ซึ่งดีกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศ ในขณะที่อัตราส่วนสถานีอนามัยต่อประชากรทั่วประเทศเท่ากับ 1 : 4,172

โรงพยาบาลชุมชน

เป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ ตั้งอยู่ในอำเภอหรือกิ่งอำเภอ ครอบคลุมประชากรมากกว่า 10,000 คนขึ้นไป มีบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงไปจนถึง 150 เตียง มีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนให้บริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ตลอดจนให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การบริการนั้นเน้นหนักทางด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานอนามัย และสถานบริการอื่นในระดับปฐมภูมิ ในปี พ.ศ. 2544 มีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ทั่วไป จำนวน 720 แห่งและในจำนวนนี้ 172 แห่งตั้งอยู่ในภาคกลาง (กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

เป็นสถานบริการในระดับตติยภูมิ ให้บริการที่เน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนกว่าโรงพยาบาลชุมชน และใช้เทคโนโลยีที่สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 – 500 เตียง มีแพทย์เฉพาะทางแต่ไม่ครบทุกสาขา ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง และมีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา โรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภทนั้นนอกจากจะบริการรักษาพยาบาล ยังมีการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนให้การดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2544 มีโรงพยาบาลอยู่ทั่วประเทศจำนวน 67 แห่ง อยู่ในภาคกลาง 25 แห่ง และมีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ทั่วประเทศ 25 แห่ง อยู่ในภาคกลาง 9 แห่ง

1.1.1.2 สถานบริการภาคเอกชน

ภาคเอกชนมีบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับเช่นกัน ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน สถานที่ให้บริการในระดับต่างๆ ในภาคเอกชนมีดังนี้

ร้านขายยา

ร้านขายยา มี 3 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจुเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย (ไม่ต้องมีเภสัชกรประจำ) และร้านขายยาแผนโบราณ ร้านขายยาแผนปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจुเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและร้านขายยาแผนโบราณกว่าร้อยละ 80 อยู่ในส่วนภูมิภาค (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

คลินิกเอกชน

มีการเพิ่มจำนวนของคลินิกโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค ในขณะที่มีการลดลงของจำนวนคลินิกในกรุงเทพมหานคร การลดลงของจำนวนคลินิกในกรุงเทพมหานคร อาจจะเป็นผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่นี้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มจำนวนและขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วตามการเติบโตทางเศรษฐกิจ กว่าครึ่งของโรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียงลงมา อีกประมาณหนึ่งในสี่เป็นโรงพยาบาลขนาดเกินกว่า 100 เตียง โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมีจำนวนเตียงเฉลี่ย 126 เตียง/แห่ง ในขณะที่ส่วนภูมิภาคมีขนาดเตียงเฉลี่ยเพียง 69 เตียง/แห่ง แต่หลังวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20-30 สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และลดลงกว่าร้อยละ 50 ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

จะเห็นได้ว่า สถานีนอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพซึ่งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและให้การรักษายาบาลเบื้องต้นที่กระจายอยู่ในทุกตำบล เป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และเป็นด่านแรกที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกที่สุด แต่เนื่องจากความซ้ำซ้อนในการให้บริการระหว่างสถานีนอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงกว่า ประชาชนจึงข้ามขั้นตอนในการใช้บริการ ความสำเร็จของประชาชนต่อบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลมากกว่าบริการสุขภาพที่สถานีนอนามัยด้วยเหตุผลหลายประการจึงเป็นปัญหาอย่างมากในการให้บริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ

1.1.2 ปัญหาระบบบริการสุขภาพ

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่สำคัญสามารถแบ่งได้ 5 ประเภท คือ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

1.1.2.1 ปัญหาความไม่เป็นธรรม

1.1.2.1.1 ความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร

ดังจะเห็นได้จากอัตราส่วนเตียงในโรงพยาบาลต่อประชากรและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากร ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกภาคแต่ยังมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันระหว่างกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค นอกจากนี้ความไม่เสมอภาคในการกระจายความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็ยังมีอยู่ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นก็ตาม

1.1.2.1.2 ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

ประชาชนในชนบทมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแตกต่างจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมือง ประชาชนในเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการในสถานบริการสุขภาพที่มีแพทย์สูงถึงร้อยละ 81 ส่วนประชาชนในชนบทมีโอกาสเข้าถึงบริการในสถานบริการสุขภาพที่มีแพทย์เพียง ร้อยละ 47.3 และพบว่า การพึ่งพาตนเองด้วยการซื้อยาจากร้านขายยาหรือรักษาตนเองของประชาชนในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองมาก (ร้อยละ 31.7 และ 17 ตามลำดับ)

1.1.2.1.3 ความไม่เป็นธรรมของสถานบริการสุขภาพ

ดังจะเห็นได้จากอัตราการตายของทารกซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพ อัตราการตายของทารกนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.85 เท่า จากการสำรวจแต่ละครั้งแสดงให้เห็นความแตกต่างที่เพิ่มมากขึ้นติดต่อกันมากกว่า 30 ปี

1.1.2.1.4 ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ประชาชนที่มีฐานะยากจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าประชาชนที่มีฐานะดีถึง 3.4 เท่า

1.1.2.2 ปัญหาประสิทธิภาพของบริการ

ประชาชนได้รับบริการสุขภาพด้านการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในปี พ.ศ. 2541 ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพกว่าร้อยละ 70 เพื่อดูแลสุขภาพส่วนบุคคลทั้งในและนอกโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายเมื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีน้อยกว่าร้อยละ 5 (สถิกร พงษ์พานิช และคณะ, 2541) และประชาชนได้รับบริการการรักษายาบาลที่ด้อยประสิทธิภาพ เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงแพทย์เฉพาะทาง ใช้เทคโนโลยีการรักษาอย่างไม่เหมาะสม ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

1.1.2.3 ปัญหาคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ

บริการรักษายาบาลยังมีปัญหาในเรื่องของมาตรฐานและคุณภาพ เพราะขาดระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพ สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการรับรองคุณภาพของการให้บริการ ขาดการให้บริการแบบองค์รวม การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินยังทำได้ไม่รวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และสิ่งที่ผู้ให้บริการไม่พึงพอใจมากที่สุดคือ กริยาท่าทางและความล่าช้าในการให้บริการ

1.1.2.4 ปัญหาการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉิน

ยังขาดระบบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้เป็นไปด้วยความล่าช้าโดยเฉพาะในเขตชนบทที่ห่างไกลโรงพยาบาล เช่น หากเกิดในยามวิกาลหรือนอกเวลาบริการ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถไปใช้บริการได้ที่สถานีนามัย (ที่ไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่เวร) ต้องเดินทางไกลมารับบริการที่โรงพยาบาล หรือในกรณีที่มีเจ้าหน้าที่อยู่เวรแต่ผู้ป่วยมีอาการหนักก็ไม่สามารถให้การรักษายาบาลได้ ก็ต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลทำให้การดูแลผู้ป่วยต้องล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น

1.1.2.5 ปัญหาความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

สถิติจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพแม้ว่าจะไม่สอดคล้องกันนัก แต่ข้อมูลจากหลายแหล่งบ่งชี้ว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2541 ประเทศไทยมีผู้ไร้หลักประกันสุขภาพที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบสวัสดิการสุขภาพหรือระบบประกันสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนอยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 31

นอกเหนือจากปัญหาเรื่องความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนแล้ว ระบบสวัสดิการสุขภาพและการประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันด้วย ทำให้มาตรฐานของบริการสุขภาพแตกต่างกันไป ความแตกต่างกันดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรม (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) คุณภาพ (Quality) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) และการคุ้มครองผู้บริโภคของระบบสุขภาพ (consumer protection) อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยตามรัฐธรรมนูญ การมีระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้การบริหารจัดการเกิดความยุ่งยากและซับซ้อน ขาดความชัดเจนในการติดตามองค์ประกอบของต้นทุนการบริการ รวมทั้งการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพหลายระบบไม่ส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ ในปัจจุบันมีมาตรฐานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนอย่างไม่เท่าเทียม ประชาชนขาดข้อมูลด้านคุณภาพ ไม่สามารถเลือกซื้อหาบริการที่ดีได้ ยิ่งไปกว่านั้นระบบยังไม่ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้มากเท่าที่ควร มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงาน กลไกเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภายใต้ระบบต่างๆ ยังมีข้อจำกัดและขาดความชัดเจน ไม่มีกระบวนการตรวจประเมินด้านคุณภาพที่เป็นรูปธรรม ยกเว้นแต่ระบบประกันสังคมที่มีการ

กำหนดและตรวจมาตรฐานของสถานพยาบาล และการร้องเรียนของผู้ประกันตน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

1.2 ปัญหาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1.2.1 ปัญหาด้านโครงสร้าง

1.2.1.1 พื้นที่เขตชนบท

ในพื้นที่เขตชนบท มีสถานื่อนามัยให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในระดับตำบล โดยบริการครอบคลุมประชากร ประมาณ 1,000 – 5,000 คน ในขณะที่เดียวกันก็มีโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิให้บริการในระดับอำเภอ ครอบคลุมประชากรมากกว่า 100,000 คน เนื่องจากประชาชนให้ความสำคัญต่อสถานื่อนามัยน้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชน เพราะมียาและอุปกรณ์น้อย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถจำกัด และไม่สามารถให้บริการได้ตอนกลางคืนและวันหยุด เมื่อบริการไม่มีคุณภาพทัดเทียมโรงพยาบาลชุมชน ประชาชนจึงมีการข้ามมาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพเบื้องต้นที่สามารถดูแลรักษาที่ดีที่สถานื่อนามัย (โยธิน แสงวดีและคณะ, 2543)

1.2.1.2 พื้นที่เขตเมือง

ในพื้นที่เขตเมือง มีศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและสถานื่อนามัยในเขตเมือง ซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอและไม่เข้มแข็ง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนควบคู่ไปกับโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ มีการใช้แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและใช้เทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพตลอดจนมีร้านขายยาและคลินิกเอกชนด้วย ประชาชนมักจะข้ามขั้นตอนไปใช้บริการกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนโดยไม่จำเป็น ประชาชนอีกจำนวนหนึ่งก็ไปใช้บริการที่ร้านขายยา ด้วยเหตุผลเพราะสะดวกกว่า โดยที่บริการที่คลินิกเอกชนและร้านขายยาไม่มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ (ปรีดา แต้อารักษ์และคณะ, 2543)

1.2.2 ปัญหาความซ้ำซ้อนในบทบาทการบริการของสถานบริการ

มีความซ้ำซ้อนในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ของสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ เช่น มีการให้บริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับที่โรงพยาบาล ซึ่งต้องให้บริการครอบคลุมประชากรจำนวนมากในระดับอำเภอ / จังหวัด จึงเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถบริการระดับปฐมภูมิได้ครอบคลุมทั่วถึง ผสมผสานและต่อเนื่อง ขณะเดียวกันจำนวนผู้ให้บริการจำนวนมากก็เป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลรักษาแบบองค์รวม ยิ่งไปกว่านั้น ความ

ซ้ำซ้อนในการให้บริการสุขภาพก่อให้เกิดการแข่งขันของสถานบริการในแต่ละระดับมากกว่าที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน (ปรีดา แต่อาวัรักษ์ และคณะ, 2543)

1.2.3 ปัญหาความขาดแคลนผู้ให้บริการที่มีศักยภาพ

เนื่องจากมีจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอที่จะลงมาปฏิบัติงานประจำที่สถานือนามัยซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงมีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งมีพื้นฐานความรู้ ระดับประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ มาประจำการอยู่ที่สถานือนามัย แม้จะเคยมีการพยายามส่งพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานที่สถานือนามัยในช่วงต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 แต่เนื่องจากขาดตำแหน่งตามกรอบอัตรากำลัง จึงไม่สามารถทำได้สำเร็จ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539)

1.2.4 ปัญหาประสิทธิภาพในการใช้จ่ายทางสุขภาพ

การใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพพอ อาจเนื่องมาจากการเน้นการรักษาพยาบาลซึ่งให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งมีการให้ความสำคัญกับบริการการแพทย์เฉพาะทางมากกว่าบริการขั้นพื้นฐานทั่วไป ตลอดจนขาดกลไกที่มีมาตรฐานและเป็นธรรมในการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (ทัศนาศา บุญทอง, 2543)

1.3 อุปสรรคของการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ

1.3.1 การให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดให้สถานือนามัยมีหน้าที่ในการควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านการรักษาพยาบาล แต่เนื่องจากเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วความต้องการอันดับแรกของประชาชนที่เป็น Felt Need คือต้องการรักษาพยาบาลให้หายจากโรค ดังนั้นในการแสวงหาบริการ (Seek care) ของประชาชนจะให้ความสำคัญต่อด้านการรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรก แต่เนื่องจากสถานือนามัยมีบทบาทหน้าที่หลักที่เน้นไปในการควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งถือว่าเป็น Normative need บทบาทของสถานือนามัยจึงไม่ตอบสนองต่ออุปสงค์ของผู้ใช้บริการ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ, 2539)

สถานือนามัยที่มีผู้ป่วยมารับบริการรักษาพยาบาลมากกว่างานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการทำงานด้านการรักษาพยาบาล และได้รับคำยกย่องจากประชาชน ตลอดจนจากผู้บังคับบัญชาว่าเป็นสถานือนามัยที่มีผลการ

ปฏิบัติงานดี (ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, 2529) เหตุผลอีกประการหนึ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในการรักษาพยาบาลมากกว่างานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็เพราะการปฏิบัติงานด้านนี้มีความสะดวกสบาย มีเครื่องมือครบกว่า และรู้สึกว่าได้ใช้ความรู้ความสามารถมากกว่า แม้ว่าจะรับรู้บทบาทตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เน้นหนักงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ การให้การรักษาพยาบาลเป็นเครื่องมือสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธาของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการที่สถานีนานมากยิ่งขึ้น (สุเมธ ทิพย์ชาติ, 2533) สถานีนานมายิ่งให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (โสภณ ยุติธรรมและคณะ, 2536)

1.3.2 กำลังคนไม่เพียงพอ

ปัจจุบันมีกำลังคนเฉลี่ยสถานีนานมายละ 3 คน ทั้งๆ ที่กรอบอัตรากำลังขั้นต่ำกว่าที่กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนานมายละ 3-5 คน ซึ่งแสดงว่ามีกำลังคนไม่เพียงพอ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ, 2539) ในขณะที่มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ (สนอง นนทรัตน์, 2538)

ถึงแม้ว่าเป้าหมายการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานีนานมายเป็นทั้งเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน และเชิงรับในสถานี การเยี่ยมบ้านจึงถือได้ว่าเป็นการทำงานเชิงรุกที่สำคัญของสถานีนานมาย แต่เนื่องจากมีกำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ จึงมีการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวกลางระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น ปัญหาในทางปฏิบัติคือคุณภาพและศักยภาพของ อสม. นอกจากนี้การมี อสม. เป็นตัวกลางได้ถูกเปลี่ยนไปเป็นผู้ทำงานแทน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ต้องลงไปทำงานในชุมชน อาทิ เช่น สำนวจบ้าน ชั่งน้ำหนักเด็ก ติดตามหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ หรือวางแผนครอบครัวในชุมชนด้วยตนเอง เพียงแต่คอยเก็บเกี่ยวผลงานจาก อสม. จึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคยและเกิดความห่างเหินจากประชาชนและชุมชน (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, 2539)

1.3.3 ผู้ให้บริการยังไม่มีศักยภาพเพียงพอ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีนานมายมีภาระงานและบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ นอกจากนี้ งานในรับผิดชอบก็มีความหลากหลายมาก จำเป็นต้องอาศัยความสามารถหลายๆ ด้าน เจ้าหน้าที่ที่มีความลำบากใจในการปฏิบัติงานหลายอย่าง เช่น งานพัฒนาชนบท งานรักษาพยาบาล เพราะประชาชนคาดหวังในตัวเจ้าหน้าที่สูง (สนอง นนทรัตน์, 2538)

การที่เจ้าหน้าที่มีหน้าที่ทั้งบริการสุขภาพในสถานีนามัยและต้องมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนด้วย ดังนั้น นอกจากจะต้องมีความรู้ในด้านสาธารณสุขแล้ว ยังจำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา เพื่อใช้ในการพัฒนาชุมชนอีกด้วย เพราะจะต้องมีความเข้าใจถึงองค์ประกอบต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจากการศึกษาเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ และผลการปฏิบัติงาน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เฉลี่ยในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีทักษะในการทำงานต่างๆ ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ และมีทักษะในการสนับสนุนช่วยเหลือชุมชนน้อยที่สุด (บุปผา ศิริวิศรีและบุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2531)

1.3.4 ภาระงานในการทำรายงานมีมากเกินไป

เนื่องจากมีแบบรายงานมากเกินไป รายละเอียดข้อมูลมีมากและซ้ำซ้อน แบบฟอร์มทำรายงานไม่เป็นระเบียบ ยุ่งยาก และไม่เหมาะสม ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลากับการทำรายงานค่อนข้างมาก (สนอง นนทรรัตน์, 2538)

1.3.5 ขาดความศรัทธาจากประชาชน / ขาดความร่วมมือจากชุมชน

การที่มีประชาชนส่วนหนึ่งไม่ใช้บริการที่สถานีนามัย นอกจากจะเป็นเพราะอุปสรรคในการเดินทางแล้ว ยังเป็นเพราะคุณภาพบริการไม่ดีพอ มียาและอุปกรณ์จำกัด ไม่สามารถให้บริการได้ตอนกลางคืนและวันหยุด (โยธิน แสงดีและคณะ, 2543) สัมพันธภาพไม่ดีระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ การไม่เอาใจใส่ ไม่กระตือรือร้นและมีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีของเจ้าหน้าที่เป็นอุปสรรคต่อการยอมรับของประชาชน มีความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นองค์ประกอบรองลงมาที่มีอิทธิพลต่อการมาใช้บริการของประชาชน (โสภณ ยุติธรรม, 2536)

นอกจากนี้ การสั่งแผนงานและนโยบายจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาคทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น เป้าหมายการทำงานที่ถูกกำหนดจากส่วนกลางไม่สามารถปฏิบัติได้จริงในบางพื้นที่ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายนั้นๆ (บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์และคณะ, 2539) และไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคอีกประการหนึ่งต่อการสร้างศรัทธาของประชาชนต่อการบริการที่สถานีนามัย และเป็นอุปสรรคต่อการที่จะได้รับความร่วมมือจากชุมชน ทำให้การบริการสุขภาพเชิงรุกทำได้ยาก

1.3.6 พื้นที่ในความครอบคลุมกว้างมาก/ภูมิศาสตร์ไม่เอื้ออำนวย / การคมนาคมไม่สะดวก

สถานีนามัยที่มีพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมบริเวณกว้างมาก ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ไม่เอื้ออำนวย และ/หรือ มีการคมนาคมไม่สะดวก ก็จะเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของ

ประชาชน นอกจากจะเป็นอุปสรรคในการบริการเชิงรับแล้ว ยังเป็นอุปสรรคในการบริการสุขภาพ ทั้งเชิงรุกอีกด้วย

1.3.7 ความซ้ำซ้อนและไม่ชัดเจนของระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยซึ่งบริการสุขภาพในแนวหน้า (first line service) ในชุมชนมีบทบาทซ้ำซ้อนกันอยู่หลายประการ (ปรีดา แต่อาลักษณ์และคณะ, 2543) การพิจารณาการจัดบริการสาธารณสุขในระดับนี้ จึงไม่ควรยึดหน่วยงาน ควรใช้งานหรือคนเป็นตัวตั้ง แล้วพิจารณาต่อไปว่า ควรให้บริการอะไร ใครเป็นผู้ที่เหมาะสมจะให้บริการนั้น และจะให้บริการที่ไหน (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2537) เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้นในทางปฏิบัติ

1.4 ความจำเป็นที่ต้องมีการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เมื่อประชาชนยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการบริการที่ไม่เป็นธรรมเนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีคุณภาพ และไม่มีประสิทธิภาพพอ ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและดูแลกันเองในครอบครัวน้อย มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งๆ ที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดสิทธิในการได้รับการบริการสุขภาพของประชาชนไว้ในหลายมาตรา

โดยเฉพาะในมาตรา 52 ซึ่งได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย... การบริการของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้าถึงง่ายให้บริการอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม จะช่วยให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถใช้สิทธิที่มีได้ตามรัฐธรรมนูญ ในการเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค และเท่าเทียม เพื่อรับการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถกลั่นกรองปัจจัยที่จะส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือด้วยโรคเบื้องต้น รวมทั้งสามารถประเมินภาวะของความเจ็บป่วยในระดับที่ไม่สามารถดูแลได้เอง และจำเป็นต้องได้รับการรักษา

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นระบบบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนมากที่สุด จึงเอื้อให้ประชาชนได้รับสิทธิที่กำหนดไว้ตามรัฐธรรมนูญ รวมทั้งสามารถที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีอยู่หลากหลายได้ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วางแผน และติดตามตรวจสอบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะที่เป็นการบริการเชิงรุก จะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือถ้าเจ็บป่วยก็สามารถฟื้นหายได้เร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้จะเป็นจุดเชื่อมที่สำคัญระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพระดับสูงกว่า หากสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สามารถดูแลประชาชนอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม ทัวถึง และมีระบบเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพ ก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งภาคประชาชนและภาครัฐได้ ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีคำจำกัดความดังนี้

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการจัดบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยผู้ประกอบวิชาชีพ

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้กับประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในทุกภาวะของสุขภาพ ตั้งแต่ มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ และการส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2 ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : อะไรที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

2.1 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน: ภาคกลาง

2.1.1 ภูมิประเทศ

ภูมิประเทศของภาคกลางส่วนกลาง มีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มซึ่งเหมาะแก่การทำนา และเพาะปลูก สภาพพื้นที่ของภูมิภาคนี้อาจจำแนกได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนหนึ่งเป็นที่ราบมีความสมบูรณ์น้อยกว่าจังหวัดใกล้เคียง พื้นที่ส่วนนี้ได้เปลี่ยนไปเป็นที่ตั้งโรงงานอุตสาหกรรม การเกษตรและนอกการเกษตร ทำให้เกิดการขยายตัวกลายเป็นลักษณะเมืองในบางส่วน ส่วนที่สอง เป็นราบลุ่ม มีความอุดมสมบูรณ์ และอยู่ในเขตชลประทาน ดังนั้น พื้นที่ส่วนนี้จึงใช้ไปในการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ ส่วนที่สามเป็นพื้นที่ราบสลับที่ดอน เป็นแหล่งอุตสาหกรรมที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ การปล่อยของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรมจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดมลภาวะทั้งทางน้ำและทางอากาศ นอกจากนี้ยังมีมลภาวะทางเสียงจากเครื่องจักรที่ใช้ในอุตสาหกรรมอีกด้วย ซึ่งปัญหามลภาวะต่างๆ มีความรุนแรงมากกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศ

2.1.2 ประชากรและลักษณะประชากร

ภาคกลางมีประชากรทั้งสิ้น 14,310,861 คน (สถิติสาธารณสุข, 2542) เป็นพื้นที่ที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรมากเป็นอันดับสองรองจากกรุงเทพมหานคร คือประมาณร้อยละ 24.2 เนื่องจากมีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในแหล่งอุตสาหกรรมของภาคกลางซึ่งเป็นแหล่งจ้างงานที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15 – 29 ปี จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรรวมของแต่ละเขตทุกพื้นที่ในภาคกลางเพิ่มขึ้น ประชากรส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยทำงาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และภาคเกษตรกรรม สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มวัยทำงานจะส่งผลดีต่อการผลิตและการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ในปี 2537 ประชากรภาคกลางส่วนกลางมีรายได้ต่อหัว 57,022 บาท ต่อคน ต่อปี คิดเป็นอันดับ 3 รองจากกรุงเทพฯและปริมณฑล และภาคตะวันออก แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโครงสร้างของประชากรในกลุ่มวัยสูงอายุแล้ว พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเช่นกันซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.1.3 อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากรในปี 2540 สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรทั่วประเทศเท่ากับ 1 : 3,649 โดยที่ในภาคกลางมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1 : 4,506 และในขณะที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในภาคกลางเท่ากับ 1 : 1,004 แต่สัดส่วนในภาพรวมของประเทศเท่ากับ 1 : 1,073 ส่วนสัดส่วนของทันตแพทย์และเภสัชกรต่อประชากรในภาคกลางสูงกว่าสัดส่วนของทั้งประเทศ

ในปี 2542 ประเทศไทยมีสถานเอนามัย 9,689 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานเอนามัยทั่วประเทศ 30,633 คน เฉลี่ยสถานเอนามัยละ 3.2 คน โดยสัดส่วนของเจ้าหน้าที่เอนามัยต่อประชากรของประเทศเท่ากับ 1 : 1,282 แต่ในภาคกลางมีสัดส่วนเท่ากับ 1 : 998 ซึ่งมีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อยกว่าภาคอื่นๆ สำหรับบริการผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนเตียงทั่วประเทศเท่ากับ 132,405 เตียง คิดเป็นสัดส่วนของประชากรต่อเตียงเท่ากับ 1 : 457 ในขณะที่ในภาคกลางเท่ากับ 1 : 374 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ดีที่สุทธองจากกรุงเทพฯ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

2.1.4 สถานการณ์สุขภาพของประชาชน

เนื่องจากผลของความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ทำให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมของประชาชนในภาคกลางเปลี่ยนไป เช่น มีความเครียดเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ออกกำลังกายน้อยลง เมื่อมีการพัฒนาทางด้านการคมนาคมควบคู่ไปกับพัฒนาเศรษฐกิจ ประชาชนมีพฤติกรรมในการใช้รถยนต์ยานพาหนะเปลี่ยนไป ทั้งหมดนี้จึงทำให้แนวโน้มสาเหตุการตายของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากที่เคยมีโรคติดต่อเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในปัจจุบันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมได้เพิ่มความรุนแรงขึ้นและกลายมาเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญประการหนึ่ง สาเหตุการตายอันดับแรกคือ โรคมะเร็งต่างๆ ตามมาด้วยโรคหัวใจ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตายถูกฆ่าตาย และหลอดเลือดในสมอง (ตามด้วยปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด ไตอักเสบ กลุ่มอาการไตพิการและไตพิการ โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน และวัณโรค ตามลำดับ) ส่วนสาเหตุการตายของประชาชนในภาคกลาง อันดับ 1 คือ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ตามด้วยโรคหัวใจ มะเร็งทุกชนิด ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่แตกต่างจากอันดับสาเหตุการตายของประเทศมากนัก

ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาจากอัตราป่วยของผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มโรคพบว่า สาเหตุของการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกคือ โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมทั้งโรคในช่องปาก โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และโรคติดต่อและปรสิต ตามลำดับ โดยที่สาเหตุการป่วยอันดับอื่นมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ.

2537 ถึง 2541 โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น โรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และกลุ่มระบบไหลเวียนเลือด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนสาเหตุการป่วยในกลุ่มผู้ป่วยใน พบว่า อันดับแรกยังคงเป็นโรคติดเชื้ออื่นๆ ของลำไส้ โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคอื่นๆ ของระบบย่อยอาหารและโรคปอดอักเสบ แนวโน้มของโรคที่เพิ่มขึ้นคือ โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยส่วนบุคคล และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะกลุ่มโรคติดเชื้ออื่นๆ ของลำไส้ โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ โรคการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนต้น เช่นเดียวกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดำรงชีวิต ได้แก่ กลุ่มโรคระบบย่อยอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์และอุบัติเหตุอื่นๆ (สถิติสาธารณสุข, 2541)

จากรายงานอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) ที่มาใช้บริการที่สถานบริการ สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2541 พบว่าสาเหตุการป่วยของประชาชนในภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร 10 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งเท่ากับโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อผิวหนัง โรคติดเชื้อและปรสิต โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และจากรายงานอัตราผู้ป่วยในตามสาเหตุการป่วยสำคัญของประชากรในภาคกลางจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเรียงตามลำดับ ดังนี้ โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้ โรคระบบหายใจส่วนบน อุบัติเหตุ โรคระบบย่อยอาหาร โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอักเสบ และโรคติดเชื้อ & ปรสิตอื่นๆ

2.2 ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน: พื้นที่ภาคกลางที่ศึกษา

ปัญหาและความต้องการของประชาชนที่นำมารายงานในครั้งนี้ได้มาจากการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนใน 3 ชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 512 ครัวเรือน (2,122 คน) และจากการทำสนทนากลุ่มกับประชาชน (ที่มีสุขภาพดี ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากชุมชนละ 1 กลุ่ม) จำนวน 9 กลุ่ม ผู้นำชุมชน(ชุมชนละ 1 กลุ่ม) จำนวน 3 กลุ่ม และผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพจากสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าสถานีอนามัย และตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา) จำนวน 1 กลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวน 13 กลุ่ม

2.2.1 พื้นที่ศึกษา

ชุมชนภาคกลางที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ตั้งอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย

- 1) ชุมชนเมืองกิ่งอุตสาหกรรม (ต.บ้านสร้าง อ.บางปะอิน)

ชุมชนตำบลบ้านสร้าง เป็นชุมชนที่อยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม ลักษณะคล้ายกับชุมชนเมือง ประชาชนในชุมชนส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานและบางส่วนประกอบอุตสาหกรรมในครัวเรือน คือ เย็บเสื้อผ้าโหล ถักพรมเช็ดเท้าจากเศษผ้า ซึ่งจะมีพ่อค้าคนกลางมารับซื้อไปจำหน่าย

- 2) ชุมชนเมืองกิ่งชนบท (ต.วัดยม อ.บางปะอิน)

ชุมชนตำบลวัดยม เป็นชุมชนเมืองกิ่งชนบทภายในหมู่บ้านจะมีถนนคอนกรีตและมีรถสองแถวรับจ้างวิ่งผ่านทุก 20 นาที ในช่วงเวลา 04.00-17.00 น. ในทุกหมู่บ้านการสัญจรภายในส่วนใหญ่จะใช้รถมอเตอร์ไซด์ การสร้างที่อยู่อาศัย ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวและสองชั้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน

- 3) ชุมชนชนบทเกษตรกรรม (ต.เทพมณคล อ.บางซ้าย)

ชุมชนตำบลเทพมณคล เป็นชุมชนชนบทห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 40 กิโลเมตร มีถนนเข้าหมู่บ้านทางเดียว ไม่มีรถประจำทาง ลักษณะบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวได้ถนนสูงอยู่ 2 ฟากคลองส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งอยู่ติดนาข้าว ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม

2.2.2 สถานการณ์สุขภาพ

จากผลการสำรวจชุมชนที่ศึกษาในภาคกลางพบว่า ประชาชนมีความเจ็บป่วยสำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืดและภูมิแพ้ โรคเบาหวาน โรคปวดข้อปวดหลัง โรคกระเพาะอาหาร และโรคหัวใจ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่า ชุมชนที่ศึกษามีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่คล้ายคลึงกับภาพรวมของภาคกลาง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานวิจัยคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคกลาง ซึ่งพบว่าโรคประจำตัวอันดับแรกของประชาชน คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงไป คือโรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์, 2542)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในด้านการเสพสารเสพติดต่างๆ พบว่าร้อยละ 17.6 สูบบุหรี่ ในขณะที่ภาพรวมของประชากรวัยแรงงานในภาคกลางมีผู้สูบบุหรี่ประจำเพียง ร้อยละ 14.1 และร้อยละ 17.7 ของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาดื่มสุรา ซึ่งน้อยกว่าการดื่มของคนในประเทศ ซึ่งดื่มประจำ ร้อยละ 28.8 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542) ในด้านการใช้สารเสพติด พบว่ามีรายงานผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศจำนวน 49,108 คน โดย 15,892 คนอยู่ในภาคกลาง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 32.4 ของผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาคอื่นๆ (สถาบันพัฒนาบริหาร

ศาสตร์, 2542) แต่สำหรับในชุมชนที่ศึกษา พบว่ามีจำนวนผู้ใช้สารเสพติด 38 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของประชาชนในชุมชนที่ศึกษา แม้จะพบจำนวนผู้ใช้สารเสพติดจากการสำรวจครั้งนี้ต่ำ แต่ประชาชนในชุมชนก็รับรู้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งร่วมกันของชุมชน ซึ่งตัวเลขที่รายงานนี้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงได้เนื่องจากการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง

ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พบว่าในชุมชนมีการคาดเข็มขัดนิรภัย และสวมหมวกกันน็อกน้อย คือ เพียง ร้อยละ 20 และ 24 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจการสวมหมวกกันน็อกในผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ ทั้งในกรุงเทพฯ และอีก 20 จังหวัด ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2540 พบว่ามีอัตราการสวมหมวกกันน็อกในผู้ขับขี่จักรยานยนต์ ร้อยละ 38.1 ส่วนการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2541 พบว่า ร้อยละ 32 ของผู้ขับขี่รถยนต์คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง และร้อยละ 27.2 คาดเข็มขัดนิรภัยเป็นบางครั้ง

ส่วนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนในชุมชนที่ศึกษามีการออกกำลังกายประมาณ ร้อยละ 29.4 ซึ่งมากกว่าการออกกำลังกายของประชาชนในรายงานคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคกลาง ร้อยละ 24.2 (สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, 2542)

2.2.3 ปραฏการณั้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนภาคกลาง

2.2.3.1 ภาวะสุขภาพ **ประมาณร้อยละ 80** ของประชาชนทั้งหมดมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว หรือบางส่วนอาจจะมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ก็มีส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัว เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืดและภูมิแพ้ โรคเบาหวาน โรคปวดหลัง ปวดข้อ โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคธัยรอยด์ โรคไขข้อในเลือดสูง โรคตับ โรคเครียด และโรคเอดส์

2.2.3.2 ลักษณะเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2.2.3.3 พฤติกรรมสุขภาพ มีทั้งพฤติกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และพฤติกรรมเสี่ยง เช่นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ หรือไม่สวมหมวกกันน็อกเมื่อขับขีรถจักรยานยนต์ การใช้สิ่งเสพติดในวัยรุ่น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้

2.2.3.4 บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ยังไม่มีคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของประชาชนเนื่องจากบุคลากรที่ให้บริการยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ ไม่สามารถให้บริการ

ได้ 24 ชั่วโมง ไม่สามารถให้การติดตามและรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลได้ ขาดเครือข่ายเชื่อมโยง การประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่นยังทำได้ไม่เต็มที่ ขาดความรู้และทักษะในการพัฒนาชุมชน

ส่วนในชุมชนที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ จะมีความสามารถวางแผนจัดเก็บข้อมูลและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้สามารถติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ประชาชนพอใจ แต่ก็ยังมีอุปสรรคที่ไม่สามารถจ่ายยาสำหรับรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่อยู่ในภาวะคุกคามได้ จึงทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลซึ่งสิ้นเปลืองทั้งค่าใช้จ่าย เสียเวลา และสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง

2.2.3.5 ความต้องการบริการสุขภาพ ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งต้องการให้มีการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาใช้บริการได้

2.2.3.6 มีอุปสรรคทางการแพทย์ไม่พร้อมและไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ นอกจากนี้สถานบริการส่วนใหญ่ไม่มียานพาหนะที่จะรับส่งผู้ป่วยโดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน

2.2.3.7 ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับรายได้ ในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ประชาชนต้องจ่ายเอง เพราะยังไม่นิยมซื้อบัตรสุขภาพ อีกทั้งต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการในกรณีที่อยู่ห่างไกล นอกจากนี้มีประชาชนบางส่วนเห็นว่าควรจะเป็นการรักษาฟรี แต่ก็มีบางส่วนพร้อมที่จะจ่ายได้ถ้าได้รับบริการดีเป็นที่น่าพอใจ

2.2.3.8 ความต้องการทางด้านบุคลากรสุขภาพ อยากให้มีแพทย์หรือพยาบาลมาให้บริการสุขภาพในชุมชน โดยจะอยู่ประจำหรือมาปฏิบัติงานที่สถานีนานามัยสัปดาห์ละ 1-2 วันก็ได้

2.2.3.9 ความร่วมมือจากชุมชนยังมีน้อย ประชาชนยังมีส่วนร่วมไม่มากนัก เพราะยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพ

2.2.3.10 ความร่วมมือและสนับสนุนทางด้านต่างๆ จากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลยังไม่ชัดเจน แต่ละฝ่ายยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชน

2.2.3.11 มีปัญหาในการคมนาคมติดต่อสื่อสารในบางพื้นที่ยังไม่สะดวก โดยเฉพาะพื้นที่ในชนบท การกระจายข่าวต่างๆ ก็ยังทำได้ไม่ทั่วถึง

2.2.4 ความต้องการการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากการสำรวจข้อมูล สนทนากลุ่มและสะท้อนความคิดกลับ (reflection) เกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ศึกษา ทั้งจากประชาชน (สุขภาพดีและป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และผู้ให้บริการในระดับต่างๆ สรุปได้ดังนี้

2.2.4.1 การให้บริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สิ่งที่ประชาชนในชุมชนต้องการประกอบด้วย

- กลุ่มสุขภาพดี
 - ♦ ได้รับบริการความรู้ทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ทันต่อสถานการณ์ และเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย
 - ♦ การได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคตามกลุ่มวัยต่างๆ กลุ่มอาชีพต่างๆ และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ
 - ♦ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค
 - ♦ ได้รับบริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์
 - ♦ ได้รับบริการวางแผนครอบครัว
 - ♦ มีการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมกลุ่มต่างๆ เพื่อสุขภาพ เช่น การรวมกลุ่มของวัยรุ่นเพื่อเล่นกีฬาหรือทำประโยชน์ต่อชุมชน การรวมกลุ่มแม่บ้านเพื่อเรียนรู้การเลือกซื้อและประกอบอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อออกกำลังกายหรือฝึกสมาธิเพื่อคลายเครียด เป็นต้น
- กลุ่มป่วยเรื้อรัง
 - ♦ ได้รับบริการความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อให้ดูแลตนเองได้เหมาะสมให้มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีโรคแทรกซ้อน
 - ♦ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมได้รับบริการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจแก่ผู้ป่วย

โดยมีการสนับสนุนจากบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

- ♦ มีการสนับสนุนการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน เพื่อถ่ายทอด / เรียนรู้ประสบการณ์ และช่วยเหลือเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน
- ♦ มีการจัดทำระบบแฟ้มครอบครัว เพื่อสะดวกแก่การติดตามดูแลรักษาและประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ♦ มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

- กลุ่ม อสม.

- ♦ ต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
- ♦ ต้องการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช) ให้มีศักยภาพในการเป็นศูนย์บริการสุขภาพภายในหมู่บ้าน เช่น สามารถกระจายข่าวเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน มีตู้ยาสามัญประจำบ้านไว้ใช้ในชุมชน เพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยเล็กๆ น้อย ๆ ได้

- กลุ่ม อบต.

- ♦ ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและสาธารณสุขปโค เช่น การจัดสวนสุขภาพในชุมชน จัดลานกีฬาต้านยาเสพติด สนับสนุนการฉีดพ่นยากำจัดยุงลาย เป็นต้น
- ♦ ต้องการให้บริการสาธารณสุขปโค เช่น พัฒนา/ติดตั้งระบบน้ำประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ และกำจัดขยะ เป็นต้น
- ♦ สนับสนุนการรวมกลุ่มต่างๆ เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม

2.2.4.2 การให้บริการเพื่อการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ สิ่งที่ประชาชนในชุมชนต้องการ ประกอบด้วย

- การบริการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก
- ดูแลผู้มาใช้บริการเสมือนสมาชิกในครอบครัว

- มีบริการตลอด 24 ชั่วโมง (อาจจะเป็นลักษณะของการอยู่เวร)
- ให้บริการเป็นผู้มีศักยภาพ มีความรู้ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน
- ค่าบริการไม่แพงนัก ประชาชนสามารถร่วมจ่ายได้
- มีบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามโรคและฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น เบาหวาน อัมพาต ความดันโลหิตสูง เอดส์ เป็นต้น
- ผู้ให้บริการสามารถให้การรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่อยู่ในภาวะคุมคามได้
- ผู้ให้บริการสามารถดูแลได้ทั้งปัญหาทางสุขภาพกาย จิต และสังคม
- ผู้ให้บริการสามารถดูแลในภาวะฉุกเฉินได้
- มีบริการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง
- มีบริการส่งต่อและรับกลับที่มีประสิทธิภาพ

2.2.4.3 สถานบริการ

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ประชาชนร้อยละ 42 ไปใช้บริการสุขภาพบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง ที่สถานีนามัย ในขณะที่ร้อยละ 18 ไปร้านขายยา ร้อยละ 16 ไปคลินิกเอกชน ร้อยละ 10 ไปโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 9 ไปโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 3 ไปโรงพยาบาลเอกชน และมีเพียงร้อยละ 2 ไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยร้อยละ 53 ของผู้ไปใช้บริการที่สถานีนามัย มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก รายละเอียดของสถานบริการและความพึงพอใจจำแนกตามพื้นที่ศึกษาแสดงไว้ในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ผลการศึกษาที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานีนามัยนั้น

สอดคล้องกับผลการทำสนทนากลุ่มและการสะท้อนกลับความคิด (reflection) จากประชาชนในพื้นที่ศึกษา นอกจากนี้ยังสนับสนุนโดยผลการทำประชาพิจารณ์กับตัวแทนประชาคมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพจาก 7 จังหวัดในภาคกลาง (อยุธยา อ่างทอง ชัยนาท ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรีและสุพรรณบุรี)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลำดับที่ของสถานที่ที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพ (n = 512)

สถานบริการ	ลำดับที่ในการเลือกใช้บริการสุขภาพ											
	1				2				3			
	วัดยม จำนวน(%)	เทพมงคล จำนวน(%)	บ้านสร้าง จำนวน(%)		วัดยม จำนวน(%)	เทพมงคล จำนวน(%)	บ้านสร้าง จำนวน(%)		วัดยม จำนวน(%)	เทพมงคล จำนวน(%)	บ้านสร้าง จำนวน(%)	
ร้านขายยา	36 (15.2)	17 (12.7)	39 (27.7)	18	38 (16.0)	13 (9.7)	32 (22.7)	16.2	47 (19.8)	24 (17.9)	29 (20.6)	19.5
คลินิกเอกชน	45 (19.2)	7 (5.2)	30 (21.3)	16	30 (12.7)	15 (11.2)	14 (9.9)	11.5	35 (14.8)	12 (9.0)	22 (15.6)	13.4
สถานีนอนมัย	84 (35.4)	82 (61.2)	49 (34.8)	42	56 (23.6)	29 (21.6)	55 (39.0)	27.3	30 (12.7)	7 (5.2)	15 (10.6)	39.9
โรงพยาบาลชุมชน	30 (12.7)	14 (10.4)	9 (6.4)	10	46 (19.4)	30 (22.4)	8 (5.7)	16.4	32 (13.5)	25 (18.7)	22 (15.6)	15.4
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	23 (9.7)	8 (6.0)	17 (12.1)	9	42 (17.7)	33 (24.6)	21 (14.9)	18.7	39 (16.5)	18 (13.4)	25 (17.7)	16
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย	3 (1.3)	1 (0.7)	5 (3.5)	2	7 (3.0)	0	3 (2.1)	1.9	11 (4.6)	3 (2.2)	3 (2.1)	3.3
โรงพยาบาลเอกชน	7 (3.0)	1 (0.7)	8 (5.7)	3	9 (3.8)	3 (2.2)	6 (4.3)	3.5	9 (3.8)	5 (3.7)	6 (4.3)	3.9

หมายเหตุ เปอร์เซ็นต์ที่เหลือกลุ่มที่ไม่ได้ตอบ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจในการบริการของสถานบริการ (n = 512)

สถานบริการ	ระดับความพึงพอใจ											
	มาก				ปานกลาง				น้อย			
	วัดยม จำนวน(%)	เทพมงคล จำนวน(%)	บ้านสร้าง จำนวน(%)		วัดยม จำนวน(%)	เทพมงคล จำนวน(%)	บ้านสร้าง จำนวน(%)		วัดยม จำนวน(%)	เทพมงคล จำนวน(%)	บ้านสร้าง จำนวน(%)	
ร้านขายยา	64 (27.0)	31 (23.1)	37 (26.2)	25.8	71 (30.0)	36 (26.9)	74 (52.5)	35.3	18 (7.6)	4 (3.0)	3 (2.1)	4.8
คลินิกเอกชน	78 (32.9)	26 (19.4)	46 (32.6)	29.3	43 (18.1)	20 (14.9)	36 (25.5)	19.3	9 (3.8)	1 (0.7)	3 (2.1)	2.5
สถานีอนามัย	109 (46.0)	100 (74.6)	64 (45.4)	53.3	66 (27.8)	15 (11.2)	60 (42.6)	27.5	6 (2.5)	5 (3.7)	3 (2.1)	2.7
โรงพยาบาลชุมชน	69 (29.1)	42 (31.3)	17 (12.1)	2.5	49 (20.7)	27 (20.1)	35 (24.8)	21.6	16 (6.8)	0	3 (2.1)	3.7
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	64 (27.0)	57 (42.5)	40 (28.4)	31.4	54 (22.8)	17 (12.7)	38 (27.0)	21.2	8 (3.4)	1 (0.7)	4 (2.8)	2.5
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	31 (13.1)	5 (3.7)	9 (6.4)	8.8	18 (7.6)	6 (4.5)	12 (8.5)	7	11 (4.6)	1 (0.7)	2 (1.4)	2.7
โรงพยาบาลเอกชน	9 (3.8)	13 (9.7)	28 (19.9)	9.8	14 (5.9)	12 (9.0)	18 (12.8)	8.5	33 (13.9)	1 (0.7)	1 (0.7)	6.8

หมายเหตุ เปอร์เซ็นต์ที่เหลือคือกลุ่มที่ไม่ได้ตอบ

โดยในภาวะสุขภาพดี ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการในด้านความรู้ คำแนะนำ/ปรึกษาที่สถานีนอนามัย และเมื่อการเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่ต้องการไปรับคำแนะนำ การรักษา จากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยเช่นกัน รองลงไปจะเป็นการรักษาด้วยตนเอง โดย ซ้อยากินเอง ใช้ยาสามัญประจำบ้านหรือใช้วิธีพื้นบ้าน นอกจากนี้ประชาชนบางกลุ่มจะไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันส่วนใหญ่ต้องการไปรับการรักษา ถ้าอาการไม่รุนแรงจะไปที่สถานีนอนามัย แต่ถ้าอาการรุนแรงจะไปโรงพยาบาล และเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัย และต้องการให้มีการมาดูแลที่บ้าน

2.2.4.4 ผู้ให้บริการ

ผลการศึกษานี้ทั้งจากการสนทนากลุ่มและสะท้อนกลับความคิด พบว่า ประชาชนในพื้นที่ศึกษาต้องการให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการทำประชาพิจารณ์กับตัวแทนประชาคมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพจาก 7 จังหวัดในภาคกลาง (อยุธยา อ่างทอง ชัยนาท ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรีและสุพรรณบุรี) ดังที่แสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ประชาชนได้เสนอให้มีการจ้างแพทย์มาตรวจรักษาเดือนละ 1-2 ครั้ง

ตารางที่ 3 ความต้องการผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้ให้บริการ	คะแนนความต้องการผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับต้น		
	กลุ่มที่ 1 (28 คน)	กลุ่มที่ 2 (32 คน)	กลุ่มที่ 3 (36 คน)
แพทย์	12	17	18
ทันตภิบาล	4	6	24
แกนนำครอบครัว	4	4	3
พยาบาล	51	60	58
เภสัชกร	-	-	4
ทันตแพทย์	-	2	-
อสม	29	9	17
เจ้าหน้าที่นอนามัย	40	56	44
นักวิชาการอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์	-	6	12
รวมคะแนน	140	160	180

* ผู้ทำประชาพิจารณ์มีคะแนน 5 คะแนน ซึ่งสามารถลงคะแนนให้ผู้ให้บริการที่ต้องการได้มากกว่า 1 คะแนน

2.3 ความต้องการด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

2.3.1 สถานบริการ

2.3.1.1 จำนวนสถานบริการไม่เพียงพอ

“ชาวบ้านอยากจะได้บริการเหล่านี้กระจายให้ทั่วถึงหมู่บ้านมากที่สุด ให้ทั่วถึงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน”

“ต้องการสถานีอนามัยที่อยู่ใกล้บ้าน ตำบลนี้น่าจะมี 2 แห่งนะ พื้นที่มันกว้าง”

2.3.1.2 ความสะดวกในการคมนาคมยังมีไม่ทั่วถึง

“อยากให้มีสถานีอนามัยเพิ่มอีกแห่ง มีการแบ่งโซนแก้ปัญหาการเดินทาง”

2.3.1.3 ไม่สามารถบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

“อยากให้มียุบริการ 24 ชั่วโมง”

“ต้องมีเจ้าหน้าที่ใครก็ได้ที่รักษาคนไข้ได้มาอยู่กลางคืน เรียกใช้บริการได้”

2.3.1.4 ไม่มีบริการผู้ป่วยใน

“ต้องการให้มีอุปกรณ์พร้อมเตียง ให้มีเจ้าหน้าที่มาอยู่เวรเพื่อดูแลคนเจ็บป่วยโดยไม่ต้อง ไปถึงโรงพยาบาลเป็นด่านแรก”

2.3.2 ผู้ให้บริการ

2.3.2.1 จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ

“มีเจ้าหน้าที่ไม่พอ ไปประชุมบ้าง อบรมบ้าง เลยไม่พอกันใหญ่”

“ความรับผิดชอบหลายอย่างมาก มีคนไม่พอก็ทำได้ไม่ครบ”

2.3.2.2 ศักยภาพของผู้ให้บริการยังไม่เพียงพอโดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความต้องการเฉพาะ

“พื้นที่ใช้ในการเกษตร มีการใช้สารเคมีมาก เราต้องการบุคลากรที่มีศักยภาพมีเครื่องมือพร้อมกว่านี้”

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำแผลมากๆ ก็ไม่ได้”

“บางที่อนามัยตรวจไม่พบ อยากให้ตรวจละเอียดกว่านี้”

2.3.2.3 ขาดบุคลากรสหสาขาร่วมให้บริการ

“น่าจะมีพวกแพทย์ พยาบาล มาอยู่ตรงนี้ได้ อยู่กับ ส.อ.”

“ต้องการแพทย์จริงๆ มาประจำสถานีอนามัย จะได้ไม่ต้องไปโรงพยาบาล”

“หมอลงมาไม่ได้ ขอพยาบาลซึ่งสามารถอยู่ได้ 24 ชั่วโมง”

2.3.2.4 ขาดการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

“อยากให้มียอบรมหลักสูตรเรื่องการตรวจรักษาเบื้องต้น”

“อยากให้มียอบรมเรื่องยา”

“ขอให้มีการอบรม อสม. ให้มากกว่านี้ ให้สามารถช่วยเหลือได้ระดับหนึ่งก่อน
ไป สอ.”

2.3.2.5 มารยาทในการบริการยังไม่ดีเท่าที่ควร

“อยากให้รัฐบาลช่วยปรับปรุงให้ดีขึ้น เวลาคนไข้ไปหาให้พูดจาสุภาพและให้
ข้อมูล”

2.3.2.6 ขาดใจรักที่จะทำงานกับชุมชน

“เป็นใครก็ได้ที่มีความรู้ความสามารถ มีใจที่จะมาอยู่ได้”

2.3.2.7 ขาดความรับผิดชอบ

“อยากให้คนมาอยู่อนามัย อยู่ตลอดเวลา”

“บางที่ไปก็ไม่เจอหมอ เจอผู้ช่วยไม่กล้าจ่ายยา ไปโรงพยาบาลดีกว่า”

2.3.2.8 เลือกปฏิบัติ ขาดความเสมอภาคในบริการ

“อยากให้ดูแลเสมอดันเสมอปลายไม่เกี่ยงชั้นวรรณะ

2.3.2.9 ขาดผู้สนับสนุนบริการที่มีประสิทธิภาพ

“อสม. ไม่ค่อยจะ work เท่าที่ควร บ้างก็อยากได้แต่สวัสดิการ”

2.3.3 บริการ

2.3.3.1 ยังไม่เป็นบริการแบบ one-stop service ให้บริการได้ไม่ครบ

“อยากให้บริการได้ครบวงจร”

2.3.3.2 ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการ (เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลได้ ไม่เพียงพอ)

“อยากให้มีเตียงคนไข้สัก 2 เตียง ให้นอนกลางวันได้ ถ้าคนอายุมากเป็นลม
อาจจะต้องอยู่นานหน่อย”

2.3.3.3 บริการให้ความรู้แก่ประชาชนยังไม่มีประสิทธิภาพ

“ควรให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มๆ อยากให้หน่วยงานของรัฐสนใจอย่าง
จริงจัง”

“ขอให้มีการอบรมชาวบ้านให้มากกว่านี้ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ระดับหนึ่ง”

“การใช้สมุนไพรพื้นฐานการมีกรให้ความรู้เรื่องกันมาๆ”

2.3.3.4 ไม่สามารถให้บริการรักษาโรคเรื้อรัง (ที่ไม่อยู่ในภาวะคุกคาม) มียาเฉพาะที่อนุญาตให้ใช้ได้ตามกรอบของสถานีนามัย

“โรคเบาหวานที่อนามัยไม่มียา ถ้ามีที่อนามัยก็จะดี ไม่มีรถก็ลำบากที่จะไปโรงพยาบาล ไปโรงพยาบาลรอกันครึ่งวันกว่าจะได้กลับบ้าน”

2.3.3.5 บริการเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ทั่วถึง

“อยากให้ผู้ที่มีความรู้ไปช่วยแนะนำ เพื่อปฏิบัติตัวได้ถูกเมื่อเจ็บป่วย”

“คนที่สุขภาพแย่มากๆ เดินมาไม่ไหว ไม่มีดั่งคันนั่งรถมา อย่างนี้ให้มาช่วยเหลือที่บ้าน”

“คิดว่าควรมีบริการถึงบ้าน ในกรณีที่คนไข้บางคนไม่สามารถมาได้”

“อยากให้ไปเยี่ยมบ้าน ไปแนะนำ ให้กำลังใจ”

“ให้พยาบาลไปเยี่ยมคนไม่สบาย ขอดูยา วัดความดันให้”

2.3.3.6 ขาดบริการส่งต่อและรับกลับที่มีประสิทธิภาพ

“ส่งผู้ป่วยที่มีอาการมากไปโรงพยาบาล พอควบคุมโรคได้แล้วก็ควรส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ควรมีข้อมูลมาด้วย”

2.3.3.7 ควรมีบริการให้ทั่วถึงพื้นที่ห่างไกล

“มีหน่วยเคลื่อนที่ออกตรวจรักษาในชุมชน ประกาศให้ชาวบ้านรู้จะได้มาใช้บริการกัน”

2.3.3.8 ขาดบริการฉุกเฉิน นอกเวลา

“ให้เจ้าหน้าที่มาอยู่เวร ชาวบ้านสามารถไปหาได้ ไม่ใช่ไปแล้วปิด”

2.3.4 วัสดุอุปกรณ์

2.3.4.1 มีความจำกัดด้านเวชภัณฑ์

“ไปอนามัยไม่มีอะไร มีแต่พารา กับ โซดาเม็ด”

2.3.4.2 ขาดอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์

“ขออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้ครบ มีเตียงสัก 5 เตียง”

“ต้องการให้มีอุปกรณ์พร้อมเตียง”

2.3.4.3 ไม่มีรถรับส่งในกรณีที่ฉุกเฉิน

“รถเขาก็มีในหน่วยสาธารณสุข แต่เราอยากให้มียานในสถานีนามัย”

“ถ้าจะขอรถบริการสักคัน กรณีฉุกเฉินจะได้ไหม”

2.3.5 ระบบการเงิน

2.3.5.1 ขั้นตอนยุ่งยาก ไม่สะดวก ลำบาก

“ไม่มีบัตรสุขภาพ ไม่อยากได้ เพราะขี้เกียจยุ่งยาก”

“เรื่องบัตรสุขภาพมีปัญหา กว่าบัตรจะมาให้ใช้ได้ อีก 1-2 เดือน ก็หมดอายุแล้ว”

2.3.5.2 เลือกปฏิบัติอย่างไม่เสมอภาค

“ผมเคยประสบอุบัติเหตุ ใช้บัตรวันหยุดไม่ได้”

“เคยมีบัตรสุขภาพ แต่เอาไปใช้ที่โรงพยาบาลจังหวัดไม่ได้ เพราะเขาให้ใช้เฉพาะโรงพยาบาลอำเภอ เลยไม่ใช้เพราะได้ยาไม่เหมือนกัน”

2.3.5.3 ไม่ยืดหยุ่น

“บัตรสุขภาพไม่ค่อยได้ใช้ เพราะต้องไปที่บางปะอิน มันลำบากหลายทอด ไปอยู่ยาดีกว่า”

2.3.5.4 ยังไม่มีการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กรชุมชนอย่างชัดเจน

“อยากให้ อบต. อุดหนุนยาและครุภัณฑ์”

“น่าจะมีพวกแพทย์ พยาบาลมาอยู่ที่สถานีอนามัย ให้ อบต. สนับสนุนค่าจ้าง เพื่อสะดวกในการดูแลรักษา”

จะเห็นได้ว่า ประชาชนยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ยังไม่ได้รับการสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอยู่หลายประการ และที่สำคัญก็คือประชาชนยังไม่ได้รับสิทธิที่พึงมีได้ตามรัฐธรรมนูญ

ดังนั้นถ้ารัฐสามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าว โดยการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ ก็จะทำให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีสุขภาพดี ในกรณีที่ยังไม่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง และได้รับการรักษาในกรณีที่จำเป็น ณ สถานบริการที่เหมาะสมอย่างทันเวลา การที่ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นและการใช้บริการได้อย่างเหมาะสมถูกต้องตามขั้นตอนของระบบบริการสุขภาพของประเทศ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งสำหรับประชาชนและรัฐบาล ซึ่งประโยชน์สูงสุดคือประเทศชาติจะได้มีประชาชนที่มีคุณภาพมีศักยภาพในการพัฒนาประเทศเพิ่มขึ้น

3 รูปแบบของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของประชาชน

การพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในกรณีที่ยังไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยไม่รุนแรง ให้สามารถไปใช้บริการสุขภาพ ณ สถานบริการที่เหมาะสม

3.1 เป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่ที่การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยหรือตายด้วยโรคที่ป้องกันรักษาได้ โดยการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชนให้มีความสามารถที่เพียงพอที่จะกลั่นกรองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันตนเองจากความเจ็บป่วย ตลอดจนจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนไปใช้บริการตรวจรักษาได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเจ็บป่วยในระดับที่ไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้ และได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดย

1. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค ทั้งถึงและเหมาะสม
2. ประชาชนสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยง / หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลเสียต่อสุขภาพได้
3. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพดี และมีสุขภาพดี
4. ประชาชนจัดการดูแลตนเองได้เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย
5. ประชาชนไปใช้บริการตรวจรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อเจ็บป่วยในระดับที่ไม่สามารถให้การดูแลตนเองหรือดูแลกันเองในครอบครัวได้
6. สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
7. ประชาชนได้รับการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการจากการเจ็บป่วย
8. มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีระหว่างประชาชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน
9. ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้

3.2 หลักการสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน ควรมีลักษณะโดยรวม ดังนี้

3.2.1 จัดบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง และองค์รวม อย่างเสมอภาค

จัดบริการแบบผสมผสาน หมายถึง มีการจัดบริการทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ในระบบเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน โดยบุคลากรทีมเดียวกันหรือทีมที่มีระบบการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด มีการใช้ข้อมูลเพื่อการบริการร่วมกัน โดยมีกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่

- การตรวจรักษาผู้ป่วย นอกจากจะมีการตรวจรักษาโรคแล้ว ควรมีการพูดคุยปรึกษา ให้ความรู้และคำแนะนำอย่างจริงจังแก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วย
- การจัดกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้ความรู้และทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้กลุ่มสามารถเรียนรู้ปัญหาของตนเองและผู้อื่น เพื่อเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองตลอดจนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้การที่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เป็นโอกาสที่บุคลากรได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ควรจัดให้มีการบริการที่มีความหลากหลาย เป็นการให้บริการที่มีทางเลือกให้กับประชาชนในชุมชน เช่น มีการรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับแผนพื้นบ้าน เป็นต้น

จัดบริการแบบต่อเนื่อง เป็นการให้บริการที่มีไทม์ม่งเน้นแต่การเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ แต่เป็นการจัดบริการเพื่อติดตามดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง กิจกรรมที่สามารถทำได้ในชุมชนได้แก่

- การติดตามดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ ต่อเนื่องจนปัญหานั้นสิ้นสุด
- การจัดกิจกรรมเชิงรุก การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บ้าน
- การติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ ไม่มาตรวจ รักษาตามกำหนดนัด หรือในรายที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น

- การจัดกิจกรรมสนับสนุน ส่งเสริมอย่างต่อเนื่องให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และในการดูแลตนเอง

จัดบริการแบบองค์รวม เป็นการจัดการบริการที่นอกจากจะตระหนักถึงมิติทางกายแล้ว ยังตระหนักถึงมิติทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ควบคู่ไปด้วยเสมอ ซึ่งทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการเข้าใจปัญหาต่างๆ และสามารถแก้ปัญหาร่วมกันได้อย่างครบถ้วนมากกว่าการใช้มิติทางด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมยังเป็นประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการอีกด้วย

จัดบริการที่มีความเสมอภาค เป็นการจัดการบริการที่ไม่เลือกฐานะความเป็นอยู่ เพราะประชาชนไม่มีความแตกต่างในสิทธิของการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถใช้บริการและเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยเท่าเทียมกัน อย่างเป็นธรรม

3.2.2 จัดบริการที่ครอบคลุมกลุ่มประชากร

ควรเป็นบริการที่มีความรับผิดชอบต่อกลุ่มประชากรชัดเจน เช่น มีพื้นที่รับผิดชอบแน่นอน มีกลุ่มประชากรสัดส่วนเท่าไร ในการดูแลรับผิดชอบ เช่น 1 : 3,000

3.2.3 จัดบริการที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ

ระบบเชื่อมโยงที่ชัดเจนกับสถานบริการอื่นมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งต่อการส่งต่อนั้นต้องส่งต่อทั้งความรับผิดชอบ และส่งต่อข้อมูล ควรมีระบบการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายอย่างใกล้ชิด เช่น เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัยไปรักษาที่โรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถกลับมาดูแลต่อที่ชุมชนได้ ระบบข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น ก็ควรต้องถูกส่งกลับมายังสถานอนามัยด้วย เพื่อสะดวกในการติดตามดูแลต่อไป เป็นต้น

3.3 ลักษณะของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคตควรมีลักษณะดังนี้

1. เข้าถึงบริการได้ง่าย ลดขั้นตอนต่างๆ ประชาชนสามารถเข้าใจและใช้ประโยชน์ได้อย่างเท่าเทียมกันได้สะดวก รวดเร็ว และได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคและทั่วถึง
2. เป็นบริการที่จัดให้ประชาชน โดยมีการกำหนดพื้นที่บริการให้ชัดเจน
3. บริการทันต่อเหตุการณ์เหมาะสมกับทั้งสภาพแวดล้อม และสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
4. บริการได้ตลอดในช่วงเวลาทำการปกติ และประชาชนสามารถมาใช้บริการได้ 24 ชั่วโมง เมื่อประชาชนมีความต้องการ จำเป็นต้องใช้บริการ
5. วิเคราะห์ชุมชนและวินิจฉัยชุมชน เพื่อระบุปัญหาสุขภาพซึ่งจะต้องครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ และมีการวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกับชุมชน
6. บริการเชิงรุก เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนในชุมชน
7. บริการรักษาโรคและความเจ็บป่วยเบื้องต้นได้
8. บริการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งที่สถานบริการและที่บ้าน
9. ประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสร้างเสริมความรู้ทั้งทางด้านการประกอบอาชีพ การรวมกลุ่มออมทรัพย์ เพื่อเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของชุมชน เป็นต้น
10. เป็นบริการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน เอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ

3.4 ขอบเขตกิจกรรมการบริการ

กิจกรรมการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมีดังนี้

1. การบริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น
2. สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
3. บริการคัดกรองผู้ป่วยระยะเริ่มต้นในชุมชนได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น
4. สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในแหล่งบริการที่เหมาะสม และเมื่อควบคุมโรคได้สามารถกลับมารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้านได้

5. มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีบริการดูแลที่บ้านในรายที่ไม่สามารถมารับบริการได้
6. มีการออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการสุขภาพด้านต่าง ๆ แก่ประชาชนในชุมชน
7. ร่วมกับชุมชนในการวินิจฉัยปัญหาต่างๆ และร่วมหาทางแก้ไขปัญหาวางแผนและดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพร่วมกัน
8. ให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาแก่ บุคคล ครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลตนเองตามสภาวะสุขภาพ
9. ประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ ทั้งองค์กรของรัฐและเอกชน เพื่อระดมแหล่งประโยชน์ให้กับชุมชน
10. การกระจายข่าวทางด้านสุขภาพผ่านทางสื่อต่างๆ แก่ประชาชนในชุมชน

3.5 ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.5.1 คุณสมบัติของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. คำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง
2. มีใจรักที่จะทำงานในชุมชน
3. เข้าใจปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของชุมชนเป็นอย่างดี
4. มีทักษะในการทำงานกับประชาชนในชุมชน
5. บริการด้วยใจ / มีเจตคติที่ดีกับชุมชน
6. มีความเป็นผู้นำ
7. มีทักษะในด้านการบริหาร และมีความยืดหยุ่น
8. มีมนุษยสัมพันธ์ดี
11. มีทักษะในการทำงานเป็นทีม สามารถประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ได้ดี
12. มีความรับผิดชอบสูง
13. สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจ
14. รักการเรียนรู้พัฒนาความรู้ความสามารถทันสถานการณ์

3.5.2 สมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีสมรรถนะในด้านต่างๆ ดังนี้

3.5.2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ

- ◆ มีความรู้ความเข้าใจ กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติงานอย่างตามมาตรฐาน มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และเคารพในสิทธิของผู้ป่วย
- ◆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคลทุกวัย และทุกสภาวะสุขภาพ
- ◆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กฎหมาย การศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ศาสนา เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ
- ◆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง ความผิดปกติ และความเจ็บป่วยต่างๆ
- ◆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วย
- ◆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิต การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของบุคคล ในแต่ละวัฒนธรรมและท้องถิ่น
- ◆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ แก่บุคคลทุกวัย ในทุกสภาวะสุขภาพ

3.5.2.2 ด้านความสามารถในการบริหารจัดการต่าง ๆ

- ◆ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้เหตุผล สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา และนำความรู้สู่การปฏิบัติ
- ◆ สามารถสื่อสารทั้งฟัง พูด เขียน และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสืบค้น บันทึก และจัดทำฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ
- ◆ มีภาวะผู้นำ
- ◆ มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถทำงานประสานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ และสร้างความร่วมมือกับประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ
- ◆ มีความสามารถในการบริหารจัดการการให้บริการ และหน่วยให้บริการได้ ทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ต่างๆ
- ◆ มีความสามารถบริหารจัดการข้อมูลได้เป็นระบบ
- ◆ มีความสามารถวางแผน ทำโครงการ ติดตามและประเมินผล

3.5.2.3 ด้านให้การดูแลบุคคล

- ◆ มีความสามารถประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล

- ◆ มีความสามารถส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวม ในทุกภาวะสุขภาพ
- ◆ มีความสามารถสนับสนุนพลังอำนาจ และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
- ◆ มีความสามารถสอน ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว เช่น ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนอนหลับ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีพัฒนาการตามวัย การจัดการกับความเครียด เป็นต้น
- ◆ สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค ความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การหลีกเลี่ยงแหล่งแพร่เชื้อโรค การจัดการสิ่งแวดล้อมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด
- ◆ สามารถทำหัตถการ เช่น ทำแผล ฉีดยา ใส่ห่วง
- ◆ สามารถตรวจคัดกรองโรคต่างๆ
- ◆ สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้น และส่งไปรับการรักษาต่อไปได้ในกรณีจำเป็น
- ◆ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับความช่วยเหลือ หรือการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งติดตามผลการรักษา และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
- ◆ สามารถฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย
- ◆ ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
- ◆ สนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในด้านการฟื้นฟูสุขภาพและการลดภาวะแทรกซ้อน
- ◆ สามารถให้คำแนะนำและบริการวางแผนครอบครัว
- ◆ ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
- ◆ สามารถทำคลอดปกติ
- ◆ สามารถดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

3.5.2.4 ด้านให้การดูแลครอบครัวและชุมชน

- ◆ สามารถประเมินและดูแลสุขภาพครอบครัว
- ◆ สามารถสนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวมีสุขภาพดี

- ◆ สามารถประเมินและดูแลสุขภาพชุมชน เช่น โดยการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคและปัญหาสุขภาพในชุมชน
- ◆ จัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
- ◆ สนับสนุน เสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดี
- ◆ สามารถร่วมพัฒนาชุมชนทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจควบคู่ไปกับด้านสุขภาพ

3.6 กลไกในการบริหารจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.6.1 บุคลากร/อัตรากำลัง

- ◆ มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ เหมาะสมกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ
- ◆ มีบุคลากรเป็นทีมสหวิทยาการจำนวนเพียงพอ เหมาะสมกับประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (อาจมีแพทย์มาบริการตรวจรักษาเดือนละ 1-2 ครั้งตามความจำเป็น)
- ◆ มีพื้นฐานการศึกษาระดับวิชาชีพ (ปริญญาตรี) เช่น พยาบาลวิชาชีพ
- ◆ มีความรู้ความสามารถเฉพาะสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
- ◆ มีความรู้ความสามารถหลายด้าน รวมทั้งการพัฒนาชุมชน
- ◆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง เหมาะสมกับความต้องการตามบริบทของชุมชน
- ◆ มีระบบการศึกษาต่อเนื่องที่ได้รับการรับรองมาตรฐานที่เอื้อสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
- ◆ มีหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นความเป็นองค์รวม ผสมผสานวิทยาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
- ◆ ได้รับสิ่งตอบแทนหรือสิ่งจูงใจที่เหมาะสม ในการปฏิบัติงาน
- ◆ การบริการในระดับปฐมภูมิต้องสามารถพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพได้

3.6.2 การเงิน / งบประมาณ

- ◆ กำหนด Catchment area ให้ชัดเจน เพื่อสะดวกต่อการจัดการทางการเงินภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
- ◆ มีการกำหนดกลไกกำกับดูแลค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพให้มีมาตรฐาน และเป็นธรรม

- ◆ จัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น (ควรจะมีสัดส่วนมากกว่างบประมาณที่ใช้ในการรักษา)
- ◆ มีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐบาลทั้งจากส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)
- ◆ มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากภาคเอกชนต่าง ๆ
- ◆ มีการร่วมจ่ายบางส่วนโดยผู้ให้บริการ (co payment) เพื่อป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น
- ◆ มีความยืดหยุ่นในการจัดการทางการเงินตามความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน
- ◆ สามารถจ้างบุคลากรมาปฏิบัติงานเพิ่มในกรณีที่ไม่เพียงพอ
- ◆ ให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมต่อบุคลากรที่ประจำการเพื่อให้มีแรงจูงใจ มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน
- ◆ มีความโปร่งใสในการบริหารทางการเงินสามารถตรวจสอบได้
- ◆ ตั้งกรรมการชุมชนตรวจสอบการใช้จ่าย

3.6.3 การบริการ

- ◆ การบริการต้องมุ่งเน้นความเป็นมนุษย์ บริการด้วยใจ มีความรู้สึกร่วมทุกข์ร่วมสุข กับประชาชน ผู้ใช้บริการ และชุมชน
- ◆ ให้บริการโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคกัน จัดบริการสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง
- ◆ บริการที่ครบถ้วนทั้ง 4 มิติ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ
- ◆ บริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง อย่างเสมอภาค
- ◆ วางแผนร่วมกับประชาชนในชุมชน รับฟังข้อเสนอแนะของชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมดำเนินการ
- ◆ บริการต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่
- ◆ บริการต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
- ◆ บริการที่สะดวกรวดเร็ว ครบถ้วน เป็น one-stop service ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก
- ◆ มีความยืดหยุ่นในการบริการ

- ◆ มีการวางแผนการให้บริการ และติดตามประเมินผลของบริการและความพึงพอใจของประชาชนที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางปรับปรุงการบริการ
- ◆ ให้ข้อมูลข่าวสารเพียงพอแก่การตัดสินใจเลือกใช้บริการของประชาชน

3.6.4 การควบคุมคุณภาพ

- ◆ จัดระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ
- ◆ จัดระบบการประกันคุณภาพการบริการ
- ◆ มุ่งเน้นการพัฒนาผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ
- ◆ พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้เป็นที่ยอมรับต่อประชาชน
- ◆ จัดระบบการศึกษาต่อเนื่องที่ได้มาตรฐาน เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ
- ◆ จัดเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนที่ผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน
- ◆ จัดสรรให้มีกำลังคนเพียงพอและมีคุณสมบัติเหมาะสมในการให้บริการ
- ◆ มีงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพและเพียงพอ
- ◆ จัดตั้งกรรมการชุมชนเพื่อตรวจสอบคุณภาพและเสนอแนะบริการ
- ◆ มีการติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการ และความพึงพอใจของประชาชนผู้มาใช้บริการ

4 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

4.1 การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน

- ◆ สามารถทำการคัดกรองโรคเพื่อทำการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ที่มีความผิดปกติในระยะแรก เพื่อให้มีโอกาสที่จะรักษาได้ทัน่วงที
- ◆ สามารถเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์และปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน

4.2 การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย

4.2.1 ให้การรักษายาบาลกลุ่มที่ป่วย

- ◆ สามารถตรวจวินิจฉัยโรค และความเจ็บป่วย
- ◆ สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลทั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่สอดคล้องกับสภาพของผู้รับบริการ
- ◆ สามารถตัดสินใจวางแผนให้การรักษายาบาลร่วมกับผู้ให้บริการทั้งภาวะปกติ เรื้อรัง และฉุกเฉิน ได้อย่างปลอดภัย
- ◆ สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นต่างๆ ตามขอบเขตของวิชาชีพ
- ◆ สามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมอย่างเสมอภาค
- ◆ ติดตามให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน
- ◆ ฟื้นฟูสุขภาพ/สภาพของผู้ป่วย และกลุ่มบุคคล
- ◆ จัดบริการให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม
- ◆ ประสานงานกับองค์กร หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้การรักษายาบาล
- ◆ ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เกิดขอบเขตความรับผิดชอบในการดูแล
- ◆ ผสมผสานความรู้ในวิชาชีพ และความรู้จากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.2.2 ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- ◆ สามารถให้ความรู้ ให้ข้อแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ◆ ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการวางแผนครอบครัว
- ◆ สามารถทำกิจกรรม ให้การสนับสนุน และเป็นหุ้นส่วนในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย อาหาร ผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อน
- ◆ สามารถให้ภูมิคุ้มกันโรค

4.3 สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเองช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

- ◆ มีความรู้และทักษะในด้านการพัฒนาชุมชนในบริบทของชุมชนตามวิถีชุมชน วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชนโดยใช้การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ◆ สามารถนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน
- ◆ มีทักษะในการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วม

4.4 ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และชุมชน

- ◆ มีความรู้ในเรื่องสิทธิของผู้ใช้บริการและกฎหมายวิชาชีพ
- ◆ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้บริการสุขภาพ
- ◆ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ใช้บริการ ตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพ
- ◆ ให้บริการโดยคำนึงถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง

4.5 ส่งเสริมสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม

- ◆ มีความรู้ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การกำจัดขยะ การบำบัดน้ำเสีย การควบคุม/กำจัดสารพิษในด้าน การเกษตร

- ◆ สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สารจากธรรมชาติ
- ◆ ใช้หลักของอนามัยสิ่งแวดล้อม

4.6 จัดระบบข้อมูลปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

- ◆ จัดระบบฐานข้อมูลให้เป็นสภาพการณ์ปัจจุบัน
- ◆ สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการจัดระบบข้อมูล เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น
- ◆ สามารถสืบค้นข้อมูลจากเทคโนโลยีที่ทันสมัย
- ◆ สามารถเลือกใช้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.7 กำหนดนโยบาย แผนงานและกิจกรรม

- ◆ มีความสามารถในการวางแผนงานและมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายในระดับชุมชนให้สอดคล้องกับแผนบริการสุขภาพของชุมชน
- ◆ สามารถนำแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.8 ประเมิน ตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

- ◆ สามารถประเมิน ตรวจสอบคุณภาพการบริการตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง
- ◆ นำผลประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
- ◆ ร่วมสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลได้

4.9 สร้างและพัฒนาทีมงานในการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

- ◆ มีภาวะการเป็นผู้นำ
- ◆ มีทักษะการสร้างสัมพันธภาพ สร้างทีมงาน และสร้างแรงจูงใจ
- ◆ มีทักษะในการเจรจาต่อรอง

4.10 การวิจัยเบื้องต้น

- ◆ สามารถทำวิจัยเบื้องต้น
- ◆ มีส่วนร่วมในการทำวิจัย
- ◆ สามารถใช้ผลการวิจัยปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาระชาชีพ

5 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

เนื่องจากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในภาคกลาง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสถานบริการที่ประชาชนไปใช้บริการสุขภาพมากที่สุดคือ สถานีอนามัย ดังนั้นข้อเสนอแนะการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงมุ่งเน้นที่การพัฒนาสถานีอนามัยซึ่งมีกระจายอยู่แล้วในทุกตำบลทั่วประเทศ ควรจะพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัยในการให้บริการมากกว่าที่จะสร้างสถานบริการใหม่ขึ้นมา แต่อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะนี้ก็สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นได้ เช่น ร้านขายยา คลินิกเอกชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นต้น

5.1 ผู้ให้บริการ

- ◆ มีบุคลากรจำนวนเพียงพอ เหมาะสมกับประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- ◆ ปรับกระบวนการคิด ให้บริการเชิงรุกมากขึ้น โดยเปลี่ยนจากการเน้นการรักษา เป็นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
- ◆ มีการปลูกฝังทัศนคติ เน้นการบริการที่ประทับใจ
- ◆ คำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง
- ◆ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมเสนอแนะแสดงความคิดเห็นในการวางแผนและให้บริการ
- ◆ สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว
- ◆ เข้าใจปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของชุมชนเป็นอย่างดี
- ◆ บริการด้วยใจ / มีเจตคติที่ดีกับชุมชน และมีจรรยาบรรณวิชาชีพ
- ◆ มีความเป็นผู้นำ มีทักษะในด้านการบริหาร มีมนุษยสัมพันธ์ และมีความยืดหยุ่น
- ◆ มีทักษะในการทำงานเป็นทีม สามารถประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ ได้ดี
- ◆ มีพื้นฐานการศึกษาระดับวิชาชีพ (ปริญญาตรี) เช่น พยาบาลวิชาชีพ
- ◆ มีกฎหมายวิชาชีพรองรับ เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ
- ◆ ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ให้เหมาะสมกับความต้องการสอดคล้องกับบริบทของชุมชน
- ◆ ได้รับสิ่งตอบแทนที่เหมาะสมทั้งในรูปของเงิน ศักดิ์ศรีและความก้าวหน้า หรือ สิ่งจูงใจเพื่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

5.2 ประชาชนผู้ให้บริการ

- ◆ ปรับกระบวนการคิดว่า “สุขภาพเริ่มต้นที่ตนเอง” โดยตระหนักว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของตนเอง
- ◆ เกิดวัฒนธรรมใหม่ทางด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล
- ◆ ร่วมสร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชน ให้ชุมชนมีความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการพัฒนาชุมชนควบคู่ไปกับการพัฒนาสุขภาพ
- ◆ รู้และตระหนักในสิทธิที่พึงได้ของตน
- ◆ สามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ

5.3 ผู้นำชุมชน/องค์กรชุมชน

- ◆ มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- ◆ มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- ◆ มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
- ◆ มีความสัมพันธ์อันดีในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ
- ◆ ตรวจสอบและเสนอแนะบริการสุขภาพ

5.4 สถานที่ให้บริการ

- ◆ ควรตั้งอยู่ในชุมชน
- ◆ ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกและปลอดภัย
- ◆ มีอุปกรณ์ / เวชภัณฑ์ที่เหมาะสม พร้อมใช้และเพียงพอ
- ◆ มีรถส่งต่อผู้ป่วยในกรณีจำเป็น

5.5 บริการ

- ◆ บริการที่คำนึงถึงประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- ◆ บริการมีคุณภาพเป็นที่ศรัทธาของประชาชน

- ◆ บริการทั่วถึงและเสมอภาค
- ◆ เพิ่มขีดความสามารถในการบริการโดยมีพยาบาลวิชาชีพพร้อมกับสหวิชาชีพ เป็นผู้ให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ อาจจะมีแพทย์มาตรวจรักษาเดือนละ 1-2 ครั้ง
- ◆ บริการอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง
- ◆ พัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติโดยมีผู้ให้บริการเป็นผู้ให้การสนับสนุน
- ◆ มีระบบส่งต่อและรับกลับที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเครือข่ายเชื่อมโยงทั้งระดับบน ระดับล่างและระดับเดียวกัน
- ◆ มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ
- ◆ เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน เสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนเข้มแข็ง
- ◆ พัฒนาสุขภาพชุมชนควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

5.6 การบริหารจัดการ

- ◆ กำหนด catchment area ให้ชัดเจน มีการขึ้นทะเบียนเพื่อความสะดวกในการบริการ
- ◆ มีอิสระในการบริหารจัดการ (ไม่ขึ้นกับส่วนบนมากเกินไป)
- ◆ มีความคล่องตัวและยืดหยุ่น
- ◆ ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ไม่ควรยึดติดกับระเบียบคำสั่งจากส่วนกลางมากเกินไป
- ◆ ปรับปรุงระบบรายงานให้มีเท่าที่จำเป็น และจัดระบบแฟ้มประวัติผู้ใช้บริการ (อาจใช้คอมพิวเตอร์ช่วย) เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ปฏิบัติงานได้สะดวกมีเวลาให้บริการได้เต็มที่
- ◆ ต้องแบ่งงาน มอบหมายงานที่รับผิดชอบให้ชัดเจน ตามความถนัดและกรอบงาน
- ◆ พัฒนาศักยภาพของ ศสมช. ที่มีอยู่ โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำและติดตามการบริการอย่างต่อเนื่อง
- ◆ พัฒนาระบบประสานงานกับองค์กรเครือข่าย
- ◆ พัฒนาระบบควบคุมคุณภาพบริการ
- ◆ พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินการบริการ

- ◆ ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เน้นความคุ้มค่า

5.7 การเงิน / งบประมาณ

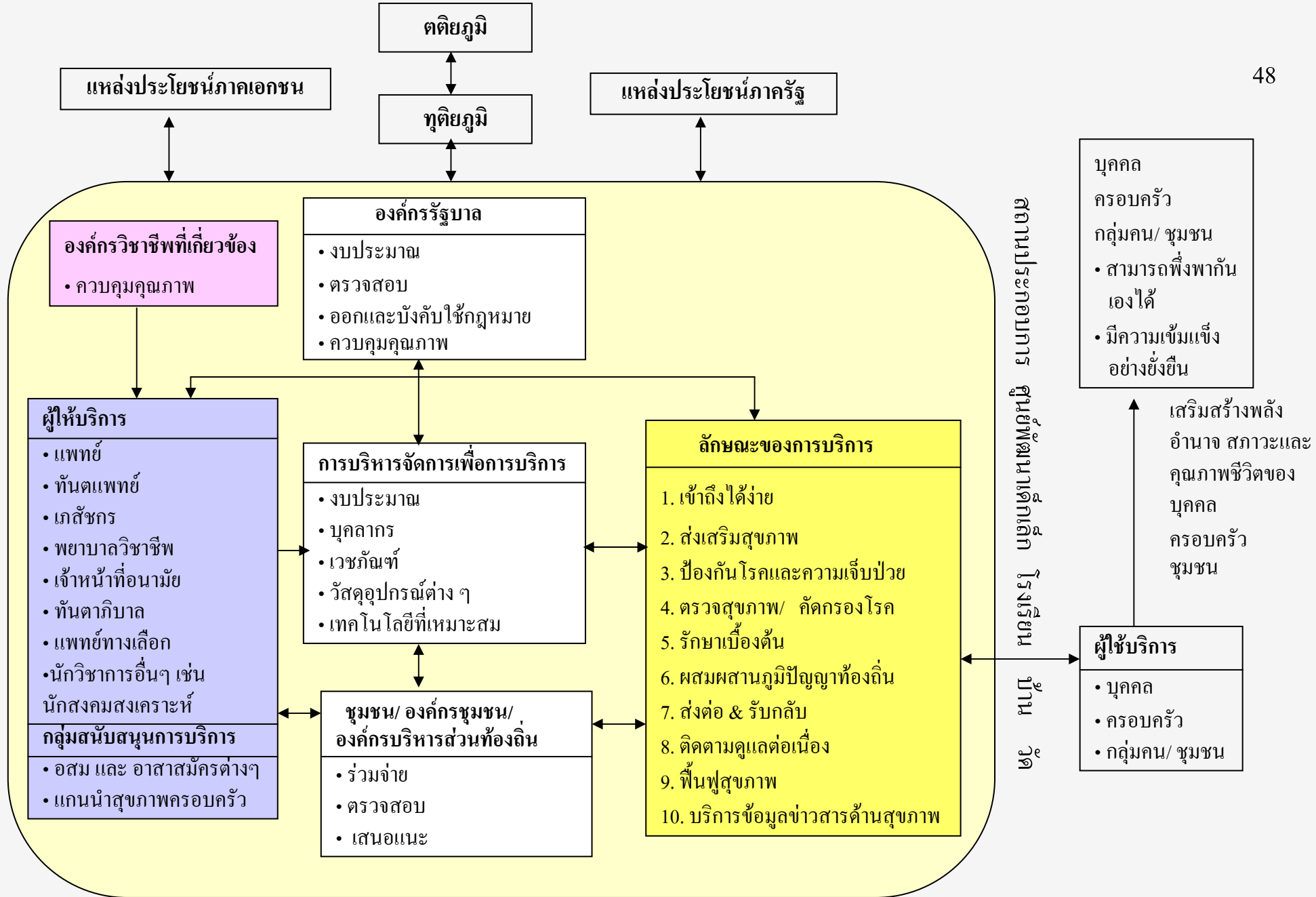
- ◆ กำหนด Catchment area ให้ชัดเจน เพื่อสะดวกต่อการจัดการทางการเงิน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
- ◆ มีการกำหนดกลไกกำกับดูแลค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพให้มีมาตรฐาน และเป็นธรรม
- ◆ จัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น ให้มีสัดส่วนมากกว่างบประมาณที่ใช้ในการรักษา
- ◆ มีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐบาลทั้งจากส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.)
- ◆ มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากภาคเอกชนต่าง ๆ
- ◆ มีการร่วมจ่ายบางส่วนโดยผู้ใช้บริการ (co payment) เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น
- ◆ มีความยืดหยุ่นในการจัดการทางการเงินตามความจำเป็น เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน
- ◆ สามารถจ้างบุคลากรมาปฏิบัติงานเพิ่มในกรณีที่ไม่เพียงพอ (ตามความจำเป็น)
- ◆ ให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมต่อบุคลากรที่ปฏิบัติการเพื่อให้มีแรงจูงใจ มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน
- ◆ มีความโปร่งใสในการบริหารทางการเงินสามารถตรวจสอบได้
- ◆ ตั้งกรรมการชุมชนตรวจสอบการใช้จ่าย

5.8 การควบคุมคุณภาพ

- ◆ จัดระบบการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ
- ◆ จัดระบบการประกันคุณภาพการบริการ
- ◆ มุ่งเน้นการพัฒนาผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ
- ◆ พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้เป็นที่ศรัทธาต่อประชาชน

- ◆ จัดระบบการศึกษาต่อเนื่องที่ได้มาตรฐาน เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการให้สามารถบริการได้อย่างมีคุณภาพ
- ◆ จัดเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนที่ผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
- ◆ มีกำลังคนเพียงพอในการให้บริการ
- ◆ มีงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพและเพียงพอ
- ◆ จัดตั้งกรรมการชุมชนเพื่อตรวจสอบคุณภาพและเสนอแนะบริการ
- ◆ มีการติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการ และความพึงพอใจของประชาชนผู้มาใช้บริการ
- ◆ ผู้ให้บริการต่างๆ ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การกำกับขององค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

จากข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ สามารถสรุปเป็นรูปแบบดังแสดงในแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ค้นจาก : <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/ca2.3.html>

กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541.

กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2536-2540. ค้นจาก
<http://www.moph.go.th/ops/bhpp/val11.html>.

กองคลังข้อมูลและสารสนเทศสถิติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2540.

กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานการวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย
ในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูง
อายุ” พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง กรุงเทพฯ : บริษัทแอล ที เพรส จำกัด 2540

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ :
หมอชาวบ้าน.

ทัศนา บุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึง
ประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ : สิริโชคการพิมพ์.

บุปผา ศิริสัมพันธ์และบุญเลิศ เลี้ยงประไพ. (2531). การประเมินความรู้ ทักษะและผลการปฏิบัติงาน
ตามแผนการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพระดับตำบล. สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพ ในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนัก
งานปฏิรูประบบสุขภาพ.

ปรีดา เต๋ออารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมพี และ
สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2543). ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของ
ไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. (2542). **เวชปฏิบัติครอบครัว : บริการสุขภาพที่ใกล้ใจ และใกล้บ้าน แนวคิด และประสบการณ์.** โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

โยธิน แสงวดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ. (2543). **ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข.** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รวินันท์ ศรีกนกวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2541). **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข.** สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2529). **ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ แพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหิดล.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2543). **สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมศักดิ์ ชุณหวิกรม. (2537). **บทวิจารณ์บทความเรื่องอนาคตของการบริการสาธารณสุขระดับชุมชน.** เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง อนาคตของการบริการสาธารณสุขระดับชุมชน โครงการอยุธยา. 4 กุมภาพันธ์ 2537

สถิกร พงษ์พานิช และคณะ. (2541). **บัญชีรายจ่ายทางสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544). **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2542). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541.** โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สนอง นนทรัตน์. (2538). ภาระหน้าที่และความเหมาะสมในการปฏิบัติงานในสถานีนามัย. เอกสารประกอบการสัมมนาทิศทางการพัฒนาสถานีนามัยและโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานีนามัย, 21-22 กุมภาพันธ์ 2538.

โสภณ บุติธรรม และคณะ. (2536). รายงานวิจัยเรื่อง ผลกระทบของโครงการพัฒนาระบบบริการ
สาธารณสุขต่อการพัฒนาสถานีอนามัย.

สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2542). รายงานวิจัยคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมือง
ภาคกลาง. กรุงเทพฯ : หิฟเนตรการพิมพ์.

สุเมธ ทิพย์ชาติ. (2533). การปฏิบัติงานและการรับรู้บทบาท การให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีนามัยในจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขานิเทศการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

☆☆