

เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ
“พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ภาคที่ 3

พัฒนาการของระบบบริการ (Service development)

บทที่ 1 ระบบบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการ
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย : พญ.สุพิศรา ศรีวัฒนเขตร

บทที่ 2 การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย : รศ.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

นพ. จเด็จ ธรรมธัชอารี

บทที่ 3 ระบบเวชบริการฉุกเฉิน

โดย : นพ.สุรจิต สุนทรธรรม

บทที่ 4 ระบบบริการทันตกรรม

โดย : พศ.กพญ.ปิยะนารถ จาติเกตุ

บทที่ 5 ระบบประกันสุขภาพกับการพัฒนาระบบบริการ

ในการดูแลสุขภาพระยะยาว : กรณีผู้ป่วยจิตเวช

โดย : นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์

พญ.ปัทมา ศิริเวช

บทที่ 6 ระบบบริการโรคเรื้อรัง

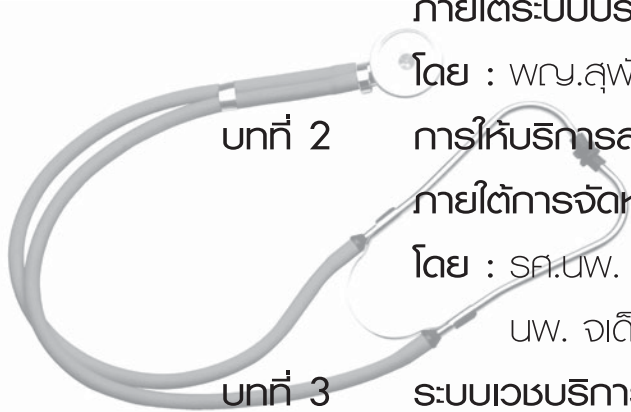
ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย : นายแพทย์กัมต์ เจริญรุ่งโรจน์

นายแพทย์พีริส ประดิษฐ์วณิช

บทที่ 7 ระบบบริการเภสัชกรรม

โดย : รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์



เกริ่นนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์ทางด้านการจัดบริการทางสุขภาพและการจัดการการเงินการคลังทางด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างไปจากกลวิธีทางการบริหารภาครัฐที่เคยใช้ดำเนินการมาในอดีต ในระดับพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขที่ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนขยายตัวขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อตัวและขับเคลื่อนไปภายใต้เจตนารมณ์แห่งรัฐอันเป็นผลมาจากการปฏิรูปปรัชญา แนวคิด และโครงสร้างทางการเมืองและสังคมไทยภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 คู่ขนานไปกับการรื้อสร้างฐานคติของระบบสุขภาพของประชาคมไทยอย่างกว้างขวางในวาระการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543

แม้ว่านักการสาธารณสุขไทยจะค่อยๆ เรียนรู้กรอบกลวิธีในการจัดการให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนจากหลายประเทศและปรับใช้กับระบบและวิถีของคนไทยมาหลายทศวรรษแล้วก็ตามแต่กระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับแนวคิดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมไทยอย่างเนิ่นนานยังไม่เกิดขึ้นกว้างขวางนัก ดังจะเห็นได้จากความจำกัดในแวดวงนักวิชาการและนักวิจัยทางด้านนี้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ หากยอมรับจากบทเรียนของนานาประเทศว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องสะสมความรู้จากบทเรียนอียาวนาน สังคมไทยจำเป็นต้องลงทุนสร้างฐานนักคิดนักวิจัยและนักวิชาการจากพื้นฐานทางวิชาการสหสาขาเข้ามาร่วมกันลงรากฐานทางความรู้อันจะช่วยให้การก่อวิวัฒนาการของปรัชญา แนวคิด เป้าหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญสำหรับใช้กำหนดโครงสร้างและกฎเกณฑ์ในการบริหารจัดการนโยบายหลักประกันสุขภาพให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทั้งในระดับชาติระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่นต่อไปอย่างยั่งยืนนาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดให้เกิดเครือข่ายของนักวิจัยทางสุขภาพเพื่อสร้างกระบวนการศึกษาเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง อันจะช่วยให้สังคมไทยได้มีข่าวสารและความรู้ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนทิศทางของการจัดการการเปลี่ยนผ่านหลักประกันสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนไทยทั้งปวง

เอกสารและบทความวิเคราะห์สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพเล่มนี้ เป็นผลจากความเพียรพยายามของนักวิชาการและนักวิจัยจำนวนหนึ่งที่ได้เริ่มทำการศึกษาสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดและวิธีการที่นำมาใช้อย่างต่อเนื่อง บทความวิเคราะห์ทางวิชาการที่เกิดจากสติปัญญาของนักวิชาการเหล่านี้จะเป็นเอกสารส่วนหนึ่งที่น่าเข้าสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับนักวิชาการที่หลากหลายในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร เพื่อนำสู่การปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ บนพื้นฐานทางวิชาการและความคิดเห็น ข้อเสนอที่หลากหลาย อันจะนำสู่เอกสารวิชาการที่มีคุณค่าสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารจะได้นำไปใช้ประกอบการพิจารณาปรับแก้นโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติให้เกิดผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นก็คือ บทความจากนักวิชาการเหล่านี้จะช่วยเป็นเสมือนเครื่องบันทึกประวัติศาสตร์การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของการจัดการระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย และเป็นฐานทางความรู้ที่จะช่วยให้เกิดการขยายตัวของนักวิจัยสาขาต่างๆ ให้เกิดแรงกระตุ้นเตือนให้เข้ามาร่วมสานเครือข่ายแวดวงนักวิจัยในด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยจนเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องช่วยให้การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง รูปแบบ และวิธีการต่างๆ ที่จำต้องนำมาใช้ในกลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับคนไทยได้อย่างแท้จริง

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่ 1

ระบบบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7
1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	9
2. สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพระบบต่างๆ	21
3. การเคลื่อนและปรับตัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ	26
4. แนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิในอนาคต	41
เอกสารอ้างอิง	43

บทที่ 2

การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45
1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47
2. สถานการณ์ในปัจจุบันและพัฒนาการในระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา	51
3. ทิศทางในอนาคต และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	64
4. ประเด็นเพื่อการอภิปรายในงานประชุมวิชาการ	67
เอกสารอ้างอิง	68

บทที่ 3

ระบบเวชบริการฉุกเฉิน	69
1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับเวชบริการฉุกเฉิน	71
2. สถานการณ์ในปัจจุบัน และพัฒนาการเวชบริการฉุกเฉิน ในระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา	72
3. ทิศทาง ในอนาคต และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	78
4. สรุป	88
ภาคผนวก	89
เอกสารอ้างอิง	92

บทที่ 4

ระบบบริการทันตกรรม	95
1. ระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทย ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	97
2. ระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทย หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	107
3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดระบบบริการทันตกรรมตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	114
4. ข้อเสนอเชิงวิชาการด้านการวิจัย	118
กิตติกรรมประกาศ	119
เอกสารอ้างอิง	120

บทที่ 5

ระบบประกันสุขภาพกับการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพระยะยาว : กรณีผู้ป่วยจิตเวช	123
1. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และแนวคิดการจัดระบบบริการ	125
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	129
3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	134
เอกสารอ้างอิง	137

บทที่ 6

ระบบบริการโรคเรื้อรัง ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	139
1. ความนำ	141
2. โรคเรื้อรังและการดูแล	141
3. ปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย	143
4. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	146
5. ระบบบริการโรคเรื้อรังในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน	148
6. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดระบบบริการโรคเรื้อรัง ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	153
7. ประเด็นที่นำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ	158

บทที่ 7

ระบบบริการเภสัชกรรม	161
1. บทบาทของบริการเภสัชกรรม	163
2. ส่องทศวรรษแห่งการพัฒนาระบบกับผลลัพธ์ที่จำกัด	164
3. การปฏิรูปสู่ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผลต่อการบริหารด้านยา	174
4. ทิศทางเพื่อการพัฒนา	177
เชิงอรรถ	182
เอกสารอ้างอิง	183

บทที่ 1

ระบบบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการ
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย :

พณ.สุพิศรา ศิริวัฒนเขาก

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1.1 ที่มาและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

สถานการณ์สุขภาพของคนไทยที่มีแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะเรื้อรังและเกี่ยวกับพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น มีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ต้องปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ควรมีความเข้าใจสภาพการดำเนินชีวิตของประชาชนมากขึ้น มีลักษณะการดูแลที่ต่อเนื่อง และต้องผสมผสานกับบริการด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยยังมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่ ทั้งในด้านการใช้ทรัพยากร และการจัดระบบบริการ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นมาก แต่ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างไม่ได้สัดส่วนกัน อีกทั้งประชาชนจำนวนมากยังทุกข์จากการใช้ระบบบริการ และเข้าไม่ถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ตัวอย่างรูปธรรมเช่น ผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐยังแน่นแออัด ต้องรอรับบริการนาน ผู้ให้บริการตรวจดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลาที่สั้นมาก และให้บริการทั้งส่วนที่เป็นปัญหาพื้นฐานที่ประชาชนควรดูแลตนเองได้ หรือเป็นบริการที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สามารถดูแลแทนแพทย์ได้ ในขณะที่สถานื่อนามัยที่ตั้งอยู่ใกล้ประชาชนมีคุณภาพต่ำ ประชาชนไปใช้บริการน้อย ประชาชนไปใช้บริการปัญหาเดียวกันจากสถานพยาบาลหลายแห่ง ปัญหาที่แพทย์ ผู้ให้บริการ ใช้เทคโนโลยีราคาแพงอย่างไม่คุ้มค่า มีการใช้ยามากเกินจำเป็น เป็นต้น

ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ ระบบบริการปฐมภูมิ ที่เป็นด่านแรกของระบบบริการยังไม่เข้มแข็ง มีคุณภาพต่ำ หน่วยบริการระดับปลายสุดได้รับการสนับสนุนและการพัฒนาไม่เต็มที่ รวมทั้งระบบการส่งต่อยังไม่ราบรื่น

ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพราะเป็นฐานรากสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนพื้นฐานของบริการสุขภาพในระดับอื่นๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น

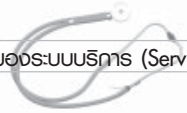
การพัฒนาบริการนี้มีไว้เพื่อให้บริการมีค่าใช้จ่ายลดลง แต่เพื่อให้บริการมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ตอบสนองความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน และเพิ่มศักดิ์ศรีคุณค่าของประชาชนที่เป็นหุ้นส่วนใหญ่ของการดูแลสุขภาพด้วย

ประเด็นสำคัญของบริการปฐมภูมิคือ ส่วนที่สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างเหมาะสม และส่วนที่เป็นการบริการด้วยแนวคิดอย่างเป็นองค์รวม

การเร่งพัฒนาขยายบริการ ก็ต้องทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างพอดีควบคู่ไปด้วย การพัฒนาแบบไม่สมดุลที่เน้นแต่การรักษาพยาบาล หรือการทำให้ประชาชนพึ่งบริการมากก็จะก่อปัญหาใหม่ขึ้นได้

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระวังอย่าใช้เวลาและทรัพยากรกับการรักษาพยาบาลมาก จนไม่มีแผนการพัฒนาส่วนที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพดี จะขาดความสมดุล และทำให้ระบบพัฒนาไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาบริการต้องปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของสังคม วัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจทั้งในปัจจุบัน และที่เป็นแนวโน้มในอนาคต



2.1 แนวคิดที่เกี่ยวกับบริการปฐมภูมิในประเทศไทย และพัฒนาการ

แนวคิดการจัดแบ่งบริการเป็นระดับ

ส่วนแรกเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุข ที่พยายามจัดแบ่งบริการเป็นระดับต่าง ๆ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีบทบาทหลักในด้านการบริการทางการแพทย์แตกต่างกัน โดยพิจารณาจากฐานความคิดที่เห็นว่าบริการแต่ละระดับใช้ทรัพยากรบุคคล และเทคโนโลยีต่างกัน อีกทั้งการจัดระบบบริการเป็นขั้นตอนตามสภาพความจำเป็นของการใช้งานเพื่อให้เกิดระบบที่มีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และกระจายได้อย่างทั่วถึง แนวคิดด้านนี้ ในระยะแรกเป็นส่วนที่ได้รับอิทธิพลจากองค์กรอนามัยโลก แต่ในระยะ 10-15 ปีหลังเริ่มรับความคิดจากประเทศทางด้านตะวันตกยุโรปที่จัดแบ่งบริการเป็นเพียงบริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยมีได้แบ่งแยกมากเป็นระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)¹

ส่วนที่สองเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับคุณลักษณะและคุณภาพของบริการสาธารณสุข ได้แก่แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่กำหนดจากองค์การอนามัยโลก ที่เป็นปรัชญา หลักการที่กำหนดว่าต้องมีการจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับทั้งในเชิงสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ รวมทั้งการจัดบริการที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชุมชน และใกล้ที่ทำงาน รวมทั้งเป็นบริการที่บูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในขณะเดียวกันก็มีการเผยแพร่แนวคิดที่เน้นความหมาย “สุขภาพ” ที่กว้างขวางมากกว่าการไม่มีโรค แต่มีความหมายครอบคลุมสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งหมดทั้งที่ป่วยและไม่ป่วย ดูแลประชาชนทั้งหมดมิใช่เน้นแต่ผู้ที่มาใช้บริการเท่านั้น ซึ่งแนวคิดเหล่านี้มีส่วนกระตือรือร้นให้การจัดบริการสาธารณสุขมีประเด็นที่ต้องพิจารณาคุณลักษณะบริการที่ต้องเป็นองค์รวมมากขึ้น และต้องมีการดำเนินงานที่สนับสนุนให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น มีการดำเนินงานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค ที่เป็นการทำงานเชิงรุก รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสุขภาพระดับต่างๆ

เวชศาสตร์ครอบครัว²

ส่วนที่สามเป็นแนวคิดในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ที่ประเทศไทยรับคำนี้หรือศาสตร์นี้มาจากประเทศทางด้านตะวันตก ที่เป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาเฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นศาสตร์วิชาที่เกิดขึ้นหลังจากที่บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเป็นสาขาเฉพาะทางมากมาย จนทำให้บริการพื้นฐานที่เวชปฏิบัติทั่วไปถูกลดคุณค่า ถูกมองข้ามและไม่ได้รับความนิยม แพทย์ด้านเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศตะวันตกจึงได้พยายามรวมกลุ่มและศึกษาพัฒนาจัดระบบความรู้เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพพื้นฐานให้เป็นศาสตร์วิชาที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่าอีกสาขาหนึ่งที่ไม่ด้อยกว่าบริการทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ศาสตร์นี้จะเน้นความเป็นบูรณาการของความรู้ทางด้านการแพทย์สาขาต่างๆ ที่บูรณาการกับความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา มิได้เน้นไปทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ลงลึกไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่เป็นศาสตร์ที่ใช้ให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่ม ทุกโรค เน้นการให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

■ ระบบบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีความพยายามที่จะเข้าใจความต้องการ ความจำเป็นของประชาชนในด้านสุขภาพ ศาสตร์นี้ในบางประเทศก็ใช้คำว่า เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) บางประเทศก็เปลี่ยนเป็น เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เพื่อเป็นการเปลี่ยนภาพลักษณ์ใหม่ของบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

แนวคิดและศาสตร์นี้ในประเทศทางด้านตะวันตกจะเน้นไปที่เป็นศาสตร์หนึ่งของแพทย์ เป็นสาขาเฉพาะทางหนึ่งของแพทย์แต่ในประเทศไทยเนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขยังมีแพทย์ไม่เพียงพอ และเห็นว่าความรู้ และศาสตร์วิชานี้ น่าที่จะใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นๆ ด้วย จึงมีการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดนี้ให้บุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่มที่ทำงานในหน่วยบริการด้านแรก เป็นการใช้ในลักษณะที่กว้างมากกว่ากับกลุ่มแพทย์เพียงส่วนเดียว

แนวคิดในเรื่องระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System)³

แนวคิดอีกส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ คือ ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่เป็นฐานคิดที่เกี่ยวกับการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน และเชื่อมโยงกับบริการโดยสถานอนามัย และเป็นฐานการมองปัญหาารวมในระดับอำเภอ ตลอดจนมีผลเกี่ยวข้องกับการออกแบบมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ชนบทด้วย

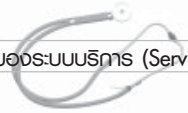
ความหมาย หรือ นิยาม มีดังนี้ (จาก the WHO Global Programme Committee in 1986)

“A district health system based on primary health care is more or less self-contained segment of the national health system. It comprises first and foremost **a well-defined population**, living within a clearly delineated administrative and geographical area, whether urban or rural. It **includes all institutions and individuals providing health care in the district**, whether governmental, social security, non-governmental, private, (or) traditional. A district health system therefore **consists of a variety of interrelated elements that contribute to health in homes, schools, workplaces and communities, through the health and other related facilities. It includes self-care**, and all health care workers and facilities, up to and including the hospital at the first referral level and the appropriate laboratory, other diagnostic and logistic support services. Its component element **need to be well coordinated by an officer assigned to this function in order to draw together all these elements and institutions into a fully comprehensive range of promotive, preventive, curative and rehabilitative health activities.**”

จากความหมายข้างต้น แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของงานในบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ จะมีทั้ง

- การวางแผนและการประสานแผนการจัดบริการเพื่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ
- การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- งานที่เป็นบริการด้านสุขภาพโดยตรง ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ
- การสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสม

ซึ่งเป็นแนวความคิดส่วนหนึ่งในการจัดบทบาทของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)



การบูรณาการแนวคิดทั้งหมดมาสู่ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

การพัฒนาบริการปฐมภูมิ มีฐานมาจากแนวคิดต่างๆ ข้างต้นในแต่ละระยะไม่เท่ากัน และพัฒนาออกเป็นรูปธรรมการดำเนินงานที่ต่างกัน กล่าวคือ

พัฒนาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยมาจากฐานสังคมไทยที่มีระบบการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน ประชาชนต้องดูแลตนเอง และดูแลกันเองภายในชุมชน กลุ่มคนที่คลุกกับชุมชนเหมือนหมอ GP ของฝรั่ง คือแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะการดูแลที่เป็นองค์รวม ผสมผสานการปฏิบัติตัวในวิถีชีวิตคู่ไปด้วย

แต่เมื่อมีการนำแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาที่เริ่มให้ความสำคัญกับแพทย์และสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลมากกว่าบริการในชุมชน เน้นที่การรักษาพยาบาลโดยเฉพาะส่วนที่เป็นโรคติดต่อ โรคที่ต้องการการผ่าตัด การทำหัตถการต่างๆ และพัฒนาต่อมาจนเป็นแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในไทยมีลักษณะที่เน้นการรักษาพยาบาล และมีความแยกส่วนมากขึ้นเรื่อยๆ มีช่องว่างของบริการระหว่างคนไข้กับหมอ

ในระยะแรกของการพัฒนาระบบบริการทางแพทย์และสาธารณสุขเป็นการพัฒนาหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับต่างๆ ได้แก่ วางแผนให้สถานเฝ้าระวัง เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยที่เน้นการพัฒนาบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่เป็นระดับตติยภูมิ แต่ละระดับจะมีสัดส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพ กับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในสัดส่วนที่ลดหลั่นกันไป คือ ส่วนสถานเฝ้าระวังให้บริการรักษาพยาบาล 25 % ส่งเสริม ป้องกัน 75 % ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการรักษาพยาบาล 75 % และส่งเสริมป้องกัน 25 % ส่วนสถานเฝ้าระวังยังคงเน้นที่บริการปฐมภูมิ แต่เน้นไปที่การรักษาพยาบาล และการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคพื้นฐาน รวมทั้งพยายามจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งส่งขึ้นและลงเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ประชากรได้รับการดูแลด้วยมาตรฐานเดียวกันอย่างทั่วถึง

เมื่อมีกระแสและแรงผลักดันในด้านสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยได้แปลหลักการสาธารณสุขเป็นแผนดำเนินงานที่ทำให้ทุกหน่วยบริการมีกิจกรรมดำเนินงานที่สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม และพึ่งตนเองมากขึ้น ซึ่งเน้นไปที่กิจกรรมบริการอีกชั้นหนึ่งที่ดำเนินการโดยประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน การส่งเสริมการพัฒนาองค์กรชุมชน โดยที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงและให้การสนับสนุน หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการสาธารณสุขด้านแรกได้รับความสนใจและมีการพัฒนามากขึ้น แต่มีปัญหาของความคลาดเคลื่อนของการถ่ายทอดแนวคิดหลักการที่เป็นแก่น กลายเป็นเน้นที่กิจกรรม ขาดการประเมินผลที่ผลลัพธ์ ยังคงพยายามทำกิจกรรมที่เป็นแต่ชื่อว่าเป็นสาธารณสุขมูลฐานแต่เนื้อหาบรรลุผลเพียงบางส่วน หน่วยบริการปฐมภูมิยังทำหน้าที่เสมือนเป็นหน่วยคัดกรองบริการให้แก่หน่วยบริการระดับอื่นโดยที่ไม่มีการพัฒนาให้เกิดเอกลักษณ์หรือคุณค่าเฉพาะของหน่วยนี้เอง ไม่มีความสามารถเฉพาะที่เป็นจุดเด่น มีคุณภาพต่ำ และคุณค่าของบริการที่มีคุณภาพยังเน้นไปที่บริการทางการแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ โดยที่ยังมิได้บูรณาการกับแนวคิดการพัฒนาให้เกิดบริการแบบองค์รวม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นการดำเนินกิจกรรมที่แยกเป็นชั้นๆ ไม่บูรณาการ และขาดแนวคิดหลักร่วมกัน

ในช่วงระยะทศวรรษหลังนี้ มีการพัฒนาบริการทางการแพทย์เป็นเฉพาะทางมากตามรอยประเทศทางตะวันตก เน้นคุณค่าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีใหม่ด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพ และระบบเริ่มละเลยประเด็นคุณภาพทางด้านสังคมด้านความเป็นมนุษย์ทำให้เกิดปัญหาความทุกข์ยากของผู้ใช้บริการ และระบบบริการระดับต่างๆ เริ่มมีการพัฒนาไม่สมดุลกัน บุคลากรสาธารณสุขนิยมที่จะศึกษาต่อเนื่องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่างๆ จนเกิดความขาดแคลนในบางสาขา และแม้จะมีการผลิตบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ในพื้นที่ชนบท ก็ยังคงขาดแคลนบุคลากร จึงเริ่มที่จะมีการทบทวนบทบาทและระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และพัฒนาเชื่อมต่อมาที่บริการปฐมภูมิ บริการสาธารณสุขในชนบท จึงได้มีการนำแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย และเชื่อมต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ต้องพัฒนาให้มีเอกลักษณ์ที่เป็นคุณค่าเด่นของตนเองในด้านการบูรณาการบริการแบบองค์รวม มีการนำศาสตร์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาประยุกต์ใช้ และมุ่งเน้นที่สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ซึ่งเป็นแนวคิดเดียวกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน แต่ปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้บูรณาการระหว่างหน่วยบริการด่านแรกกับบทบาทของประชาชนมากขึ้นไม่แยกส่วนกัน รวมทั้งประสานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาให้เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่มีคุณภาพ แยกแยะบทบาทของโรงพยาบาลให้ชัดเจน ทั้งในส่วนที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิโดยตรง ที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิดระบบดูแลสุขภาพของประชาชนที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาระงานและพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลที่ต้องเข้ามามีส่วนสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ อันได้แก่สถานียอนามัยมากขึ้นตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health System) การปฏิบัติตามแนวทางที่กล่าวนี้ในช่วงระยะแรก (ก่อนการดำเนินการระบบประกันสุขภาพ) ยังเป็นระยะก่อตัว มีการทดลองวิจัยและพัฒนาในบางพื้นที่ ได้แก่ บางอำเภอในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ชอนแก่น สงขลา พะเยา และขยายต่อมายังโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศประมาณ 60 กว่าแห่ง ในระยะแรกนี้ไม่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว เพราะยังไม่เป็นการดำเนินงานแบบสั่งการจากส่วนกลาง

โดยสรุปในระยะนี้ก่อนที่จะมีการดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการกำหนดคำจำกัดความใหม่ของเวชปฏิบัติทั่วไป และบริการปฐมภูมิที่ได้ประสานแนวคิดทั้งหมดที่กล่าวข้างต้น ดังในกรอบ 1-2

กรอบ 1

ความหมาย “เวชปฏิบัติทั่วไป / เวชปฏิบัติครอบครัว” (4)

จากการประชุมของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องหลายครั้ง และได้นำเสนอในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 6 (พ.ย. 2536) เกี่ยวกับคำนิยามงานเวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีข้อสรุปของความหมายดังนี้ **“งานเวชปฏิบัติทั่วไป** หมายถึงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community)”

ชื่อของ **“งาน/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป”** ได้มีการเสนอให้ปรับเปลี่ยนเป็น **“เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice)”** ทั้งนี้เพื่อพยายามที่จะสื่อแนวความคิดของการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการดูแลและให้บริการแบบต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวมมากขึ้น

กรอบ 2

ความหมาย “ระบบบริการปฐมภูมิ” (พ.ศ. 2542) (5)

คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ

หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลย์

ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงปฏิบัติการ

1. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบ อย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล แต่ต้องดูแลทั้งหมด ทั้งที่เป็นการรู้สภาวะสุขภาพ และหามาตรการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม
3. ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมฯ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเรียงลำดับตามความสำคัญ และตามลักษณะการดำเนินงานดังนี้
 - 3.1 ให้บริการด้าน **ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** โดยตรง ซึ่งประกอบด้วยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานกับการรักษาพยาบาล ดำเนินการคัดกรองปัญหา ความเสี่ยง ให้วัคซีน ควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล ให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะเพื่อการสร้างศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย
 - 3.2 **ร่วมมือประสานงาน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** ที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยงานส่วนนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีบทบาทในส่วนการเสนอประเด็นแต่การดำเนินงานจะเป็นลักษณะที่ทำงานร่วมกับประชาชนและหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรง (โดยที่มีหน่วยงานอื่นมีบทบาทโดยตรงในการวางแผนดำเนินการสร้างเสริม สุขภาพในระดับกว้าง และส่วนที่เป็น public health policy และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ จะเป็นบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น โดยที่มีงบประมาณต่างหากที่มีใช้งบ UC)
 - 3.3 ให้บริการ **รักษาพยาบาล ดูแลเบื้องต้นในปัญหา/โรค ที่พบบ่อย** โดยมีการกำหนดขอบเขตของสภาพปัญหาหรือรายชื่อโรคที่ควรดูแลได้ให้ชัดเจน
4. ติดตาม ประสาน การให้บริการประเภทต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการ ต่อเนื่อง

ความหมายบริการปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาเชิงกระบวนการ บริการปฐมภูมิมีลักษณะดังนี้

- 1) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
- 2) เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
- 3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
- 4) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคม เมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinated care)

ในระยะต่อมาที่มีกระแสแนวความคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดด้านระบบประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการระบบบริการแบบใหม่ (New public management) ที่เน้นการจัดการด้านการเงิน การคลัง การจัดระบบแข่งขันเชิงตลาด เข้ามามากขึ้น จึงได้มีแนวคิดที่จะนำเอาเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ และใช้ระบบการจัดการด้านการเงินทำสัญญากำหนดให้คู่สัญญาจัดบริการตามที่ได้จัดสรรเงินกำหนด ในลักษณะที่คล้ายกับดำเนินการในประเทศทางด้านตะวันตก แต่ได้มีการปรับด้วยนักคิดในประเทศไทยเอง ที่ปรับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีบทบาทให้บริการที่ผสมผสานทุกด้าน และผู้ให้บริการมิได้กำจัดเฉพาะแพทย์ รวมทั้งการจัดบริการเป็นลักษณะเครือข่ายร่วมกันระหว่างสถานอนามัย/หน่วยบริการด้านแรก ลักษณะอื่นๆ ร่วมกับโรงพยาบาล ยังมีได้แยกกันโดยเด็ดขาด ทั้งนี้เป็นไปตามสภาพของโครงสร้างบริการ สาธารณสุขเดิมของประเทศไทย และตามแนวคิดของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (DHS)

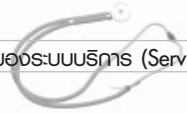
ภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการ แปลแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิเป็นความหมายเชิงปฏิบัติการ ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะเป็นคู่ สัญญาภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีบทบาทหน้าที่และมีมาตรฐานเชิงโครงสร้างในระยะเริ่มต้น ดังกรอบที่ 3⁶ รายละเอียดจะกล่าวในบทต่อไป

กรอบ 3

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CUP) (6)

หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญารับงบประมาณเหมาจ่ายต่อหัวประชากรได้ โดยที่ ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ จัดให้มี หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย

หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการ ย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้



1.3 แนวคิดและความหมายบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ ^(7, 8, 9, 10)

ต้องเรียนรู้และระดมทุนการพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทสังคมที่มีความเหมือนและต่างกันของประเทศต่างๆ : การลอก หรือพัฒนารูปแบบต้องเข้าใจบริบทแวดล้อม

ต่างประเทศที่เป็นประเทศในโลกรตะวันตก มีฐานแพทย์เป็นบุคลากรหลักในการให้บริการทางการแพทย์มานานกว่า 30 ปี และมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในด้านที่เป็นการศึกษาพื้นฐานสุขภาพแวดล้อม สาธารณูปโภค ที่เป็นฐานสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนมาเป็นเวลานานหลายทศวรรษ

คำว่า “Primary Care” ในประเทศทางตะวันตกก็มีรากฐานมาจาก Primary Health Care ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกเช่นเดียวกัน แต่ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะที่ผ่านมาจะยังเน้นให้น้ำหนักทางด้านบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์มากกว่า บริการปฐมภูมิในประเทศทางตะวันตกจึงเป็นลักษณะที่พูดรวมหรือพูดเป็นเรื่องเดียวกับ “บริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) หรือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว” ที่เป็นบริการด่านแรกของระบบสาธารณสุขสำหรับประชาชนทุกคน และมักเน้นไปที่การบริการรักษาพยาบาลมากกว่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และงานชุมชน บทบาทในด้านส่งเสริมสุขภาพที่มีส่วนใหญ่มักจะเป็นบทบาทในระดับบุคคล เช่น การให้ความรู้ และการให้บริการวัคซีน หรือการคัดกรองโรค

ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาในเอเชีย หรือในประเทศไทยฐานความรู้และโครงสร้างพื้นฐานของประชาชนยังมีปัญหาความขาดแคลน และยังต้องการการพัฒนาอย่างจริงจังควบคู่ไปด้วย ฉะนั้นหากประเทศไทยจะเร่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ก็ต้องระวังอย่าลอกเลียนแบบโดยไม่ดูความพร้อมของศักยภาพพื้นฐานของระบบ หากลงทุนและเร่งพัฒนาการรักษามากจนไม่ให้น้ำหนักต่อการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อสุขภาพดี และการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคด้านอื่นๆ อาจจะทำให้ระบบได้รับการพัฒนาไปอย่างไม่สมดุล ไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ และอาจต้องมาตามแก้ปัญหาข้างเคียงที่เกิดจากระบบพื้นฐานพัฒนาไปไม่ทันกัน

การพัฒนาบริการปฐมภูมิแบบที่ใช้สถานพยาบาล หรือบริการเป็นฐาน กับการพัฒนาบริการที่มองชุมชนเป็นฐานเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์และกลวิธีการพัฒนาที่ต้องพิจารณาวางแผนให้เหมาะสม

บทเรียนที่เรียนได้จากประเทศตะวันตก คือ การพิจารณารายละเอียดของกระบวนการให้บริการในสถานพยาบาลให้มีคุณภาพ มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านการสื่อสาร การรักษาพยาบาลบนฐานข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์มีการประเมินผลงานที่ทำไปอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ ทรัพยากรของประเทศตะวันตกเหล่านี้มีมากทั้งในด้านงบประมาณ และบุคลากรในระบบที่มีคุณภาพ และเป็นการดำเนินการภายใต้ระบบวัฒนธรรมแบบฝรั่ง ซึ่งมีบางส่วนที่ต่างจากไทย ไทยมีวัฒนธรรมและศักยภาพขององค์กรในสังคมเดิมที่มีบทบาทแทนบุคลากรสาธารณสุข เช่น กรณีมีปัญหาไม่สบายใจคนไทยมีทางออกไม่ใช่ไปหาแพทย์ แต่ใช้วิธีการปรึกษาพระ ผู้สูงอายุ ไสยศาสตร์ต่างๆ

แต่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศทางด้านตะวันตกในช่วงปัจจุบัน ต่างก็เห็นความสำคัญที่ต้องพัฒนาระบบบริการให้มีความเป็นบูรณาการ มีการต่อเชื่อมของบริการด้านต่างๆ ทั้ง GP, พยาบาลประเภทต่างๆ และวิชาชีพอื่นที่ทำหน้าที่ด้านการฟื้นฟูสภาพ ให้บริการที่ครอบคลุมมากกว่าการแพทย์แต่รวมถึงบริการทางด้านสังคมด้วย ได้มีความพยายามในการกำหนดมาตรการ และงบประมาณเพื่อสนับสนุนแนวทางดังกล่าว โดยใช้แนวทางของ Primary Health Care

(ที่เน้น แนวคิด กลวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และบูรณาการกระบวนการให้บริการพื้นฐาน) ดังเช่นตัวอย่างการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสหราชอาณาจักร ไอร์แลนด์

กรอบ 4

“Primary care is an approach to care that includes a range of services designed to keep people well, from promotion of health and screening for disease assessment, diagnosis, treatment and rehabilitation as well as personal social services. The services provide first-level contact that is fully accessible by self-referral and have”

1.4 ความสำเร็จ คือ การแปลแนวคิด หลักการ เป็นการปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบท

แนวคิดหลักการของระบบบริการปฐมภูมิที่กล่าวมาข้างต้นดูเหมือนว่าเป็นที่ยอมรับของบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป แต่บุคคลที่จะเข้าใจแนวคิด หลักการของเรื่องนี้อย่างชัดเจน และแปลแนวคิด หลักการไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ดูเหมือนว่าจะไม่ชัดเจน หรือบางส่วนเข้าใจ แต่อาจจะยอมรับไม่ได้ ปฏิบัติไม่ได้ เพราะขัดกับพื้นฐานการทำงานเดิมที่ผ่านมา หรือเห็นว่าเป็นสิ่งเพ้อฝัน ฉะนั้นการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่สำคัญคือ **จะต้องทำให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจหลักการแนวคิดที่เกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างแจ่มชัดและแปลไปสู่การปฏิบัติงานจริงได้อย่างเหมาะสม** หรือ ผิดเพี้ยนไปน้อยที่สุด มิเช่นนั้นก็จะเหมือนการทำงานที่ผ่านมาหลายอย่างในประเทศไทย ที่แนวคิดดี แต่ปฏิบัติไม่ตรง จึงไม่สำเร็จเท่าที่ควร ตัวอย่างเช่น การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในระยะที่ผ่านมา

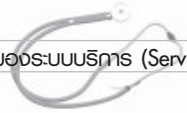
ส่วนแรกที่ต้องทำความเข้าใจเป็นเบื้องต้น คือ เอกลักษณ์ หรือ หัวใจสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ คือ อะไร

หัวใจสำคัญของบริการปฐมภูมิจะมีได้เน้นแต่ส่วนที่เป็นการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นความบูรณาการของความรู้ทางการแพทย์เข้ากับสภาพชีวิตจริงของประชาชน และนำไปสู่การดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับบุคลากรสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม เน้นการดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวมที่เข้าใจสภาพเงื่อนไขปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ นั้นหมายถึงคุณค่าของงานนี้จะวัดด้วยตัววัดทางการแพทย์อย่างเดียวไม่ได้

นอกจากนี้ ลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ คือความเป็นด่านแรก ใกล้ชิดกับประชาชน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลที่ต้องผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และการที่ต้องเน้นพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างสมดุล

แต่ที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นหลักการที่ใช้กับการให้บริการและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในทุกเรื่อง แต่การแปลหลักการให้เข้ากับการดำเนินแต่ละอย่างอาจมีความแตกต่างกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน ตัวอย่างเช่น การดูแลประชาชนผู้สูงอายุ กับดูแลประชากรในวัยทำงาน บทบาทและวิธีทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมแตกต่างกัน เป็นต้น

การดูแลด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม แปลว่าจะต้องทำอย่างไร จะต้องเอาใจประชาชนทุกอย่าง หรือ ทำให้กับประชาชนทุกเรื่องหรือไม่ คำตอบก็คงไม่ใช่ จะหมายถึงการถามทุกข์สุข สภาพด้านเศรษฐกิจ



สังคมของประชาชนในทุกด้านหรือไม่ คำตอบก็คงไม่ตรงไปตรงมาว่าใช่หรือไม่ แต่คงหมายถึงการที่ต้องรู้ข้อมูลที่สำคัญที่มีส่วนทำให้ผู้ให้บริการสามารถดำเนินงานด้านสุขภาพได้อย่างตรงประเด็นกับปัญหาและความต้องการของประชาชนรู้ข้อมูลแล้วต้องนำไปประยุกต์ใช้กับการตัดสินใจการทำงานของผู้เจ้าหน้าที่ด้วย นั่นหมายถึง ความเป็น “องค์กรรวม” มีความหมายที่ลึกซึ้ง และต้องทำความเข้าใจ และซึ้งกันให้ค่อยๆ แจ่มชัด ค่อยๆ เข้าใจมากขึ้นเรื่อยๆ มิใช่จะใช้วิธีการบอกเล่า หรือการ “สั่งให้ทำ” หรือการบอกให้ทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งได้ อย่างตรงไปตรงมา แต่ต้องมีกระบวนการพัฒนาบุคลากร และพัฒนาระบบการทำงานในหลายลักษณะให้เอื้ออำนวยต่อการดูแลแบบองค์รวม ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักต่อเรื่องนี้ และประเด็นเหล่านี้ แทรกกลมกลืนเข้าไปในวิธีทำงานปกติ

การดูแลต่อเนื่อง แปลว่าต้องทำอะไร จะแปลว่าต้องไปติดตามเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ตามปัญหาของประชาชนทุกคน หรือต้องทำอะไรจึงจะเหมาะสม ประเด็นสำคัญของเรื่องนี้คือ สุขภาพเป็นสภาพที่ต่อเนื่อง และเชื่อมโยง ฉะนั้นการดูแลเรื่องนี้จึงต้องมีความต่อเนื่อง เมื่อประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจส่วนหนึ่ง บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจอีกส่วนหนึ่งที่ประชาชนอาจไม่รู้ จึงน่าที่จะมีระบบที่ทั้งสองส่วนร่วมกันดูแล เป็นที่ปรึกษาแก่กันและกันในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาสุขภาพแต่ละแบบก็ต้องการความต่อเนื่องต่างกันจึงทำให้บทบาทบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องมาร่วมดูแลย่อมต่างกันด้วย จึงไม่อาจจะกำหนดกิจกรรมเหมือนกันหมดได้ แต่ต้องทำความเข้าใจต่อประเด็นปัญหาสุขภาพนั้นและศักยภาพของประชาชนคนนั้นแล้วพิจารณาตัดสินใจว่าจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสม แต่ก็มีลักษณะพื้นฐานที่อาจบอกได้ว่าควรมีความต่อเนื่องในมิติใดบ้าง ได้แก่ ความต่อเนื่องของการดูแลความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างการเจ็บป่วยที่เป็นซ้ำๆ ความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพของประชากรในความรับผิดชอบตั้งแต่ยังไม่ป่วย จนกระทั่งป่วย แล้วหาย ฟันฟูต่อเนื่อง ดูแลตั้งแต่เด็กจนโต และมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องจนกระทั่งบุคคลหนึ่งเสียชีวิตไป ที่กล่าวนี้เป็นการพิจารณาความต่อเนื่องในเชิงเนื้อหาโดยมิได้ระบุว่าจะต้องมีกิจกรรมปฏิบัติอย่างไร จะเป็นการตรวจที่สถานพยาบาล การเยี่ยมที่บ้าน การโทรศัพท์ หรือติดต่อทางไปรษณีย์ บุคลากรควรเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ และอาจต้องมีการจัดระบบข้อมูล ระบบการติดตาม เพื่อให้เอื้อต่อระบบการดูแลต่อเนื่องได้

หลักสำคัญของบริการปฐมภูมิ คือตอบสนองความต้องการของประชาชนที่หลากหลาย ฉะนั้นกิจกรรมบริการไม่อาจจะทำเหมือนกันหมดได้ในทุกพื้นที่ หรือในทุกคน

การสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ เป็นหลักการหนึ่งที่สำคัญของระบบปฐมภูมิ เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ แต่รูปธรรมจริงของการพึ่งตนเองของแต่ละคนย่อมไม่เหมือนกัน ตัวอย่างประชาชนที่บ้านอยู่ไกลโรงพยาบาลมากต้องเดินทางเป็นเวลาหลายชั่วโมงควรจะสามารถดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วย ได้มากกว่าประชาชนที่บ้านอยู่ติดโรงพยาบาล หรือกรณีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ย่อมพึ่งตนเองได้ต่างจากผู้สูงอายุที่มีลูกหลานดูแลอยู่ ฉะนั้นบทบาทและวิธีทำงานของผู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมแตกต่างกัน เป็นต้น

“ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ที่เป็นสโลแกนของบริการปฐมภูมิ ก็เป็นแนวคิด หลักการ การแปลไปสู่การปฏิบัติจะมีการแปลตรงไปตรงมาที่ต้องย้ายสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้านอย่างเดียวแต่ใกล้ใจหมายถึงความสนใจ เอาใจใส่ ความห่วงใย มีใจอยู่ที่ประชาชน แต่ไม่จำเป็นต้องไปหาชาวบ้านทุกวัน ซึ่งต้องมีกระบวนการกล่อมเกลาค่อยๆ สร้างสะสม พัฒนาให้ดีขึ้น

ทั้งหมดที่กล่าวนี้เป็นเพียงตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการแปลแนวคิด หลักการที่เกี่ยวกับระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องมีความละเอียดอ่อนและลึกซึ้งในการแปลไปสู่รูปธรรมการทำงานที่ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ เพื่อมิให้หลักการจริงเพี้ยนไป การเร่งรีบให้ดำเนินการโดยขาดหน่วยสนับสนุนวิชาการ และการแปลความอย่างเหมาะสมจะเป็นปัญหาให้งานไม่สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายได้ในอนาคตแต่ก็มีความจำเป็นที่ต้องแปลหลักการให้เป็นรูปธรรมปฏิบัติหลักๆ ที่ง่ายขึ้นกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ แต่ต้องทำด้วยความเข้าใจชัดเจนว่าต้องการให้เกิดผลลัพธ์อย่างไร

เป้าหมายสัมฤทธิ์ของระบบบริการปฐมภูมิที่ควรเป็นในประเทศไทยควรจะต้องทำความเข้าใจและมีการกำหนดให้ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นรูปธรรมและดำเนินไปในทิศทางที่เหมาะสม

1.5 สถานการณ์มุมมอง ความเข้าใจของบุคลากรสาธารณสุข ต่อบริการปฐมภูมิ

ปัจจุบัน ผู้ที่เกี่ยวข้องในวงการสาธารณสุข มีความเห็นตรงกันว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยบริการทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน” แต่ส่วนที่เน้น หรือให้ความสำคัญในการดำเนินการจริงมีความแตกต่างกัน อาจแบ่งกลุ่มลักษณะหลักของความคิดของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลต่อรูปแบบการจัดการบริการปฐมภูมิ เป็นกลุ่มได้ดังนี้

- 1) ความคิดที่เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นเพียงการรักษาพยาบาลพื้นฐานที่ง่าย ๆ เป็นการคัดกรองโรค บริการสะดวก รวดเร็ว ร่วมกับมีบริการบางส่วนของส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่ไม่ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมาก แต่บริการทั้งหมดแยกกันเป็นส่วนๆ ให้นำหนักหน่วงที่การรักษาพยาบาล
- 2) ความคิดที่เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นการรักษาพยาบาลที่มีใช้เพียงคัดกรองโรค แต่มีลักษณะที่บูรณาการกับงานด้านอื่นๆ ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพควบคู่ไปด้วย พยายามให้บริการเป็นองค์รวมมากขึ้น แต่การดำเนินงานยังเป็นกิจกรรมที่เคยดำเนินการมาก่อนในลักษณะ check list ตามกรอบมาตรฐาน ให้นำหนักหน่วงด้านการส่งเสริม ป้องกันมากขึ้น
- 3) มีลักษณะเหมือนข้อ 2 แต่มีข้อแตกต่างคือ คุณภาพของผู้ให้บริการที่มีความเข้าใจต่อแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พยายามประเมินสภาพผู้ใช้บริการ พยายามหาปัจจัยอื่นที่เชื่อมโยง และดำเนินการช่วยเหลือ สนับสนุนตามสภาพ มีการคิดค้นกิจกรรมเชิงรุกอื่นๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบท
- 4) เน้นสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน พัฒนาระบบการทำงานที่เสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชนทั้งในด้านการจัดการกับวิถีชีวิตที่ทำให้สุขภาพแข็งแรง ป้องกันโรค และดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องในกรณีที่ป่วยเรื้อรัง ส่วนงานอื่นเป็นงานรอง

แนวความคิดที่แตกต่างข้างต้นนี้ จะเป็นส่วนที่กำหนดให้รูปธรรมการพัฒนางานในส่วนต่างๆ แตกต่างกัน ได้แก่ บางกลุ่มก็เน้นพัฒนาในเรื่องการรักษาพยาบาล บางกลุ่มก็เน้นแต่ให้บริการปฐมภูมิดำเนินการในเรื่องการส่งเสริม ๖ ป้องกันโรค แบบแยกส่วนจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ในปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังมีความคิดในลักษณะที่ 1 มากที่สุด แต่ขณะเดียวกันกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีความคิดแบบที่ 2-4 เริ่มเพิ่มมากขึ้น แต่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยังคงเป็นลักษณะแบบที่ 2 เป็นหลัก และบางส่วนพัฒนาเป็นแบบที่ 3 และ 4 มากขึ้น แต่แบบที่ 4 ถือว่าเป็นเป้าหมายปลายทางที่ต้องพัฒนาไปให้ถึง

สถานการณ์อีกส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้น คือ ปัจจุบันมีความพยายามที่จะพัฒนาเครื่องมือต่างๆ เป็นแนวทางให้แก่เจ้าหน้าที่นำไปใช้ปฏิบัติ เพื่อหวังให้มีการพัฒนางานได้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม แต่การเร่งให้ปฏิบัติตามเครื่องมือ แนวปฏิบัติ โดยไม่ทำความเข้าใจหลักการพื้นฐาน หรือเงื่อนไขการใช้เครื่องมือต่างๆ ก็เกิดปัญหาการนำไปใช้ไม่เหมาะสม และผิดเพี้ยนไปจากเจตนาได้ ตัวอย่าง เช่น การทำแฟ้มครอบครัว การเก็บข้อมูลชุมชนด้วยวิธีต่างๆ เพราะเครื่องมือในการดำเนินการ เป็นเพียงผลผลิต ดอกผล ที่มาจากรากเหง้าปรัชญาแนวคิดที่กำกับเบื้องหลัง หากไม่เข้าใจเน้นเพียงการใช้เครื่องมือโดยไม่เข้าใจแนวคิดเบื้องหลัง ก็จะทำให้ยึดติด และไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม

1.6 ระบบบริการปฐมภูมิ มีอาจดำรงได้อย่างโดดเดี่ยว แต่ต้องเชื่อมโยงกับระบบงานของบริการระดับอื่น ๆ

การที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จะทำหน้าที่ตามบทบาทได้สมบูรณ์ จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์สนับสนุนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิไม่อาจจะให้บริการสุขภาพในทุกด้าน ยังต้องส่งต่อให้หน่วยบริการอื่นให้บริการในส่วนที่หน่วยนี้ให้บริการเองไม่ได้ จึงต้องมีทั้งระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่น และรับส่งต่อมาจากหน่วยอื่นเพื่อดูแลต่อเนื่องด้วย อีกทั้งหน่วยปฐมภูมิยังต้องการข้อมูล ความรู้ทางวิชาการในสาขาต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นฐานได้อย่างทันสถานการณ์ ฉะนั้นหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก็จำเป็นต้องเข้าใจบทบาทหลักของหน่วยปฐมภูมิ และสามารถทำงานประสานกันได้อย่างบูรณาการ ซึ่งหมายถึงระบบบริการปฐมภูมิ จะดำเนินงานได้สำเร็จ จะต้องได้รับความยอมรับ ความเข้าใจ และความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย จะต้องมีการจัดการจัดระบบให้ประสานกันได้ดีด้วย

นอกจากนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นกลไกหนึ่ง หรือเป็นองค์กรหนึ่งที่สืบทอดเน้นหนักในการให้บริการปฐมภูมิเป็นหลักแต่มีใช้หมายความว่าหน่วยบริการอื่นๆ จะให้บริการในลักษณะเดียวกันไม่ได้ เพราะธรรมชาติจริงของความต้องการบริการมักจะเป็นลักษณะผสมผสานต้องการบริการทุกระดับ แต่อาจมีสัดส่วนของการบริการในลักษณะอื่นที่เน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่า

2. สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ

2.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

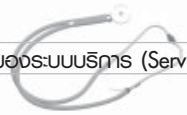
หน่วยบริการสุขภาพที่กำหนดในระบบประกันสังคม ให้เป็นหน่วยดูแลสุขภาพของผู้ประกันตน นั้น คือ โรงพยาบาลที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป และต้องมีมาตรฐานการรักษายาบาลตามที่กำหนด ซึ่งเน้นให้มีขีดความสามารถในการบริการรักษายาบาลได้ครอบคลุมปัญหาความเจ็บป่วยทั้งที่รุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมาก ไม่ได้กำหนดบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค มิได้กำหนดเน้นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลปัญหาสุขภาพพื้นฐานเป็นการเฉพาะ แต่ให้บริการนี้เป็นส่วนย่อยของโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยขึ้นทะเบียนไม่ได้มีหลักการที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง หรือหลักการที่สนับสนุนให้ผู้ประกันตนดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม ไม่มีการจัดบริการที่ชุมชนหรือที่บ้านแต่ก็ยังเป็นระบบที่ผู้ประกันตนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายประกันสังคมแห่งใดแห่งหนึ่ง ไม่สามารถที่จะไปใช้บริการที่อื่นโดยเสรีได้ เนื่องจากระบบจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลเป็นลักษณะเหมาจ่ายต่อหัวประชากร

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในเครือข่ายประกันสังคมนี้ ประกอบด้วยทั้งส่วนที่เป็นภาครัฐ และภาคเอกชน หน่วยที่เป็นคู่สัญญาหลัก (main contractor) เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมด (100 เตียงขึ้นไป) ส่วนโรงพยาบาลชุมชน หรือ คลินิกเอกชน สถานื่อนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข เข้ามาอยู่ในเครือข่ายบริการในฐานะที่เป็น sub-contractor ซึ่งรับค่าตอบแทนการบริการจากคู่สัญญาหลัก ตามข้อตกลงร่วมกันซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคู่สัญญานอกจากนี้มีการกำหนดลักษณะของโรงพยาบาลที่เป็นระดับตติยภูมิ ที่ใช้คำว่า supra-contractor ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อจากรพ.ในเครือข่ายเพื่อการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยได้รับค่าตอบแทนแบบ fee-for-service ที่เป็นราคากลาง

ในปี พ.ศ. 2543 สถานพยาบาลที่เข้าเครือข่ายประกันสังคมที่เป็นรพ.เอกชนมีร้อยละ 46.7 รพ.รัฐร้อยละ 53.3 แต่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนมากกว่า (ร้อยละ 59.6) ภายใต้การแข่งขันที่ค่อนข้างสูง สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักมักจะประสานให้มีคลินิก โพลีคลินิก และ โรงพยาบาลขนาดเล็กเป็นเครือข่ายของการให้บริการเพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ อันจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ประกันตนมาเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลของตน

กล่าวโดยสรุป เครือข่ายบริการภายใต้การประกันสังคมเน้นที่การรักษาพยาบาล และเป็นบริการแบบตั้งรับเป็นหลัก และมีการพัฒนาเกิดเป็นเครือข่ายบริการระหว่างสถานพยาบาลขนาดเล็ก กับขนาดใหญ่ เพิ่มความสะดวกมากขึ้นในการใช้บริการ แต่ไม่ได้มีโครงสร้างบริการที่รองรับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสนับสนุนการพึ่งตนเองที่เหมาะสมของประชาชน

หน่วยบริการสุขภาพภายใต้ระบบสวัสดิการข้าราชการ มิได้มีการกำหนดมาตรฐานหรือคุณลักษณะเป็นการเฉพาะยกเว้นแต่ต้องเป็นสถานพยาบาลของรัฐในกรณีที่สถานพยาบาลเอกชนนั้นจะมีขอบเขตการเบิกจ่ายได้ในบางรายการที่จำกัด ข้าราชการสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลรัฐได้ก็ได้ ไม่ได้จำกัดเฉพาะ และครอบคลุมบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ไม่มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มิได้มีการกำหนดหน่วยบริการที่จะเป็นหน่วยดูแลสุขภาพต่อเนื่อง



2.2 หน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้ความสำคัญและมีการกำหนดแนวทางเกี่ยวกับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน เน้นให้ความสำคัญกับการมีหน่วยบริการประจำครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดที่มาและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องดังนี้

1) ที่มาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ถูกกำหนดขึ้นให้ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ ภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหน่วยปฏิบัติการนี้จะอยู่ในสังกัดใดก็ได้ แต่ต้องมีคุณสมบัติ และสามารถให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดได้ ฉะนั้น “หน่วยบริการปฐมภูมิ” จึงเป็นการตั้งชื่อหน่วยตามบทบาทหน้าที่ เป็นชื่อเรียกทั่วไป มิใช่เป็นชื่อเฉพาะ ซึ่งอาจจะเป็นการตั้งหน่วยใหม่ หรือ ปรับหน่วยเดิมให้มีบทบาทนี้ได้อย่างเหมาะสมกับ ทรัพยากร และโครงสร้างการให้บริการเดิมในพื้นที่

2) การออกแบบหน่วยบริการปฐมภูมิ

เบื้องหลังความคิดของการจัดตั้งมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การแปลหลักการขององค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดี และพอเป็นไปได้สามารถให้บริการที่เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1) ปรัชญา แนวคิด หลักการ เกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่ออะไร หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ คืออะไร

การพัฒนามาตรฐาน และเงื่อนไขในการจัดบริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั้งทางด้านกายภาพ เวลาใช้บริการที่สะดวก และมีบริการที่มีคุณภาพทั้งด้านการแพทย์ เข้าใจความต้องการที่รอบด้านของประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้องมากขึ้น และจัดให้มีระบบที่สถานพยาบาลร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง

สถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพทั้งทางด้านทางการแพทย์ และทางด้านสังคมเป็นหัวใจหนึ่งของการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างผสมผสานต่อเนื่อง เป็นเสมือนที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นสถานพยาบาลประจำตัว/ครอบครัวของประชาชนทุกคน

ให้ความสำคัญกับ Provider - patient relationship และ Provider - community relationship พร้อมกับการเปลี่ยนจาก facility base services ไปสู่ community - based services

เอกลักษณ์สำคัญของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คือ การเป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนมาใช้บริการ มีความใกล้ชิด รู้จักสภาพวิถีชีวิต และสังคมของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบมากกว่าโรงพยาบาล หรือสถาบันเฉพาะทางต่างๆ ฉะนั้นบริการที่หน่วยนี้จึงควรมีคุณภาพเชิงสังคม ที่เข้าใจความต้องการ ความคาดหวัง ความรู้สึกของประชาชนที่มาใช้บริการได้ดีกว่าหน่วยอื่น และต้องสามารถจัดการประยุกต์ความรู้

ทางการแพทย์ ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริง และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี ทำหน้าที่เป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพ ดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและทำหน้าที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่จำเป็นที่หน่วยนี้จะต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี หน่วยนี้มีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการนี้ทั้งหมด มิได้ดูแลเฉพาะผู้ที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการเท่านั้น

ฉะนั้นจึงต้องจัดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นสถานสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านและใกล้ใจ สร้างให้มีบรรยากาศเป็นกันเองกับผู้ใช้บริการ มีความใกล้ชิดกับประชาชน มีระบบที่จัดให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีโอกาสรู้จักกัน บุคลากรมีความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์เพื่อให้บริการได้ สอดคล้องเข้ากับสภาพชีวิต สังคม และจิตวิทยาของประชาชนได้ จัดระบบให้ตกลงรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกระตุ้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล

ภาพสุดท้ายของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้น เป็นอย่างไร

ในพื้นที่เขตเมือง : ให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีโครงสร้างของสถานพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวนเพิ่มขึ้นที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ในลักษณะ ที่เป็นบริการด่านแรกให้แก่ประชาชน เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวที่ประชาชนเลือกลงทะเบียนได้ บุคลากรมีความสามารถในการให้บริการที่ผสมผสานทางด้านการแพทย์เข้ากับสภาพสังคม และความต้องการที่หลากหลายของประชาชน สถานพยาบาลนี้กระจายทั่วถึง เดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ให้บริการแบบนี้มีไม่เพียงพอ จึงต้องการจัดให้มีโครงสร้างบริการแบบนี้เพิ่มขึ้น ปัจจุบันคลินิกเอกชนบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพียงส่วนน้อย ซึ่งต้องมีมาตรการที่จูงใจ และกำหนดให้หน่วยงานเอกชนเหล่านี้ทำงานด้านนี้ด้วย

ในพื้นที่เขตชนบท : ให้มีหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น กระจายอย่างทั่วถึง ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงสร้างของสถานพยาบาลที่ให้บริการผสมผสานในลักษณะของบริการปฐมภูมิอยู่แล้ว ได้แก่สถานอนามัย เพียงแต่ขีดความสามารถของสถานอนามัยยังไม่พอในการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน จึงควรต้องมีการเพิ่มบุคลากรที่มีความสามารถเพิ่มขึ้น รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรเดิมให้มีความสามารถในการให้บริการตรวจรักษา ดูแลสุขภาพได้มากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยแนวคิดที่เป็นองค์รวม ภายใต้การเชื่อมโยงทรัพยากรกับโรงพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

โดยสรุปเจตนารมณ์ของการจัดมาตรฐานของบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ

- การให้สถานอนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเพิ่มขีดความสามารถให้สถานอนามัยมีบุคลากรเพียงพอ และสามารถ ให้บริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ
- ส่วนในพื้นที่เขตเมืองที่ไม่มีสถานอนามัยก็ให้มีการปรับโครงสร้างเดิมเช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน ให้มีการให้บริการผสมผสาน รวมทั้งมีการสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ต่อเนื่อง ปรับบทบาทของ โรงพยาบาลให้เป็นหน่วยที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นหลัก ดูแลผู้ป่วยที่มีการส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

จะเน้นหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มิได้หมายถึงหน่วยบริการที่ทำหน้าที่แต่ด้านการรักษาพยาบาล หรือเป็นหน่วยคัดกรองโรค มิได้เป็นลักษณะ Extended OPD แต่มุ่งหวังให้มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการให้บริการอื่น ๆ ที่มีคุณภาพมากขึ้นตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งจัดบริการที่ผสมผสานเป็นบริการที่คำนึงถึงความต้องการทางด้านจิตใจ มีการพิจารณาปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ของประชาชนในความรับผิดชอบในการให้บริการ

2.2) เกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิ

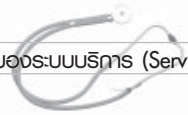
จุดประสงค์ ของเกณฑ์มาตรฐานบริการปฐมภูมิ

การจะพัฒนาให้สถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพดังกล่าวได้จำเป็นต้องมีการจัดระบบที่เอื้ออำนวย ได้แก่ การกำหนดให้รู้ว่ามีประชาชนคนใดบ้างอยู่ในความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องได้ มีทีมบุคลากรที่มีความสามารถดูแลชัดเจนต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการที่คล่องตัว หน่วยบริการที่มีขนาดไม่ใหญ่เกินไป และมีการจัดระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง และการสร้างสุขภาพ ตลอดจนต้องมีแผนการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องพร้อมกับการพัฒนาให้มีการทำแผนพื้นที่ซึ่งตอบสนองการแก้ปัญหาเฉพาะในพื้นที่นั้นๆ และประสานการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งหมายถึงว่าการพัฒนาบริการนี้ต้องอาศัยการพัฒนาทั้งในด้านโครงสร้างการจัดบริการ และกระบวนการบริการไปพร้อมกัน และต้องอาศัยเวลาในการพัฒนา มิอาจจะสำเร็จได้ในช่วงระยะเวลาอันสั้น ต้องมีแผนการพัฒนาที่ชัดเจน

หลักการในการคิดเรื่องมาตรฐานบริการปฐมภูมิ

- 1) หน่วยให้บริการปฐมภูมิ ควรเป็นหน่วยให้บริการที่ผสมผสาน ครบวงจร มากกว่าการเป็นหน่วยให้บริการย่อยแต่ละด้าน มีบุคลากรรับผิดชอบชัดเจนในการดูแลสุขภาพประชาชนในลักษณะเป็นทีม สหวิชาชีพ เน้นความประจำ ต่อเนื่อง อาจมีบริการบางส่วนที่แยกไปได้ แต่บริการหลักส่วนใหญ่ต้องให้บริการโดยทีมหลัก
- 2) ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรใหญ่เกินไป เพราะระบบที่ใหญ่จะทำให้ระบบซับซ้อน และประสานเชื่อมต่อการบริการได้ยากขึ้น ฉะนั้นขนาดของทีม หรือขนาดของประชากรในความดูแลแต่ละกลุ่มต้องไม่ใหญ่เกินไป (การกำหนดจำนวน 10,000 คน เป็นตัวเลขสมมติเริ่มต้นที่พิจารณาจากจำนวนบุคลากรที่จำเป็นต้องให้บริการได้เพียงพอ และความเป็นไปได้ในการจัดหาบุคลากรในหลายวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแล รับผิดชอบร่วมกันได้ ในบางวิชาชีพที่ขาดแคลนอาจไม่ต้องมีบทบาทให้บริการโดยตรง แต่เข้ามาร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดูแล กำหนดคุณภาพบริการร่วมกัน ไม่ใช่เป็นตัวเลขตายตัว สามารถปรับยืดหยุ่นตามสภาพของพื้นที่ได้)

- 3) หน่วยบริการปฐมภูมินี้ ควรจัดระบบและกระบวนการให้บริการที่แยกจากบริการของโรงพยาบาลให้ชัดเจนเพื่อเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาเอกลักษณ์ของการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เน้นความใกล้ชิด คล่องตัว กันเอง ต่อเนื่อง ผสมผสาน ที่ต่างจากโรงพยาบาลชัดเจน ที่ดูแลบริการปฐมภูมิมีความอิสระคล่องตัวในการจัดการได้ เพื่อไม่ให้สับสนทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเพื่อจัดระบบสนับสนุนการจัดการ ลักษณะบุคลากร วิธีการทำงานให้สอดคล้องกับลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ
- 4) การกำหนดระบบกำกับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นหลักประกันเบื้องต้นที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานทั้ง 3 ด้าน คือ
 - ในด้านโครงสร้าง ทรัพยากรที่ใช้ในการบริการ ซึ่งกำหนดเป็นแนวทางขั้นต่ำที่ใช้ประกอบกับทุกหน่วยงาน และในระยะแรกเปิดโอกาสให้พื้นที่ปรับปรุงพิจารณาตามสภาพทรัพยากรของพื้นที่ได้ เพราะมีความแตกต่างกันสูงมาก (แต่ที่ผ่านมา บุคคลที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจ และยึดติดตัวเลขเป็นลักษณะตายตัว จึงทำให้มีปัญหาในการจัดการบางส่วน)
 - มาตรฐานกระบวนการบริการหลักๆ ซึ่งยังไม่ได้ระบุรายละเอียดในระยะเริ่มต้นแต่ในอนาคตจะมีการพัฒนามากขึ้น
 - มาตรฐานผลลัพธ์บริการ ซึ่งยังเป็นการกำหนดผลลัพธ์หลักใหญ่ ๆ และเปิดโอกาสให้พื้นที่พัฒนามาตรฐานผลลัพธ์นี้เองให้สอดคล้องกับพื้นที่ (แต่ที่ผ่านมาพื้นที่ยังอาจไม่เข้าใจ และยังไม่ได้กำหนดมาตรฐานผลลัพธ์นี้มากนัก)
- 5) แยกมาตรฐานของหน่วยบริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ออกจากบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ (แต่ที่ผ่านมาไม่ได้มีการตรวจสอบมาตรฐานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งกลไกการจ่ายเงินที่เป็นแบบ inclusive จึงทำให้การปฏิบัติ เน้นไปแต่ที่มาตรฐานปฐมภูมิ) และหน่วยบริการแต่ละแห่งไม่จำเป็นต้องให้บริการได้ทั้ง 3 ระดับ
- 6) เปิดโอกาสให้หน่วยบริการทุกประเภททั้งรัฐ เอกชน เข้ามาร่วมในการเป็นหน่วยคู่สัญญาได้ (แต่ภายใต้ข้อจำกัดการดำเนินงานที่เร่งรัด และสภาพภาระการเงินที่เกี่ยวกับความอยู่รอดของหน่วยบริการภาครัฐ จึงทำให้การดำเนินงานเรื่องนี้ยังทำไม่ได้เต็มที่)
- 7) เรื่องอื่นๆ
 - หลักการในการจัดระบบส่งต่อ ยังไม่ได้มีการกำหนดชัดเจน
 - หลักการในการที่ประชาชนจะเลือกลงทะเบียนหน่วยบริการประจำตัวอย่างไรยังไม่ได้มีการกำหนด
 - การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิที่เชื่อมต่อบริการที่มีประสิทธิภาพ ยังเน้นแต่ส่วนที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัว ส่วนที่เป็นบริการอื่นๆ เพิ่มเติม รวมทั้งบริการด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค ยังไม่มีการกำหนดรายละเอียดแนวทางที่ชัดเจน



2.3 เครือข่ายบริการในระดับต่าง ๆ และการส่งต่อผู้ป่วย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เครือข่ายบริการระดับต่าง ๆ

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมบริการในทุกระดับ และจัดระบบโดยกำหนดให้มีมาตรฐานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งใช้เป็นเงื่อนไขประกอบการเป็นคู่สัญญาเพื่อรับงบประมาณ พร้อมกับกำหนดคุณสมบัติของสถานพยาบาลที่จะเป็น excellent center เพื่อให้บริการเฉพาะทางที่จะได้ค่าบริการในราคาเฉพาะที่กำหนดให้ แต่ในทางปฏิบัติจริงในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีการตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลเหล่านี้อย่างจริงจัง เป็นการยอมรับตามสภาพเดิม ซึ่งในอนาคตคงจะมีการพัฒนาต่อไป

ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ยังมีการกักบังบลงทุนของสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ต้องมีแผนและเหตุผลในการลงทุนซื้อเครื่องมือราคาแพง ทำให้มีการกักบังบลงทุนของสถานพยาบาลเฉพาะทางที่ใช้เทคโนโลยีราคาแพง แต่ในขณะเดียวกันก็มีการจัดงบประมาณเพื่อลงทุนพัฒนา สถานพยาบาลเฉพาะทางพิเศษเฉพาะด้านได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน ในภูมิภาคต่างๆ ให้กระจายเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

ระบบส่งต่อ

การจัดการในระบบประกันสุขภาพ เน้นให้ประชาชนไปใช้ตามขั้นตอน ด้วยวิธีที่ให้ประชาชนลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หากไม่ไปตามขั้นตอนประชาชนจะไม่สามารถใช้สิทธิได้ ต้องจ่ายเงินเอง แต่ในระยะเริ่มต้นก็มีความยืดหยุ่นสำหรับประชากรที่พักอาศัยในเขตรอยต่อ ในการพิจารณาวิธีจัดสรรงบประมาณ ก็คำนึงถึงปัญหาการส่งต่อ ได้แก่ หากจัดสรรแบบ inclusive ก็เกรงว่าสถานพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในจุดอื่นน้อย หากจัดสรรแบบ exclusive ก็จะทำให้ปัญหาการส่งต่อลดลง รวมทั้งมีการจัด Clinical Practice Guideline ให้เป็นมาตรฐานการดูแลของสถานพยาบาลในเครือข่าย

อย่างไรก็ตาม การจัดการเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละระดับยังไม่ชัดเจน หรือ ยังไม่ได้ลงทุนเพื่อพัฒนาการส่งต่ออย่างจริงจัง อีกทั้งยังไม่มีกำหนดมาตรฐานการส่งต่อที่เหมาะสม

3. การเคลื่อนและปรับตัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.1 สภาพของกลไกการดำเนินงาน และการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่เริ่มต้นการดำเนินงานจัดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉะนั้นหน่วยที่รับผิดชอบวางแผน ดำเนินการพัฒนา และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด เป็นการใช้โครงสร้างการบริหาร และการบริการเดิมของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักที่ต้องปรับบทบาทเพื่อรองรับการปฏิบัติเฉพาะหน้าไม่มีการจัดองค์กรใหม่ ยกเว้นแต่จัดเป็นคณะทำงานเฉพาะกิจ ทั้งในด้านการกระจายข้อมูล ชี้แจงนโยบาย การติดตาม

ประสิทธิผล และการฝึกอบรมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ฐานข้อมูลความรู้ประสบการณ์เท่าที่เคยมีเป็น ฐานของการทำงาน ไม่มีโอกาสที่จะทดลองวิธีดำเนินงาน หรือ ทดสอบความเป็นไปได้ของมาตรฐาน เพราะความเร่งรีบของการขยายพื้นที่การดำเนินงานทั่วประเทศภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งส่วนนี้ย่อมส่ง ผลให้เกิดความโกลาหล แดกดัน และสับสนต่อแผนนโยบาย และวิธีการดำเนินงานจัดหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ตามที่กำหนดในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเพียงสถานพยาบาลบางแห่งที่เคยมี ประสบการณ์ดำเนินการด้านนี้มาแล้วจะสับสนน้อยกว่า และสามารถปรับวิธีปฏิบัติงานได้ไม่ยากนัก แต่ ก็ยังต้องปรับตัวกับวิธีบริหารจัดการงบประมาณแบบใหม่

การผลักดันให้มีการดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้กลไกเรื่องการเงินเป็นตัวหลัก ในการผลักดันให้เกิดการเคลื่อนตัว กล่าวคือ กำหนดให้คุณลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นเงื่อนไข ในการจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากรมีการจัดอบรมให้แก่ผู้เกี่ยวข้องด้วยแต่ด้วยข้อจำกัดที่ทำอย่าง เร่งรีบ การอบรมจึงทำได้เพียงลักษณะที่ชี้แจงนโยบาย มาตรฐานการดำเนินงาน และแนวการดำเนิน งานเบื้องต้นไม่อาจจะทำความเข้าใจต่อแนวคิด หลักการให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้อย่างแจ่มชัด ถึงแม้ในช่วง ระยะเวลาปีที่ 2 และ 3 จะมีเวลาในการพัฒนาบุคลากรมากขึ้น แต่เนื่องจากประสบการณ์การพัฒนา บริการปฐมภูมิยังมีจำกัด และต้องอบรมบุคลากรจำนวนมาก จึงทำให้วิธีการอบรมจึงเป็นลักษณะการ อบรมแบบบอกเล่า ตามทฤษฎีมากกว่าการปรับกระบวนการทัศนของบุคลากร ตลอดจนฝึกทักษะได้น้อย อีกทั้งระบบถูกผลักดันด้วยเรื่องงบประมาณ จึงทำให้ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่เหนื่อย หรือ สลัดวกับการจัดการเรื่องการเงินมากกว่าการพัฒนาฝีมือ ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ หน่วยที่เข้ามาเป็นเครือข่ายให้บริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่คือหน่วยบริการ ภายใต้งานกระทรวงสาธารณสุข (ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 74 ในปี 2546) โดยเฉพาะในพื้นที่ ชนบททั้งหมดฉะนั้นหน่วยบริการเดิมจึงต้องปรับตัวเองให้มีการจัดบริการตามที่กำหนดในระบบประกัน สุขภาพ ตามสภาพเท่าที่ทำได้ภายใต้ระบบราชการแบบเดิม (มีการแก้ไขบ้างในเรื่องระเบียบค่า ตอบแทนบุคลากร แต่ระบบอื่นเหมือนเดิม) โครงสร้างการบริหารแบบเดิม (แยกสายบังคับบัญชาระหว่าง สถานื่อนามัย กับโรงพยาบาลชุมชน แต่ต้องทำงานร่วมกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ) ผลการดำเนินงานจึง แปรตามสภาพความสนใจ ความเข้าใจของผู้บริหารสถานพยาบาลแต่ละแห่ง อีกทั้งฐานสถานพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขในระบบปัจจุบันกระจาย ไม่สม่ำเสมอ มีความขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ ชนบทมากกว่าเขตเมือง แต่มาตรฐานที่กำหนดมีมาตรฐานเดียว แม้จะเปิดโอกาสให้มีการปรับยืดหยุ่นได้ จึงส่งผลกระทบกับผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐานได้ รวม ทั้งมีความขัดแย้งในระหว่างการทำงานในหลายพื้นที่

ระบบการติดตาม ประเมินผล สนับสนุน และพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นไปตามระบบ ราชการในโครงสร้างเดิม คือ เป็นบทบาทของผู้ตรวจราชการ และผู้นิเทศ และสาธารณสุขจังหวัดใน การติดตามกำกับการทำงาน ด้วยวิธีการตรวจเยี่ยม และตรวจสอบจากระเบียบรายงาน ส่วนการ สนับสนุน และการพัฒนานั้นก็เป็นบทบาทของหน่วยบริหารส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งก็พบว่าข้อจำกัด เพราะบุคคลเหล่านี้บางส่วนไม่เข้าใจแนวคิด และ หลักการของระบบบริการปฐมภูมิ ไม่เคยมีประสบการณ์ดำเนินงานพัฒนางานนี้มาก่อน อีกทั้งยังคุ้น เคยกับการสั่งการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายๆ กันทั่วประเทศ และติดตามได้ง่าย จึงทำให้มีการแปลความ แนวคิด หลักการเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ เป็นแนวปฏิบัติที่สามารถดำเนินการได้ไม่ยาก เช่นการที่ ต้องจัดแพทย์พร้อมทีมบุคลากรจากโรงพยาบาลออกไปปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยเป็นจุดๆ การที่ถูก

หน่วยปฐมภูมิจะต้องจัดทำแฟ้มครอบครัว มีการบันทึกข้อมูลให้ครบตามที่กำหนด เป็นต้น ซึ่งบางพื้นที่ก็ดำเนินการได้ราบรื่นทำให้เกิดบริการที่ดีขึ้น แต่บางพื้นที่ก็เกิดความโกลาหลในการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาอันสั้น

นอกจากนั้นนโยบายและแนวทางการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิมีการปรับเปลี่ยนในระยะเวลาปีที่สองและสามของการดำเนินงาน จึงทำให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีการปรับกระบวนการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปในแต่ละปี สร้างความสับสน ความไม่มั่นใจต่อการดำเนินงานมากขึ้น ดังที่จะกล่าวในส่วนต่อไป

3.2 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

1) ลักษณะการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์สุขภาพชุมชน¹

เนื่องจากการดำเนินการที่รวดเร็ว จึงทำให้การเคลื่อนเรื่องนี้เป็นไปตามพื้นฐานเดิมของแต่ละแห่งที่มีฐานความเชื่อ ประสบการณ์เดิม และเป็นตามสภาพที่ผู้นำของแต่ละที่จะผลักดันให้ขับเคลื่อนไป โรงพยาบาลใหญ่ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางก็จะดำเนินการต่างไปจากพ.ชุมชนที่มีขนาดเล็กมีบุคลากรน้อยกว่า มีการระดมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลหมุนเวียนไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นช่วงเวลา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล โอกาสที่จะไปทำงานในชุมชนมีน้อย แต่ก็มียุทธศาสตร์ที่ดำเนินการได้ ผู้ปฏิบัติงานจากรพ.ยังขาดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรู้สึกสับสนในบทบาทและบางส่วนไม่พอใจในการมาปฏิบัติงานของรพ. มีความแตกต่างกันในแง่วิถีคิด และธรรมชาติการปฏิบัติงาน พื้นที่ที่มีผู้บริหารที่มีความสามารถในการบริหารจัดการได้ดีก็จะสามารถจัดการได้ดีมีคุณภาพในบางพื้นที่ดำเนินการเพียงให้ครบตามแนวทางโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพและผลกระทบที่จะเกิดกับประชาชน และบุคลากร มีบางพื้นที่ที่ดำเนินปรับเปลี่ยนน้อยมาก แต่ก็มีเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านบวกและลบ และแปรไปตามนโยบายของผู้บริหารระดับต่างๆ ตลอดเวลา

1.1) ปრაกฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะการจัดหน่วยบริการมีความแตกต่าง ตามช่วงเวลา ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลของการจัดบริการปฐมภูมิ ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2544-2546

	ปีแรก (พ.ศ.2544 เริ่ม เต็มที่เมื่อ ต.ค.2544)	ปี พ.ศ. 2545	ปี พ.ศ. 2546
พื้นที่อำเภอเมือง	รพ.ใหญ่มีการจัดหน่วยที่ทำหน้าที่ คล้ายบริการปฐมภูมิในรพ. 1 แห่ง และนอกรพ. 1 แห่ง แต่คุณภาพมี ความแตกต่างกัน (แสดงรายละเอียด ในส่วนตัวต่อไป)	รพ.ใหญ่มีการจัดหน่วย บริการปฐมภูมิกนอกร พยาบาลในพื้นที่เขต เทศบาลเพิ่มมากขึ้น แต่ ไม่มากนัก คุณภาพต่าง ต่างกัน	รพ.ใหญ่บางแห่งเลิกจัด หน่วยบริการปฐมภูมิ ในรพ. แต่หน่วยบริการ นอกรพ.มีการจัดเพิ่ม ขึ้นในบางพื้นที่ แต่บาง พื้นที่ก็จัดลดลง

1 ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นชื่อที่ตั้งใหม่โดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เรียกแทน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care Unit (PCU)

	ปีแรก (พ.ศ.2544 เริ่ม เต็มที่เมื่อ ต.ค.2544)	ปี พ.ศ. 2545	ปี พ.ศ. 2546
พื้นที่อำเภอเมือง	รพ.ใหญ่บางจังหวัดจะมีการจัด ให้แพทย์เฉพาะทางออกไปให้ บริการที่สถานีอนามัยที่จัดเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกวัน หรือ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	รพ.ใหญ่เริ่มจัดระบบใหม่ที่ ลดการออกไปปฏิบัติงาน ของแพทย์เฉพาะทาง แต่ เน้นการมีพยาบาลออกไป ดำเนินงานแทน	รพ.ลดจำนวนวัน และ จำนวนบุคลากร ที่ออก ไปให้บริการที่หน่วย บริการปฐมภูมิ
พื้นที่อำเภออื่น นอกอำเภอเมือง (เขตชนบท)	ส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้จัดหน่วยบริการ ปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ แต่มี การจัดบุคลากรออกไปสนับสนุน บริการที่สถานีอนามัย ซึ่งมีความ แตกต่างกันมากระหว่าง พื้นที่ (แสดงรายละเอียดในส่วน ต่อไป)	บางโรงพยาบาลมีการปรับ ตัวจัดให้มีหน่วยบริการ ปฐมภูมิดูแลประชากรใน พื้นที่เขตรพ.มากขึ้น และ มีการจัดการส่งบุคลากร ออกไปสนับสนุนการ บริการที่สถานีอนามัย เพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังมีทั้งที่ ให้บริการประจำ และหมุน เวียน	โรงพยาบาลเริ่มถอน บุคลากรที่ส่งไปปฏิบัติ งานประจำที่สถานี อนามัย และลดจำนวน วันที่ทีมงานออกไปให้ บริการ

1.2) ลักษณะของการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

1.2.1) การจัดหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล ¹¹

จากการสำรวจ ในปี 2545 พบว่าทุกโรงพยาบาลมีความพยายามจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ
ในรพ. แต่มีสภาพการจัดต่างกัน คือ ร้อยละ 36 จัดบริการที่ไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก ใช้ OPD
ปกติที่ไม่แยกห้องตรวจอื่นและบางส่วนมีการแบ่งห้องตรวจเฉพาะผู้ป่วยบัตรทองออกจาก OPD ปกติ แต่
ยังคงใช้ทีมงานปกติของโรงพยาบาล

ร้อยละ 40 มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิแยกออกจาก OPD รพ. ชัดเจน แต่ยังใช้ห้องบัตร
ห้องยา ร่วมกับโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบประจำ โดยมีทีมแพทย์ 2-5
คนหมุนเวียนมาให้บริการ (มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ที่ใช้แพทย์ทั้งโรงพยาบาลหมุนเวียนให้บริการ) ลักษณะ
ของบริการเน้นงานด้านการรักษาพยาบาล มีการเยี่ยมบ้านโดยฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล

และ ร้อยละ 24 ของโรงพยาบาลที่สำรวจมีการจัดพื้นที่เฉพาะแยกจาก OPD ปกติ จัดบริการใน
ลักษณะ One Stop Service มีบริการผสมผสาน ทั้งด้านรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ มีการกำหนด
ประชากรและพื้นที่ในการดูแลที่ชัดเจน โดยมีการจัดพยาบาลวิชาชีพดูแลประจำแต่มีการจัดแพทย์ประจำ
ร้อยละ 50 ทีมที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการและทีมที่ทำงานเชิงรุกส่วนใหญ่เป็นทีมเดียวกัน

1.2.2) การจัดหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาล ในเขตเทศบาล

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่มักอยู่ในอำเภอเมืองหรือเมืองใหญ่ที่มีประชากรมาก โดยเฉพาะในเขตเทศบาลจะมีประชาชนอยู่หนาแน่นเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจ พบโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปรับผิดชอบประชากรในเขตเทศบาล ตั้งแต่ 20,000-80,000 คน ซึ่งมีความจำเป็นต้องจัดหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลเพื่อดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุม ใกล้ใจและใกล้บ้าน ซึ่งพบว่ามีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 40 ที่มีการจัดตั้งศูนย์นอกโรงพยาบาล ซึ่งมักตั้งอยู่ในชุมชนหนาแน่น มีทีมบุคลากรดูแลให้บริการประชาชนอย่างผสมผสานและต่อเนื่อง โดยที่ร้อยละ 28 ดำเนินการโดยรพ.ส่วนเดียว อีกร้อยละ 12 ดำเนินการร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล โดยการส่งทีมแพทย์พยาบาล เกสัชกร และทันตแพทย์เข้าไปร่วมให้บริการ และร้อยละ 60 ยังไม่มีการดำเนินการ

1.2.3) การจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ นอก รพ. นอกเขตเทศบาลร่วมกับสถานีนอมา

จากการสำรวจปี 2545 พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 มีการดำเนินการในสถานีนอมาเพียงบางแห่ง 1-8 สอ. (เฉลี่ย 3 สอ.) โดยรูปแบบการดำเนินงานส่วนใหญ่จะเป็นแบบที่ 3 คือ ร้อยละ 44 จัดพยาบาลไปดูแลประจำที่สถานีนอมา และมีทีมแพทย์ พยาบาล เกสัชกร หมุนเวียนไปให้บริการบางวัน สัปดาห์ละ 1-3 วัน รองลงมาเป็นรูปแบบที่ 2 คือร้อยละ 32 มีทีมออกไปให้บริการแบบ Extended OPD ที่สถานีนอมา, รูปแบบที่ 4 คือ ร้อยละ 12 จัดพยาบาลประจำ และมีทีมแพทย์ เกสัชกร ให้บริการประจำบางวัน มีเพียงร้อยละ 4 ที่มีการส่งทีมบุคลากรประจำ (แพทย์ พยาบาล เกสัชกร) ร่วมเป็นทีมพัฒนาศักยภาพของสถานีนอมาทุกแห่ง โดยการจัดเป็นเครือข่ายสถานีนอมา และจากการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่า มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 8 ที่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับสถานีนอมา

1.3) การจัดบริการและสนับสนุนบริการโดยโรงพยาบาลชุมชน

1.3.1) การจัดบริการในโรงพยาบาล¹² ปี พ.ศ. 2545 ข้อมูลจากการประชุมโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ต่างๆ ที่คัดเลือกมาจากการสุ่ม พบว่าลักษณะการจัดบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างกันคือ บางส่วนยังมีการจัดบริการที่ไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก กล่าวคือ ร้อยละ 41.6 (5 แห่ง) ใช้ OPD ปกติและทีมเจ้าหน้าที่ปกติของโรงพยาบาล ร้อยละ 33.3 (4 แห่ง) ใช้ OPD ปกติ แต่มีการแยกห้องตรวจ โดยมีโต๊ะ screen เพิ่มขึ้นและจัดทีมเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรคเข้ามารับผิดชอบดูแลประชาชนในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล ในจำนวนนี้มี 2 แห่งใช้พยาบาลวิชาชีพตรวจรักษาเป็นหลัก โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา รพ. 1 แห่งให้ประชาชนเลือกว่าจะพบแพทย์หรือพยาบาลประจำครอบครัว ซึ่งยังพบว่าประชาชนยังต้องการพบแพทย์มากกว่า และอีก 1 แห่งแพทย์ให้การตรวจรักษา

1.3.2) การจัดบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลร่วมกับสถานีนอมา

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในการประชุมโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายในแต่ละภาคแบบสุ่ม พบว่ามีการดำเนินการในสถานีนอมา ตั้งแต่ 1-10 แห่ง (เฉลี่ย 1-4 แห่ง) ลักษณะการดำเนินการขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่และเงื่อนไขจำนวนบุคลากร (โดยเฉพาะแพทย์) การดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอาจมีหลายรูปแบบตามเงื่อนไขสภาพพื้นที่ ซึ่งมีรูปแบบที่พอสรุปได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งที่มีการดำเนินการในสถานื่อนามัยทุกแห่ง โดยจัดพยาบาลวิชาชีพเข้าไปร่วมพัฒนางานบริการปฐมภูมิกับสถานื่อนามัยทุกแห่งมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาโดยจัดพยาบาลวิชาชีพ(คนเดิม)ให้ไปอยู่ประจำทุกวันในสถานื่อนามัยทุกแห่ง ยกเว้น 2 สถานื่อนามัยที่ใช้พยาบาลหมุนเวียนไปเนื่องจากสภาพพื้นที่อยู่ห่างไกล

รูปแบบที่ 2 ดำเนินการในสอ.บางแห่ง โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ ออกให้บริการแบบหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เดือนละ 1 ครั้ง (ไปครั้งละ 2-3 วัน) มีการดำเนินการใน 1 แห่งเนื่องจากสถานื่อนามัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เป็นภูเขาสูง การเดินทางยากลำบาก จะมีทีมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปเดือนละ 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งอยู่ 2-3 วันจึงจะเดินทางกลับ

รูปแบบที่ 3 ดำเนินการในสอ.บางแห่ง โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ หมุนเวียนออกไปให้บริการแบบ Extend OPD สัปดาห์ละ 1-3 วันครึ่งเช้า มีการดำเนินการใน 2 แห่ง โดยมี 1 แห่งที่เน้นให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก

รูปแบบที่ 4 ดำเนินการในสอ.บางแห่ง โดยส่งพยาบาลหมุนเวียนไปให้บริการที่ สอ สัปดาห์ละ 2-3 วัน และมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา มีการดำเนินการใน 1 แห่ง เนื่องจากสภาพพื้นที่ของสถานื่อนามัยนั้น อยู่ห่างไกล ไม่สามารถจัดพยาบาลวิชาชีพไปอยู่ประจำได้ จึงจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนไปให้บริการด้านรักษาพยาบาล รูปแบบนี้มีการจัดแพทย์เป็นที่ปรึกษาแต่ยังไม่ได้ออกไปให้บริการที่สถานื่อนามัย

รูปแบบที่ 5 ดำเนินการในสอ.บางแห่ง โดยส่งพยาบาลไปดูแลประจำที่สอ. และมีแพทย์เภสัชกร ประจำเป็นที่ปรึกษาและให้บริการบางวัน สัปดาห์ละ 1-2 วัน มีการดำเนินการในโรงพยาบาล 4 แห่ง โดยจัดให้มีแพทย์เป็นที่ปรึกษา และมี 2 แห่งที่แพทย์ออกมาร่วมให้บริการด้วยสัปดาห์ละ 1-2 วัน โดยบทบาทพยาบาลที่ไป จะมีบทบาทเน้นงานรักษาพยาบาล และมีโอกาสได้พัฒนางานบริการปฐมภูมิไปพร้อมๆกับทีมเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยด้วย

ข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสอบถามพบว่าสภาพการจัดบุคลากรเพื่อการให้บริการด้านต่าง ๆ โดยรวม สรุปได้ดังตาราง ¹³

ตารางที่ 2 ลักษณะการจัดบุคลากรเพื่อให้บริการใน ศสช./สอ.ต่อสัปดาห์ จำแนกตามประเภทเครือข่าย

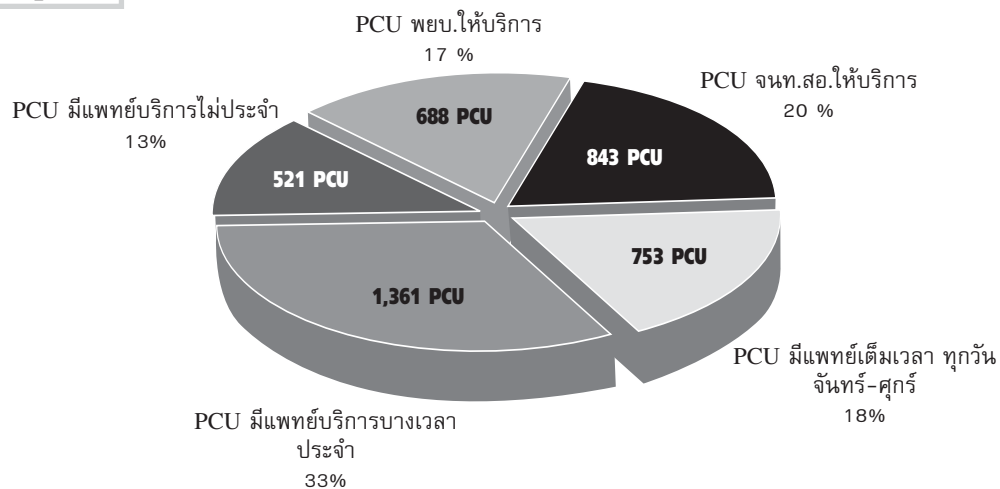
ประเภทการให้บริการ	ลักษณะของผู้ให้บริการ	ศสช.ในเครือข่าย รพศ. (n=123)		ศสช.ในเครือข่าย รพท. (n=184)		ศสช.ในเครือข่าย รพช. (n=837)	
		จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
การให้บริการด้านรักษาพยาบาล	- ศสช./สอ.ที่มีแพทย์ประจำทุกวัน	36	29.3	33	18.1	113	14.2
	- ศสช./สอ.ที่มีแพทย์ หมุนเวียนเป็นบางวัน	52	42.3	156	85.7	464	58.3
	- ศสช./สอ.ที่มีพยาบาลอยู่ประจำทุกวัน	99	80.5	181	100.0	754	94.7

ประเภทการให้บริการ	ลักษณะของผู้ให้บริการ	ศสช.ในเครือข่าย รพศ. (n=123)		ศสช.ในเครือข่าย รพท. (n=184)		ศสช.ในเครือข่าย รพช. (n=837)	
		จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
การให้บริการด้านทันตกรรม	- ศสช./สอ.ที่มีทันตแพทย์อยู่ประจำทุกวัน	11	8.9	18	9.9	102	12.8
	- ศสช./สอ.ที่มีทันตแพทย์หมุนเวียนเป็นบางวัน	31	25.20	80	43.9	251	31.5
การจัดการด้านเวชภัณฑ์	- ศสช./สอ. ที่มีเภสัชกรอยู่ประจำทุกวัน	15	12.2	18	9.9	101	12.7

แหล่งข้อมูล : สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการปฐมภูมิของหน่วยคู่สัญญาหลัก ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545

ข้อมูลการจัดบุคลากรให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นภาพรวมของประเทศ

แผนภูมิที่ 8 แสดงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนภาพรวมของประเทศ มิถุนายน 2545



แหล่งข้อมูล : สำนักพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2545

1.4) สภาพการจัดบริการของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จากการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่งใน 3 โซนที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ตุลาคม 2544 ใช้การสำรวจโดยการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่ ประชาชน การสังเกต และศึกษาจากเอกสาร ข้อมูลรายงาน ดำเนินการสำรวจในช่วงเดือนมีนาคม 2545 สรุปผลการสำรวจในประเด็นสำคัญ ดังนี้

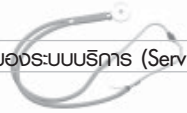
1. จำนวนจุดบริการที่เป็น PCU น้อยกว่ามาตรฐานมาก แม้จะมีประชากร 50,000-80,000 คน ก็ยังจัดบริการเพียงหน่วยเดียว ยกเว้นมี 2 รพ.จาก 9 รพ. ที่มีการจัดหน่วยบริการ PCU นอก รพ. แม้ประชากรจะไม่มากนัก บางแห่งยังมีแต่แผนการประสานใช้บริการกับศูนย์บริการสาธารณสุข บางแห่งใช้รพ.ในเครือข่ายเป็นจุดบริการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมไม่รวมบริการอื่นๆ
2. เวลาการบริการส่วนใหญ่ยังเปิดตามเวลาราชการ และไม่มี การติดป้ายแสดงเวลาให้บริการกรณีที่เป็นโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ยังมีการดำเนินงานค่อนข้างน้อย
 - ที่ทำมีแต่การบริการ ANC, วัคซีน ในสถานพยาบาล
 - ส่วนการออกชุมชนเพื่อสำรวจข้อมูลเบื้องต้นทำไปได้น้อยมากมีหนึ่งแห่งที่ใช้ติดต่อทางไปรษณีย์ แต่ก็ยังทำได้ไม่มาก
 - บุคลากรที่รับผิดชอบดูแล และดำเนินการด้านนี้ก็น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรรับผิดชอบ และขนาดพื้นที่ มีเพียง 2 แห่งที่มีทีมในจำนวนที่มากพอควร และเริ่มมีผลงาน มี 1 แห่งที่มีทีม 2 คน แต่ต้องดูแลประชากรประมาณ 70,000 คนดำเนินงานไปได้น้อยมาก ที่เหลือไม่มีทีมรับผิดชอบเลย (6 แห่ง) หรือมีแต่แผนรายชื่อเจ้าหน้าที่แต่ยังไม่มีการปฏิบัติงาน ส่วนหนึ่งบอกว่ารอการตกลงกับสำนักงานของกทม. จึงยังไม่ทำอะไร
4. การบริการด้านทันตกรรม ทุกแห่งจัดบริการโดยใช้สถานที่บริการในโรงพยาบาล และส่วนใหญ่เปิดบริการถึงเวลา 17.00 น. มีประชาชนต้องการมาใช้บริการมาก และมีพฤติกรรมที่จำกัดจำนวนการให้บริการด้วยวิธีต่างๆ จำนวนขอเขตการให้บริการ การให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันมีน้อยมาก มี 1 แห่ง ที่ให้บริการโดยทันตภิบาล โดยไม่มีทันตแพทย์ดูแล
5. บริการด้านเภสัชกรรมทุกแห่งจะมีปัญหาต่างหากสำหรับผู้รับบริการในโครงการนี้แต่ไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าต่างกับยาทั่วไปมากนักเพียงใด บางแห่งใช้มาตรฐานยาเดียวกับระบบประกันสังคม บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านนี้ ไม่มีการจ้างเพิ่มเติม แม้จะมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และไม่มีการดำเนินงานทางด้านการส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา บางรพ.ไม่มีเภสัชกรคุมห้องยาในบางเวลามีแต่เจ้าหน้าที่ให้บริการ
6. กระบวนการติดตามผลงาน การสนับสนุน และการแนะนำการดำเนินงานโดยแม่ข่ายในระยะที่ผ่านมาทำได้น้อยมาก

2) ผลลัพธ์งานด้านต่าง ๆ

2.1) งานด้านการรักษาพยาบาล

บรรยากาศที่ชัดเจน คือมีการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งที่เป็นคลินิกบริการทั่วไป คลินิกพิเศษเฉพาะทางเช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีการเปิดให้บริการเพิ่มขึ้นทั้งในเวลาราชการบางวัน และนอกเวลาราชการ เป็นผลให้ประชาชนสามารถมาใช้บริการได้สะดวกมากขึ้นที่สถานีอนามัย และสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมกับภาระงานที่สถานีอนามัยเพิ่มขึ้น

ด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล มีความพยายามในการจัดทำมาตรฐานการบริการเพิ่มมากขึ้น ที่ใช้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัย การจัดระบบป้องกันการติดเชื้อ งานเวชภัณฑ์ งานระบบข้อมูลและทะเบียน รวมทั้งอบรมพัฒนาบุคลากรในด้านการรักษาพยาบาล เพิ่มขึ้น



2.2) งานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

จุดเด่นของงานสร้างเสริมสุขภาพตามความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ คือ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การทำแฟ้มข้อมูลครอบครัว (Family folder) ซึ่งดำเนินการในทุกแห่ง แต่มีความต่างกันในเรื่องรายละเอียดของเนื้อหาข้อมูล และวิธีการเก็บ ซึ่งรูปแบบแฟ้มนี้มีหลากหลายทั้งที่พัฒนาจากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กองการพยาบาล และพัฒนาเองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แฟ้มครอบครัวจึงเป็นตัวอย่างที่รพ.และสอ. ตัดสินใจประยุกต์เองตามแนวคิดและประสบการณ์ของแต่ละแห่ง มากบ้างน้อยบ้าง (เจ้าหน้าที่สอ.ส่วนหนึ่งสะท้อนความเห็นว่าการแฟ้มข้อมูลเหล่านี้ไม่ต่างจากที่เคยเก็บมาในอดีต) แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจนต่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

การเยี่ยมบ้าน ที่ดำเนินการมักมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อเก็บข้อมูลครอบครัวให้ครบและทันสมัย และเพื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และที่เพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ แต่ในการปฏิบัติจริงจะติดตามเยี่ยมบ้านได้ไม่สม่ำเสมอทำได้เพียง 1-2 ครั้ง และเก็บข้อมูลพื้นฐานให้ครบ ส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนต่อการวางแผนจัดการเยี่ยมบ้านที่เป็นประโยชน์ และเชื่อมโยงกับบริการอื่นๆ มักจะเป็นการไปเยี่ยมตามกิจกรรมประจำสัปดาห์ที่กำหนด เพื่อบำบัด ในบางพื้นที่ได้จัดสรรค่าตอบแทนตามจำนวนการเยี่ยมบ้านด้วย

โครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่มีการจัดทำขึ้นเป็นแผนงานระดับอำเภอพบว่าไม่แตกต่างจากเดิมก่อนมีการประกันสุขภาพฯ ทั้งนี้เพราะกรอบแนวคิดของผู้รับผิดชอบยังยึดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายโครงการตามส่วนกลางเคยกำหนด ยังไม่มีการพัฒนาวิธีการและเนื้อหาที่ตรงประเด็นกับสภาพปัญหาของพื้นที่

2.3) งานด้านสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ส่วนใหญ่เข้าใจและเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ แต่รูปธรรมดำเนินงาน ยังเป็นรูปแบบเดิม คือ การทำงานผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำชาวบ้าน การจัดประชุมร่วมกับประชาชน การจัดตั้งชมรม แต่ยังไม่ชัดเจน และไม่ให้ความสำคัญในเรื่องเนื้อหากระบวนการที่จะสนับสนุนศักยภาพของประชาชน มีเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ชัดเจน และวางแผนเนื้อหาความรู้ ทักษะที่ประชาชนควรรู้อย่างชัดเจน

2.4) งานฟื้นฟูสุขภาพ

ส่วนใหญ่ดำเนินการด้านการฟื้นฟูสุขภาพน้อย แต่ก็พบว่ามีความตื่นตัว และมีหลายสถานพยาบาลดำเนินการในด้านนี้เพิ่มขึ้น เช่น มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน โดยทีมเยี่ยมบ้าน ที่เป็นพยาบาล และมีบางแห่งที่มีนักกายภาพไปให้บริการด้วย รวมทั้งมีกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพที่สถานอนามัยบางแห่ง

3.3 ผลกระทบด้านต่าง ๆ

1) ผลกระทบต่อกระแสวิชาชีพครอบครัว

1.1) ระยะที่มีการดำเนินงานตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาความแตกต่าง และตื่นตัวต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัวที่สูงมากขึ้นเป็นกระแส ทั้งในส่วนของการทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวงสาธารณสุข

- ความตื่นตัวต่อเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งพิจารณาจากจำนวนแพทย์ที่มาศึกษาต่อในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และจำนวนแพทย์ที่ผ่านการสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติเป็นผู้เชี่ยวชาญการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปี 2542-2547

	2542	2543	2544	2545	2546	2547
โคเวตาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (แพทย์สภา)	60	60	60	114	130	130
จำนวนแพทย์ที่ศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปีที่ 1	2	8	51	90	NA	21
จำนวนแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (วุฒิบัตร)	-	-	-	9	16	
จำนวนแพทย์ที่ผ่านการสอบหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (วิธีพิเศษ)			722	2384	1271 กำลัง สอบ อีก 1867	

ผู้ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ทั่วไป ตั้งแต่ 2511-2546 เท่ากับ 250 คน (วุฒิบัตร 194 คน หนังสืออนุมัติ 56 คน)

เหตุผลที่แพทย์มาสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความสนใจต้องการรู้ว่าเป็นอะไร บางส่วนเพราะทำงานด้านนี้โดยตรง บางส่วนเพราะเป็นอาจารย์แพทย์ที่ต้องสอนเรื่องนี้ และบางส่วนเกรงว่าจะไม่สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วไปได้ หากไม่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และสอบไว้ไม่เสียหาย (มีแพทย์บางส่วนที่วิจารณ์กระบวนการสอบว่าคุณภาพไม่เข้มข้นแต่ขณะเดียวกันบางส่วนก็เห็นว่าเป็นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และหาพันธมิตรที่จะร่วมดำเนินการให้บริการปฐมภูมิ)

1.2) บุคลากรในวิชาชีพต่างๆ มีความสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชน ตัวอย่างเช่น

- สภาการพยาบาล สถาบันการศึกษาด้านการพยาบาล ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อมาสนับสนุนการทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งจัดหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นในด้านพยาบาลครอบครัว เพื่อเตรียมบุคลากรที่จะไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
- ทันตแพทย์สภา เภสัชสภา เข้ามามีส่วนในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และสถาบันการศึกษาจัดประชุม จัดอบรมวิชาชีพเพื่อให้เข้าใจบทบาทและแนวปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

- มีกระแสของการที่จะต้องหาแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

2) ผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินงาน

- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาล กับสถานเอนามัย และสาธารณสุขอำเภอเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้องใช้งบประมาณ และดำเนินงานร่วมกัน ต้องจัดการบุคลากรและจัดการบริการร่วมกันมากขึ้น ซึ่งมีทั้งที่เป็นประโยชน์ และส่วนที่ขัดแย้ง กระทบกระทบกัน มีทั้งทำให้การทำงานขยายตัวได้มากขึ้น แต่บางส่วนก็มีปัญหาอุปสรรคที่ชัดเจนในเรื่องการจัดการงบประมาณ บางส่วนก็กระทบกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลที่ไปปฏิบัติงานสถานเอนามัยที่มีธรรมชาติของการทำงานต่างกัน ยังไม่เข้าใจกัน และคาดหวังกันและกันไม่ตรงกัน จึงทำให้ทำงานร่วมกันด้วยความลำบากใจ แต่ก็มีหลายส่วนที่เจ้าหน้าที่จากสองส่วนทำงานร่วมกันได้ดี เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเข้าใจสภาพการทำงานของสถานเอนามัยดีขึ้น มีการประสานงานกันดีขึ้น แต่สัดส่วนระหว่างด้านบวก กับด้านลบ ด้านใดมากกว่านั้น ยังไม่มีการสำรวจหรือศึกษาที่ชัดเจน แต่ก็พบว่าสถานการณ์ที่ปรับเปลี่ยนไปตลอด
- ผลด้านงบประมาณ ทรัพยากรที่จัดสรรมาให้สถานเอนามัย ซึ่งพบทั้งที่เป็นด้านบวก คือสถานเอนามัยได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้น แต่ก็มีด้านลบที่สถานเอนามัยบางส่วนรู้สึกว่าได้รับงบประมาณลำบากขึ้น ต้องมาขอจากโรงพยาบาล และบางส่วนได้รับงบประมาณช้า แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่ คือ เวชภัณฑ์ของสถานเอนามัยจะได้รับจากโรงพยาบาลตามบัญชีรายการที่มีการกำหนดภายใน มากขึ้น บางแห่งก็ได้รับเพิ่มขึ้น บางแห่งไม่ต่างจากเดิม บุคลากรที่สถานเอนามัยได้รับค่าตอบแทนในการบริการนอกเวลาราชการเพิ่มมากขึ้น
- ผลงานด้านบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นในส่วนของสถานเอนามัยที่เป็นจุดที่ตั้งของ PCU และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน แต่จำนวนผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปลดน้อยลง

3) ผลกระทบต่อความคาดหวัง และพฤติกรรมของประชาชนต่อการใช้บริการสาธารณสุข

จำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และความคาดหวังต่อบริการเพิ่มมากขึ้น

จากกระแสการประชาสัมพันธ์โครงการ 30 บาท ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งต้องการทดลองการบริการ เปลี่ยนจากที่เคยใช้บริการที่อื่นมาใช้บริการจากสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลให้ในภาพรวมจำนวนผู้ใช้บริการที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 โดยเฉพาะสถานเอนามัยบางแห่งที่เป็นจุดที่ตั้งของ PCU มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นประมาณ 2 เท่าของจำนวนเดิม รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่ยังไม่มีจุดบริการ PCU ในพื้นที่รอบนอกมากนัก ก็มีจำนวนผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก แต่ในพื้นที่ที่มีการจัดบริการที่ PCU ในตำบลรอบนอกจำนวนมาก ก็พบว่าผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนในเขตอำเภอนั้นจำนวนลดลงมากเพิ่มความสะดวกให้แก่ประชาชนที่มาใช้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรัง เช่น เบาหวาน

นอกจากนี้จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ประจำสถานเอนามัยจำนวนหลายแห่งที่กล่าวว่า “เดี๋ยวนี้ชาวบ้านมาใช้บริการมากขึ้น บางส่วนก็มาบอกว่าจะขอยาโน้น ยาโน้น มากขึ้นกว่าเดิม หากไม่ให้ก็จะมีปัญหาได้” “ชาวบ้านส่วนหนึ่งก็เรียกร้องการให้บริการมากขึ้น” “บางส่วนก็มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

ชุมชนเลย ไม่ไปใช้บริการที่สถานื่อนามัย เพราะโรงพยาบาลกับสถานื่อนามัยเป็นเครือข่ายเดียวกัน ไม่ต้องไปสถานื่อนามัยก่อนก็ได้” ในขณะเดียวกันก็มีประชากรจำนวนหนึ่งที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลโดยไม่ขอใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพ เพราะเกรงว่าจะได้รับบริการ หรือได้รับยาที่ไม่ดี รวมทั้งไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลที่กำหนดจากการขึ้นทะเบียน แต่ไปใช้ที่สถานพยาบาลเดิมที่เคยใช้ หรือเห็นว่ามีความเชี่ยวชาญมากกว่า

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2544-2545

	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ผู้ป่วยใน (คน)	ผู้ป่วยนอก (วัน)
ปีงบประมาณ 2544	75,739,987	6,030,933	25,604,404
ปีงบประมาณ 2545	123,528,266	5,480,732	21,611,312
อัตราที่เพิ่มขึ้น ปี 44-45(%)	63.10	- 9.12	-15.59
ปีงบประมาณ 2546 (9 เดือน)	100,895,169	3,991,310	16,174,444
(จำนวนสถานพยาบาลที่รายงาน)	(807)	(807)	(807)

แหล่งข้อมูล : รายงานบริการประจำเดือน (0110 รง 5) ประมวลโดยกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ 31 ก.ค.2546

หมายเหตุ : ร้อยละของความสมบูรณ์ของรายงาน= 82.3 (จากสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 978 แห่ง)

ตารางที่ 5 อัตราการใช้สิทธิ์ เมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาล จำแนกตามประเภทของสิทธิ์/สวัสดิการ, 2545

ประเภทของสิทธิ์/สวัสดิการ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
ประกันสุขภาพ (UC)	58.9 %	68.8 %
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	45.9 %	80.7 %
ประกันสังคม	82.7 %	73.6 %
รวม	59.6 %	71.1 %

แหล่งข้อมูล : ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัตย์ , 2545

4) ผลกระทบต่อการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

จากบรรยากาศที่มีการใช้บริการรักษาพยาบาลมากขึ้น และความสับสนต่อวิธีการบริหารจัดการงบประมาณแบบใหม่ที่มาพร้อมกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมทั้งความไม่ชัดเจนต่อขอบเขตการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่รวมในสิทธิประโยชน์ของ UC จึงทำให้เจ้าหน้าที่ที่สถานพยาบาลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้มีเวลากับการดำเนินงานด้านนี้ลดลง และให้ความสำคัญลดลง ยกเว้นโครงการต่างๆ ที่ได้รับสั่งการให้ต้องปฏิบัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในการณรงค์คัดค้านต่างๆ ได้แก่ การควบคุมโรคไข้เลือดออก การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การตั้งชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ การตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน แต่ในบางพื้นที่ก็มีความพยายามของการจัดให้กิจกรรมด้านนี้เพิ่มมากขึ้น แต่เป็นการดำเนินงานตามกิจกรรมเดิมมากกว่าการคิดค้นกิจกรรมดำเนินงานใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ หรือบางส่วนอาจมีการประยุกต์วิธีดำเนินงานให้เหมาะสมมากขึ้น

บางพื้นที่จะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพิ่มมากขึ้น บางพื้นที่ลงเก็บข้อมูลชุมชนในด้านต่างๆ เพื่อนำมาบันทึกในแฟ้มครอบครัว ทั้งที่เป็นข้อมูลชุมชน ผังครอบครัว แผนที่เดินดิน ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้รับฝึกอบรมเพิ่มเติม

งบประมาณที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขได้รับเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการควบคุม ป้องกันโรค ลดน้อยลง กรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถจัดตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ เนื่องจากการตั้งงบประมาณของสำนักงานงบประมาณ

3.4 ข้อจำกัด และอุปสรรค

จากการติดตามผลการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่า แนวความคิดของการจัดหน่วยปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพที่มีจุดประสงค์เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข แต่สภาพโครงสร้างพื้นฐานของระบบมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ คือ

● สถานพยาบาลและบุคลากรที่ให้บริการปฐมภูมิ มีจำนวนไม่เพียงพอ กระจายไม่สม่ำเสมอ มีความแตกต่างสูง

โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่บางแห่งยังไม่เพียงพอ เช่น สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ตะวันออกเฉียงเหนือ ดูแลประชากรจำนวนมาก (เช่น สถานีอนามัยดูแลประชากรประมาณหมื่นคน รพช.ดูแลประชากรประมาณ 8 หมื่นถึงแสนคน) แม้จะได้รับงบประมาณดูแลต่อหัวประชากรไปเป็นจำนวนมากก็ยังไม่สามารถหาบุคลากรเพิ่มขึ้นมาอย่างมากในช่วงเวลาอันสั้นที่จะให้บริการได้ตามมาตรฐาน รวมทั้งต้องการลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติมด้วย

หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนในบางพื้นที่รับผิดชอบประชากรน้อย (เช่น พื้นที่ภาคกลาง พื้นที่ทุรกันดาร) ทำให้ได้รับงบประมาณต่อหัวประชากรน้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และการดำเนินงานตามมาตรฐาน นอกจากนี้แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนมักจะเป็นแพทย์ใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานไม่นาน มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการน้อย แต่ต้องประสบปัญหา ย่อมทำให้จัดการปัญหาได้ลำบาก

พื้นที่เขตเทศบาล ที่ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของรพศ./รพท. มีหน่วยที่ทำหน้าที่แบบบริการปฐมภูมิน้อย บางส่วนเป็นเอกชน บางส่วนอยู่ในสังกัดเทศบาล แต่ละแห่งให้บริการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ได้ไม่ครบถ้วน ต้องการการบริหารจัดการระบบให้มีการประสานเชื่อมโยง และดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ผู้บริหารจัดการในพื้นที่เหล่านี้มักจะเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านนี้น้อย จึงทำให้การพัฒนางานนี้ดำเนินไปอย่างซลุกซลัก

ฉะนั้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่ จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่ต่างกัน ไม่อาจจะแก้ด้วยวิธีการทางการเงินการคลังของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่เพียงอย่างเดียวได้

● ข้อจำกัดในเชิงโครงสร้างบริหารของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระดับอำเภอ การบริหารหน่วยงานที่ระดับอำเภอ และตำบลที่มีสองสายบังคับบัญชา ไม่เป็นเอกภาพ ทำให้การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพทำได้ยากลำบาก และมีโอกาสเพิ่มความขัดแย้งได้มาก

การกระจายอำนาจ ระบบบริหารทั้งระบบของหน่วยราชการในประเทศไทย ยังเป็นลักษณะที่รวมศูนย์สั่งการในส่วนกลาง มีการมอบอำนาจให้หน่วยงานในส่วนภูมิภาคดำเนินการบางส่วน ซึ่งยังไม่เพียงพอในการจัดการภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการจัดการและการตัดสินใจในระดับพื้นที่ที่มีความคล่องตัวสูงทั้งในด้านการจัดงบประมาณ การจ่ายค่าตอบแทนการบริหารจัดการบุคลากร จึงจะทำให้มีการปรับระบบได้ทันกับสถานการณ์

● ข้อจำกัดของบุคลากรในด้านความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการบริหารจัดการระบบ

“รูปแบบโครงการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกันที่เขียนขึ้นเพื่อของบประมาณยังเป็นลักษณะกิจกรรมเดิมเป็นส่วนใหญ่” เป็นคำสะท้อนของผู้เกี่ยวข้อง แม้จะมีการชี้แจง พยายามฝึกอบรมในด้านนี้ แต่ผลที่เกิดขึ้นยังไม่เปลี่ยนแปลงมาก ปัจจัยส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจาก ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการคิดงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ที่มีจำกัด ทำให้การคิดค้นและพัฒนาทางด้านนี้ทำได้น้อย แม้จะมีงบประมาณ หรือนโยบายที่สนับสนุนเต็มที่ ตัวอย่างเช่นกิจกรรมดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคติดต่อต่างๆ การปรับพฤติกรรมเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง

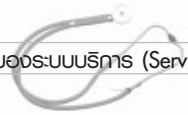
● ข้อจำกัดในด้านระบบกำกับติดตามประเมินผลงาน จากการเป็นคู่สัญญา

ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการออกแบบระบบให้ผู้จัดการงบประมาณแยกออกจากผู้ให้บริการ และต้องทำหน้าที่ติดต่อกับผลงานตามงบประมาณที่ทำเป็นสัญญา ซึ่งถือว่าเป็นระบบใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบราชการสาธารณสุข ที่หน่วยบริหารไม่คุ้นเคยทั้งที่เป็นผู้บริหารส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ต้องกำกับติดตามทั้งสถานพยาบาลภาครัฐ และเอกชนให้ดำเนินงานตามสิทธิประโยชน์และมาตรฐานที่กำหนดขึ้น ซึ่งต้องปรับวิธีการกำกับแบบใหม่ ที่มีใช้อำนาจทางการบริหาร แต่เป็นอำนาจทางการเป็นคู่สัญญาในการรับภาระกิจไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความสับสนในบทบาทของหน่วยบริหาร และทำให้การกำกับติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพ แม้สถานพยาบาลบางแห่งดำเนินการไม่เหมาะสม ก็ยังไม่สามารถจัดการให้ปรับปรุงได้เท่าที่ควร

3.5 ประสพการณ์และบทเรียน

1) การถ่ายทอดความคิดและนโยบายจากส่วนกลางสู่ผู้ปฏิบัติ

- ประเด็นที่ถ่ายทอดคลาดเคลื่อนโดยเฉพาะส่วนที่เป็นแนวคิด หลักการ และ
- จุดที่ทำให้คลาดเคลื่อน คือ กระบวนการที่เร่งรีบ และการไม่ให้ความสำคัญต่อแนวคิด หลักการ และต้องการกิจกรรมที่ทำได้ง่าย
- โครงสร้างความคิดและประสพการณ์เดิมของผู้เกี่ยวข้อง ทำให้การเสนอความคิดใหม่มีโอกาสดำเนินการได้ยาก ตามสภาพเดิม
- ความพอดี ระหว่างแนวคิด กับแนวปฏิบัติ ที่มีความต้องการคุณภาพสูง แต่การแปลเป็นแนวปฏิบัติไม่ชัดเจน และไม่พอดีกับโครงสร้างบริการเดิม



- 2) การจัดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - ความพร้อมของการจัดบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานมีความแตกต่างกัน และต้องการกลยุทธ์การพัฒนาต่างกัน ทำให้การใช้มาตรฐานแบบเดียวกัน หรือมาตรการเดียวกันหมดทำได้ยาก
 - ปัญหาที่ไม่มีโอกาสในการปรับปรุงมาตรฐานให้เหมาะสม
 - ความพยายามที่จะแปลมาตรฐานเป็นรูปธรรมกิจกรรมที่เหมือนกันทุกแห่ง ทำให้ละเลยความแตกต่างของสภาพพื้นที่ จึงทำให้เกิดความสับสน และดำเนินการได้ไม่สอดคล้อง
- 3) ความเป็นไปได้ และความพร้อมของการตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย
 - ปัญหาความแตกต่างระหว่างบุคลากร ทรัพยากรพื้นฐานในแต่ละพื้นที่
 - ลักษณะของระบบที่ยังรวมศูนย์อำนาจ แต่ขณะที่ระบบใหม่ต้องการกระจายอำนาจ สภาพเหล่านี้ทำให้ต้องทบทวนกลยุทธ์หลักของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องในระยะเปลี่ยนผ่าน
- 4) ความหลากหลายของการพัฒนาและการปรับตัวของสถานพยาบาล ที่เกิดขึ้นในระยะที่ผ่านมา จะเป็นภาพที่สะท้อนสภาพจริงของโครงสร้างและวัฒนธรรมขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นโรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลขนาดเล็ก สถานพยาบาลเอกชน และหน่วยงานในส่วนกลาง อันจะเป็นฐานสำคัญเพื่อใช้พิจารณาประกอบในการวางแผนการพัฒนาในระยะต่อไปให้เหมาะสม
- 5) ความสอดคล้อง และความขัดแย้งของกลไกต่างๆ ในระบบประกันสุขภาพกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - การให้ประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลได้เสรี ในขณะที่ศักยภาพของสถานพยาบาลมีความต่างกันมาก อีกทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความไม่เต็มที่ย่อมทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่อาจจะแข่งกับโรงพยาบาลได้
 - การที่ต้องการให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินงานบริการแบบผสมผสานทุกด้าน แต่ก็ให้ประชากรเลือกขึ้นทะเบียนเสรี ซึ่งประชากรจะยังไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและบริการพื้นฐาน ฉะนั้นความคิดที่ประชากรเลือกหน่วยบริการขึ้นทะเบียนจึงเน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ที่ไม่ตรงกันความคิดของนักวิชาการในการจัดระบบ
- 6) การใช้มาตรการทางการเงินเป็นตัวนำในการพัฒนาบริการ

การใช้มาตรฐานของบริการปฐมภูมิเป็นเกณฑ์ประกอบการจัดสรรงบประมาณทำให้เกิดกระแสความสนใจต่อการจัดบริการปฐมภูมิอย่างมาก มีความพยายามจัดบุคลากรลงไปบริการ ทั้งที่เข้าใจและไม่เข้าใจ แต่ก็มีกระแสที่ต้องดำเนินการด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ทำให้มีบางคนเข้าใจและดำเนินการไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสม หรือไม่เกิดประโยชน์กับประชาชน ซึ่งต้องการมาตรการและกลยุทธ์อื่นๆ อีกที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรการทางการเงิน การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น

4. แนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิในอนาคต

1. ควรปรับกระบวนการถ่ายทอดนโยบายและแนวคิดหลักของการพัฒนาบริการปฐมภูมิทิศทางการดำเนินงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจหลักสำคัญที่ตรงกัน (เช่น มิใช่เป็นหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ต้องรับผิดชอบต่อประชากรทั้งที่มาใช้บริการและที่อยู่ในพื้นที่) ระดมการแปลความที่ผิดเพี้ยนไป และแนวนโยบายนั้นไม่ควรที่จะเปลี่ยนแปลงบ่อย ควรมีกลไกที่ทำหน้าที่ประสาน ติดตาม การดำเนินงานพัฒนาในด้านนี้อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และวางแผนกลยุทธ์การพัฒนาในแต่ละระยะอย่างเหมาะสม
2. ต้องเร่งให้มีมาตรการพัฒนาระบบแก้ปัญหาฐานรากความแตกต่างเชิงโครงสร้างของสถานพยาบาลและการกระจายบุคลากร และมาตรการพัฒนาบุคลากร ควบคู่ไปกับมาตรการทางการเงินการคลัง
3. ควรทบทวนกลยุทธ์การพัฒนา และจัดทำแผนหลักเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยจัดแยกตามประเภทของพื้นที่ หรือบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งที่เป็นพื้นที่ชนบท เมือง เขตอุตสาหกรรม และเขตทึบกันดาร รวมทั้งพิจารณาแบ่งบทบาทการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีธรรมชาติต่างกัน และพัฒนาบทบาทของภาคประชาชนให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. ควรพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในส่วนที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคให้เด่นชัดมากขึ้น ทั้งส่วนที่เป็นหลักการสำคัญที่ต้องปฏิบัติ และส่วนที่สามารถปฏิบัติแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ ผลลัพธ์ของบริการที่ต้องบรรลุในระยะต่างๆ
5. ควรมีการทดลองพัฒนาและศึกษาวิจัยหารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิที่หลากหลาย ที่ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทหลัก พัฒนา ปรับมาตรฐานการบริการต่างๆ บนฐานข้อมูลจริงเพื่อวางแผนการพัฒนาที่เป็นระยะเฉพาะหน้า และระยะยาว ซึ่งอาจมีการประสานให้มีเครือข่ายองค์กรที่ทำหน้าที่ศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบต่อเนื่องทั้งที่เป็นระยะสั้น และระยะยาว

ประเด็นที่ควรมีการทบทวน และศึกษาพัฒนา คือ

- ขอบเขต บทบาท วิธีดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในชนบท และในเขตเมือง ควรเป็นอย่างไร
- จะมีการทำสัญญาให้หน่วยอื่นรับไปดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ได้หรือไม่ หรือ ไม่ควรแยกงานส่งเสริมฯ ออกไป ยังควรจะผสมรวมกับบริการอื่นๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- บทบาทพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องปฏิบัติเหมือนกันในพื้นที่เป็นอย่างไร

- ใครควรเป็นผู้ให้บริการในทีมปฐมภูมิ มาตรฐานควรเป็นอย่างไร
 - ผู้ที่เป็นเจ้าของหน่วยนี้ควรเป็นใคร
6. กระบวนการทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางดำเนินงานควรเป็นลักษณะที่ใช้ฐานข้อมูลความเป็นจริงในการวิเคราะห์พิจารณา มากกว่าการใช้ความรู้สึก หรือประสบการณ์เดิมเพียงส่วนเดียว
7. บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการ และปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นสหวิชาชีพ และมีการหาระบบจัดการที่บุคลากรทำงานทดแทนกันได้อย่างเหมาะสมในกรณีที่มีบุคลากรบางสาขาขาดแคลน
8. เร่งลดปัญหาช่องว่างการกระจายบุคลากรที่แตกต่างกันสูง และเร่งจัดกลไกการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานได้อย่างสอดคล้อง
9. จัดระบบและพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านงบประมาณ การจัดการกำลังคน
- ทบทวนระบบงบประมาณที่จัดสรรเพื่อสนับสนุนปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร จะแยกจัดสรรได้หรือไม่ อย่างไร
 - ระบบการพัฒนา การกำกับ ติดตาม นิเทศ
10. กลไกการพัฒนากำลังคน และระบบ
- พัฒนากำลังคน ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีจิตวิญญาณการพัฒนา และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
 - พัฒนาเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ ในลักษณะที่เป็นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง learning bond and interactive learning through action
 - เนื้อหาการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรมีหลายองค์ประกอบ ที่ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ
 - มีการจัดองค์กรที่ประสานการพัฒนากำลังคนในด้านบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นระยะสั้น และระยะยาว และพัฒนาให้มีกลไกการจัดการพัฒนากำลังคนในพื้นที่ได้ต่อเนื่อง ติดตามความรู้ให้ทันสมัยต่อเนื่องได้
11. พัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้อง ให้เกื้อหนุน ผลักดันให้บุคลากรสามารถดำเนินการตาม บทบาท ที่ควรเป็นได้ มีหลักการสำคัญ คือ
- ระบบที่เน้นผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน
 - ระบบที่ต้องมีการประเมินผลต่อเนื่องตลอด มีการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
 - การบริหารจัดการที่คล่องตัวพร้อมกับการปรับระบบให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
 - การมีปฏิภาน และความสัมพันธ์กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง
 - การมีทีมงานที่เป็น polyvalent and holistic
 - การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- ¹ ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นชื่อที่ตั้งขึ้นใหม่โดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เรียกแทน หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care Unit (PCU)
- ¹ WHO, Geneva, Primary Health Care , Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- ² สุปัตรา ศรีวณิชชากร อะไร คือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด่านแรก ใน เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์, พ.ศ.2542
- ³ WHO, Global Programme Committee, 1986
- ⁴ รายงานสรุปผลการประชุมแพทยศาสตรศึกษาครั้งที่ 6
- ⁵ สุปัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ สรุปเนื้อหาสำคัญ โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป รายงานผลการศึกษา เล่มที่ 1, พ.ศ. 2541
- ⁶ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานและแนวทางการจัด บริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2545
- ⁷ Department of Health and Children, Government of Ireland, Primary Care A New Direction, 2001
- ⁸ Department of Health and Welfare, New Zealand
- ⁹ Canada
- ¹⁰ Bodenheimer Thomas, Innovation in primary care in the United States, BMJ 2003; 326:796-799 (12 April)
- ¹¹ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สรุป สถานการณ์การดำเนินงานจัดเครือข่าย บริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน, มีนาคม 2545 ; เอกสารรายงาน
- ¹² อ้างอิงแล้วใน 11
- ¹³ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข , การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการปฐมภูมิของ หน่วยคู่สัญญาหลัก ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545

บทที่ 2 การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย :

รศ.บพ. จิรุตม์

ศรียัตินบัลล์

บพ. จาดีจ

ธรรมธัช

“สร้าง” นำ “ซ่อม” เป็นหลักการและจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้มีการกำหนดไว้ในระดับนโยบาย ด้วยเหตุนี้ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหลักประการหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ที่ผ่านมา ได้มีการกำหนดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไว้เป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” อันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในช่วงระยะเวลา 2-3 ปี ที่ผ่านมา⁽¹⁾ และบรรจุบริการด้านนี้ไว้เป็นส่วนหนึ่งของ “บริการสาธารณสุข” ที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ตามมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

การนำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมารวมไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเป็นเรื่องที่ทำหลายทั้งในด้านนโยบาย การจัดระบบ การบริหารจัดการและแนวทางในการให้บริการภายใต้การประกันสุขภาพ บทความนี้จะนำเสนอกรอบแนวคิดของการให้บริการ สถานการณ์ของการให้บริการทั้งที่เห็นเป็นความสำเร็จและปัญหาที่พบ พร้อมด้วยบทวิเคราะห์เกี่ยวกับทิศทางและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในลำดับต่อไป

1. กรอบแนวความคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

● การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพ ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกหมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพของตน⁽²⁾ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพไว้เป็นหลัก 5 ประการ ได้แก่

- 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ (Build healthy public policy) หมายถึง การกำหนดนโยบายสาธารณะใดๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วย
- 2) การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments) เนื่องจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงความเป็นอยู่ ที่ทำงาน ที่พักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งสภาพแวดล้อมอื่นๆ ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 3) การเสริมการดำเนินงานโดยชุมชนให้มีความเข้มแข็ง (Strengthen community actions) ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจอาศัยวิธีการพัฒนาชุมชน
- 4) การพัฒนาทักษะให้กับทุกคน (Develop personal skills) ด้วยการให้ได้รับข่าวสารข้อมูล การศึกษาทางสุขภาพ และการเพิ่มพูนทักษะในการดำรงชีวิต เป้าหมายคือให้สามารถควบคุมสุขภาพของตนและสภาพแวดล้อมได้
- 5) การปรับทิศทางของบริการสุขภาพ (Reorient health services) เพื่อให้สอดคล้องกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา มักใช้คำว่า ส่งเสริมสุขภาพ แต่ด้วยเหตุที่การสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมการดำเนินการด้วยกลไกทางสังคมนอกเหนือจากการบริการสาธารณสุข การดำเนินการ Health promotion ในปัจจุบันจึงหันมาใช้คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ ทดแทน เพื่อสะท้อนแนวทางใหม่ที่กว้างขวางกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่า บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมเท่านั้น

เมื่อพิจารณาการสร้างเสริมสุขภาพในกรอบของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ความพยายามจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์หลัก คือ

- 1) ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคล
- 2) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- 3) การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกัน การพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
- 4) การวางแผนครอบครัว
- 5) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลที่บ้าน (Home Health Care)
- 6) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- 7) การให้คำปรึกษา (Counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ⁽³⁾

จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสามารถและทักษะการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ประชาชนผู้รับบริการเป็นหลัก กิจกรรมบางประการ เช่น กิจกรรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนโดยการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมต่างๆ หรือการปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมในชุมชน แม้ว่าจะเป็นงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่อาจได้รับการตีความที่แตกต่างกันไปได้ว่าจัดเป็นบริการสาธารณสุขตามกฎหมายหรือไม่ ซึ่งน่าจะเป็นประเด็นที่ต้องสร้างความชัดเจน นอกจากนี้ยังมีบางกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ที่มีกิจกรรมส่วนใหญ่วางกับการป้องกันโรค เช่น การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และการดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกัน การพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ ซึ่งจะกล่าวถึงในตอนต่อไป

● การป้องกันโรค (Disease prevention)

การป้องกันโรคเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภูมิคุ้มกันของบุคคล (Host) เพื่อลดความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาการป้องกันโรคในมุมมองที่กว้างขึ้น อาจขยายขอบเขตของคำ มาใช้คำว่า “การป้องกันความเจ็บป่วย” ซึ่งจะครอบคลุมความผิดปกติของร่างกายที่เป็นความเจ็บป่วยซึ่งอาจมีใช้โรคด้วย และถ้าจะพิจารณาขอบเขตของความเจ็บป่วยตามความหมายของสุขภาพ ที่ให้ไว้โดยองค์การอนามัยโลก ความเจ็บป่วยนี้จะมีได้ทั้งความเจ็บป่วยทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

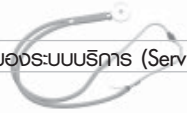
โดยทั่วไปการป้องกันความเจ็บป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ

- 1) การป้องกันความเจ็บป่วยระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันก่อนเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันต่างๆ แก่ร่างกาย ตลอดจนจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การป้องกันความเจ็บป่วยในระดับนี้อาจเป็นมาตรการโดยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ หรืออาจเป็นมาตรการป้องกันเฉพาะ (Specific protection) เช่น การให้วัคซีน
- 2) การป้องกันความเจ็บป่วยระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง การป้องกันเพื่อไม่ให้ความเจ็บป่วยขยายวงกว้างขึ้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยนั้นขึ้นแล้ว ซึ่งครอบคลุมการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความเจ็บป่วยนั้นเสียตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อการวินิจฉัยและทำการรักษาโดยเร็ว (Early diagnosis and prompt treatment)
- 3) การป้องกันความเจ็บป่วยระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หมายถึง การป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีความเจ็บป่วยหรือเป็นโรครอยู่แล้ว ซึ่งครอบคลุมการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การจำกัดความพิการและฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ของผู้ป่วย

ในระยะแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการป้องกันโรคไว้ โดยเน้นหลักไปที่การป้องกันระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ได้แก่

- 1) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- 2) การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกัน การพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
- 3) การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)
- 4) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และการใช้ในผู้ติดเชื้อตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
- 5) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ และการเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)⁽³⁾

มีข้อสังเกตที่น่าสนใจบางประการว่า การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ มักจะมีการให้บริการอยู่ในคลินิกฝากครรภ์ ในขณะที่การดูแลสุขภาพเด็ก ตลอดจนการให้ภูมิคุ้มกัน การพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ มักจะให้บริการในคลินิกเด็กดี ซึ่งรูปแบบของการบริการดังกล่าวจะประกอบด้วยการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ร่วมกัน



สำหรับการให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกรอบของระบบประกันสังคม และสวัสดิการ ราชอาณาจักรของข้าราชการ ซึ่งเป็นระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยอีกสองระบบสำคัญนั้น ไม่ได้มีการกำหนดหลักการด้านนี้ไว้โดยชัดแจ้ง แม้ว่าในสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการตรวจสุขภาพไว้ก็ตาม ในขณะที่ระบบประกันสังคมไม่ได้แสดงเจตนารมณ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพไว้ ตลอดจนไม่ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิไว้เลย

● การจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ

การจัดแบ่งการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามชุดสิทธิประโยชน์ไว้ 10 กลุ่ม ทำให้มองเห็นภาพที่ชัดเจนของขอบเขตของงาน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติจะพบว่า การให้บริการในหลายโอกาสจะมียุทธศาสตร์ประกอบทั้งของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ด้วยกัน จนยากจะตัดสินแยกกิจกรรมทั้ง 2 ด้านออกจากกันได้ ทั้งนี้ด้วยความหลากหลายและความทับซ้อนของกิจกรรม ทำให้รูปแบบในทางปฏิบัติของบริการที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถแบ่งแยกได้ตามกลุ่มของชุดสิทธิประโยชน์ หรือแยกออกจากการให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ หรือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้ ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการนำเสนอและอภิปรายแนวคิด โดยเฉพาะความเชื่อมโยงกับระบบและวิธีการด้านการบริหารจัดการผู้เขียนใคร่ขอจัดการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ที่อาจดำเนินการไว้ 4 รูปแบบ ได้แก่

- 1) **การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการจัดกลุ่มของบริการหรืองานไว้โดยเฉพาะ (Program-based health promotion and disease prevention)** บริการกลุ่มนี้ในสถานพยาบาลมักเป็นงานประจำที่มีการให้บริการกันอยู่แล้ว และมักมีการจัดไว้ในรูปคลินิกบริการ เช่น คลินิกฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกอดบุหรี่ เป็นต้น การให้บริการประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาหรือยาบำรุง ตลอดจนการให้คำปรึกษาและสุศึกษาในรูปแบบต่างๆ
- 2) **บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการให้แก่ผู้รับบริการระหว่างการให้บริการดูแลสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป (Care-based health promotion and disease prevention)** ได้แก่ การทำกิจกรรมที่ถือว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย เช่น การให้สุศึกษาในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินและสอนทักษะการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ (Counseling) การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index, BMI) และการประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย เป็นต้น การให้บริการประเภทนี้แม้จะระบุไว้ในกลุ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่มักแยกขอบเขตของกิจกรรมออกจากบริการรักษายาบาล หรือบริการอื่นๆ ที่ให้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกันได้ยาก

- 3) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดในรูปของโครงการ มีการดำเนินการแบบเฉพาะกิจ (Project-based health promotion and disease prevention) ได้แก่ การดำเนินการให้บริการที่อาจทำในเชิงรุกลงไปในกลุ่มชน หรือเชิงรับในสถานพยาบาลก็ได้ เช่น การรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ Pap smear ในชุมชน แต่มีลักษณะของการดำเนินการเป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์เริ่มต้น และสิ้นสุด มักมีวัตถุประสงค์ของโครงการโดยเฉพาะ สามารถติดตามนับหรือประเมินจำนวนของผลผลิตหรือผลงานได้ และมักมีเครื่องชี้วัด (Indicator) ของโครงการที่ค่อนข้างชัดเจน
- 4) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการร่วมกับชุมชนหรือมีการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการ (Community-based health promotion and disease prevention) การดำเนินงานกลุ่มนี้บริการบางกลุ่มอาจเป็นบริการที่ให้แกบุคคลโดยตรง หรือให้แกบุคคลในฐานะสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน มีหลายครั้งที่การทำงานของหน่วยบริการเป็นงานสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน หรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ งานกลุ่มนี้อาจชี้ขาดได้ยากว่ามุ่งหมายที่การดูแลสุขภาพของบุคคลคนนั้น (Personal health services) หรือสุขภาพของสาธารณะส่วนรวม ทำให้ในเชิงนิยามและขอบเขตของงานอาจแยกได้ยากจากงานที่เป็นบริการสาธารณสุข (Public health services) เช่น งานอนามัยโรงเรียน การพ่นหมอกควัน กำจัดยุงที่บ้านของผู้ป่วยไข้เลือดออกเพื่อควบคุมโรค เป็นต้น

อนึ่ง งานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคส่วนหนึ่งน่าจะมีความชัดเจนที่ถือเป็นงานสาธารณสุข (Public health) เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานอนามัยโรงงาน งานอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. สถานการณ์ในปัจจุบันและพัฒนาการในระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา

การปรับเปลี่ยนด้านระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อรองรับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคที่มีการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ดังนั้นการนำเสนอสถานการณ์ในปัจจุบันและพัฒนาการในระยะที่ผ่านมา ผู้เขียนจะขอมุ่งประเด็นไปที่การเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นสำคัญ

2.1 การดำเนินการในเชิงระบบ

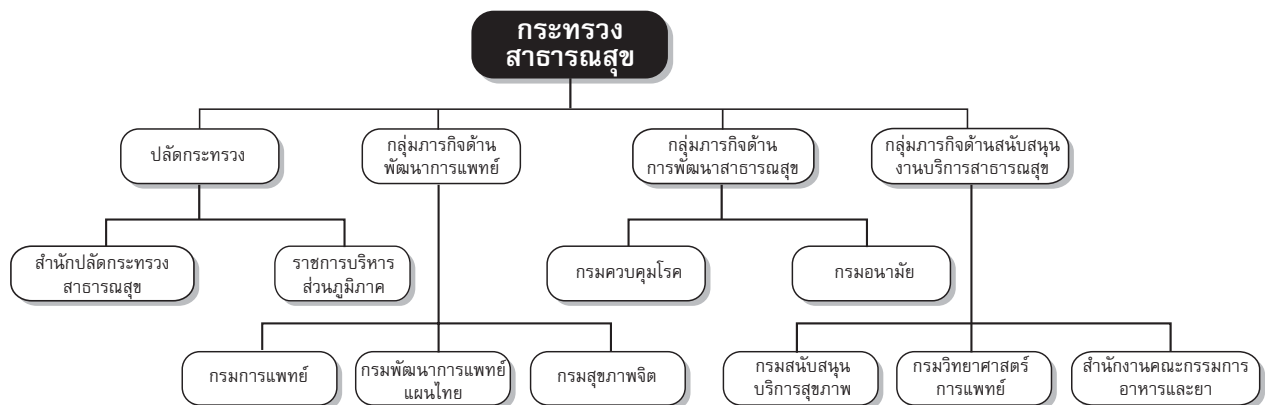
การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของระบบสาธารณสุขของประเทศส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการที่น่าสนใจในช่วงที่ผ่านมา อาจนำเสนอไว้เป็น 2 ส่วนดังนี้

● บทบาทของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทางวิชาการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรมอนามัยและกรมควบคุมโรคมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงานและโครงสร้างองค์กรอย่างมากในช่วงที่มีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานของกรมทั้งสองมีผลจากหลายปัจจัย ได้แก่ การปรับโครงสร้างระบบราชการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอง ตลอดจนนโยบายการกระจายอำนาจของราชการ ซึ่งมีผลต่อบทบาทของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคที่ในอดีตมีการดำเนินการทั้งด้านวิชาการและการให้บริการแก่ผู้ป่วยผ่านโรงพยาบาลในสังกัด

โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของกรมควบคุมโรค และกรมอนามัยจัดอยู่ในกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาสาธารณสุข แสดงได้ดังภาพที่ 1 ซึ่งเน้นการพัฒนาให้พื้นที่มีความเข้มแข็งในด้านสาธารณสุข ในส่วนของกรมควบคุมโรคมีโรงพยาบาลในการดูแล 2 โรงพยาบาลคือ สถาบันบำราศนราดูร และสถาบันราชประชาสมาสัย ส่วนกรมอนามัยยังคงมีศูนย์อนามัยกระจายอยู่ทั่วประเทศเพื่อให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพที่ 1 การจัดโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข



● บทบาทของกรมอนามัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทางวิชาการ

กรมอนามัยมีพันธกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชน มีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมตลอดถึงการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยถ้วนหน้า

ภารกิจของกรมอนามัยประกอบด้วย

1. ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
3. กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานและกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
4. พัฒนาระบบและกลไกเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น ระดับโครงการหรือกิจการใดๆ
5. พัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ
6. ถ่ายทอดและเผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
7. ส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน
8. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมอนามัย หรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

การพัฒนาระบบการติดตามการปฏิบัติงานของกรมอนามัยซึ่งสะท้อนการทำงานในเรื่องที่สำคัญ โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ 18 ตัวชี้วัด ซึ่งมีรายละเอียดคือ

1. กลุ่มนโยบาย 3 อ. ซึ่งประกอบด้วย

- ออกกำลังกาย ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัว คือ
 - 1) ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายวันละ 30 นาทีไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
 - 2) จัดตั้งชมรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย 35,000 ชมรม
 - 3) จัดให้มีสวนสาธารณะน้ำร้อนรมย์ 75 แห่ง
- อาหารและน้ำ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ตัว
 - 4) ร้านอาหารแฝงลอยได้มาตรฐานท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 40%
 - 5) ร้านอาหารแฝงลอยได้มาตรฐาน CFGT ไม่น้อยกว่า 20%
 - 6) มีตลาดสดน้ำซื้อไม่น้อยกว่า 76 แห่ง
 - 7) มีระบบประปาดื่มได้ ไม่น้อยกว่า 120 แห่ง
- อนามัยชุมชน ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ตัว
 - 8) มีศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ต้นแบบ 88 แห่ง
 - 9) มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ 88 แห่ง
 - 10) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 20%
 - 11) มีสถานที่ทำงานน่ายุ่ทำงาน ได้มาตรฐาน 88 แห่ง

2. กลุ่มส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ตัว

- 12) หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ไม่น้อยกว่า 90%
- 13) Low birth weigh ไม่เกิน 8%
- 14) ลดการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ไม่เกิน 10%
- 15) เด็กอายุ 0-5 ปีเจริญเติบโตตามมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า 90%
- 16) เด็กอายุ 0-5 ปีเจริญเติบโตสมวัย ไม่น้อยกว่า 72%
- 17) มุมเพื่อนใจวัยรุ่น ไม่น้อยกว่า 76 แห่ง

3. กลุ่มกฎหมายสาธารณสุข ประกอบด้วยตัวชี้วัด 1 ตัว

- 18) พัฒนาความรู้กฎหมายแก่ท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 462 แห่ง

● บทบาทของกรมควบคุมโรคเพื่อส่งเสริมการพัฒนาทางวิชาการ

พันธกิจของกรมควบคุมโรคตามโครงสร้างภายหลังการปฏิรูประบบราชการ คือ วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคที่ได้ มาตรฐาน และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน ตลอดจนหน่วยงานระดับนานาชาติ

ภารกิจของกรมควบคุมโรคประกอบด้วย

1. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนาและกำหนดมาตรฐานทางวิชาการและเทคโนโลยีตลอดจนการพัฒนาบุคลากรด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
2. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน
3. ควบคุม กำกับ นิเทศ และประเมินผลด้านควบคุมโรค
4. ให้บริการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค
5. ประสานนโยบายและแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
6. พัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคตลอดจนการเฝ้าระวังโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรท้องถิ่น
7. สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับนานาชาติประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศในการป้องกันควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

การพัฒนาระบบติดตามผลการปฏิบัติงานของกรมควบคุมโรค ซึ่งสะท้อนถึงประเด็นสำคัญในการดำเนินงาน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1. การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศ โดยมีประเด็นย่อยของการติดตามคือ
 - ๑ การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยต่อสุขภาพ 150 เรื่อง
 - ๑ การพัฒนาภูมิปัญญาและวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์
 - 1) ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ 9 เรื่อง
 - 2) ด้านการแก้ไขปัญหาเอดส์ 7 เรื่อง
 - 3) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ 6 เรื่อง

- ๑ การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยต่อสุขภาพ 344,260 ราย
- 2. การป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ
 - ๑ การสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 62.09 ล้านบาท
 - ๑ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 80,000 ราย
 - 2) สนับสนุนเพื่อการมีส่วนร่วมองค์กรภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น 215 องค์กร
 - ๑ การแก้ไขปัญหาเอชไอวี
 - 1) การบริการดูแลรักษาโรคเอชไอวี 40,000 ราย
 - 2) สนับสนุนเพื่อการมีส่วนร่วมองค์กรภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น 467 องค์กร

● บทบาทของหน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดทำแนวทางด้านการให้บริการ

หน่วยงานหลักที่มีการผลิตเอกสารที่ให้แนวทางในการจัดระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริบทใหม่ ที่ขอยกมากล่าวถึงในที่นี้มี 2 หน่วยงาน ได้แก่

- 1) ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นผู้ปรับปรุงแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน⁽³⁾ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ในบทที่ 3 อย่างกว้างๆ ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณและจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล และบทที่ 4 เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งประเด็นไปที่กรอบกว้างๆ สำหรับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน ที่จะมีหน้าที่ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ด้วย
- 2) สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งได้มีการจัดทำมาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ⁽⁴⁾ มีการกล่าวถึงเป้าหมายของระบบสุขภาพ เป้าหมายที่ต้องการบรรลุในระยะยาวของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และเป้าหมายในระยะสั้นของหน่วยบริการปฐมภูมิ พันธกิจของระบบบริการปฐมภูมิ แนวทางในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพระดับพื้นที่ และบริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต การสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ตลอดจนการควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัว อันได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวังและการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ

● การบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณ

การบริหารจัดการบริการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกือบทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบของพื้นที่ โดยเฉพาะสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการภายในจังหวัด ที่จะไปดำเนินการ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะ 2 ปีแรก กระทำโดยกำหนดกรอบงบประมาณต่อหัวประชากรไว้ที่ร้อยละ 20 ของวงเงินของการรักษาพยาบาล หรือคิดเป็น 175 บาท

2.2 การดำเนินการในระดับพื้นที่

การให้บริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปรับรูปแบบตามโครงสร้างองค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการรวมกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และงานสุขภาพและป้องกันโรค เป็นกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว ตลอดจนการจัดระบบบริการในรูปแบบของ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” (Primary care unit, PCU) แต่ในพื้นที่ได้รับแนวทางการปฏิบัติจากส่วนกลางในรูปของมาตรฐานของการจัดศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งในระยะแรกส่วนใหญ่จะเป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้าง ต่อมาจะมีมาตรฐานในด้านกิจกรรมที่ควรมีการดำเนินการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งนี้อยู่ที่เครือข่ายบริการในพื้นที่ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดหรือกรุงเทพมหานครจะไปวางแผนจัดระบบการทำงานภายใน ตลอดจนการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีอนามัย ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกับเทศบาล หรือระหว่างโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครกับศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้การดูแลของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งในด้านจำนวนของศูนย์ ที่ตั้ง บริการที่จะเปิดให้มีขึ้น กรอบหน้าที่ การบริหาร การจัดสรรงบประมาณและกลไกการจ่ายค่าตอบแทน การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงมีการปรับแนวทางเป็นการทำงานในรูปของเครือข่ายเชื่อมโยงกันมากขึ้นโดยเฉพาะในเขตชนบท

นอกเหนือจากการปรับระบบบริการของเครือข่ายบริการแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบายสาธารณสุขที่เป็นแผนงานในแนวดิ่ง (Vertical program) เพื่อให้หน่วยงานในระดับพื้นที่ได้ดำเนินการเพิ่มเติมด้วย เช่น นโยบายรวมพลังสร้างสุขภาพ การรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูก การแก้ไขปัญหายาเสพติด และการควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

- การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การบริหารในพื้นที่เพื่อการบริหารสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับแนวทางกว้างๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขวางไว้แล้ว ยังขึ้นกับการตกลงกันภายในจังหวัดและภายในเครือข่ายบริการเอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดตามการทำงาน และดำเนินงานเกี่ยวกับมาตรฐานของการบริการ สำหรับการจัดสรรงบประมาณในทางปฏิบัติมักจะผสมผสานไปกับหมวดเงินเพื่อการบริการผู้ป่วยนอก การจัดสรรเงินจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปให้แก่สถานื่อนามัย จะประกอบด้วย (1) ค่าใช้จ่ายสำหรับต้นทุนคงที่ เช่น ค่าจ้างค่าตอบแทนและค่าสาธารณูปโภค (2) ค่าใช้จ่ายตามผลงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และ (3) ค่าใช้จ่ายตามโครงการแล้วแต่หน่วยปฏิบัติ จะขอตามวงเงินที่กำหนดไว้ แต่อัตราส่วนของการจัดสรรจะแตกต่างกันไประหว่างเครือข่ายต่างๆ

● การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกรุงเทพมหานคร

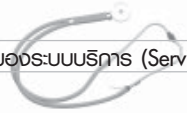
การจัดระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตกรุงเทพมหานครมีความซับซ้อนมากกว่าในเขตต่างจังหวัด อันเนื่องจากความหลากหลายของสังกัดของสถานพยาบาล สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิจะเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้การดูแลของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำหรับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในโครงการอาจสังกัดสำนักการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร หรือสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสภาวิชาชีพ และกลุ่มที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน และในช่วง 2 ปีแรกได้มีการจัดแบ่งระบบการทำงานเป็น 14 พื้นที่ โดยมีโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่เป็นแม่ข่ายที่รับผิดชอบ

ดังนั้นในเขตกรุงเทพมหานครจะมีการจัดรูปแบบของบริการและเครือข่ายที่หลากหลาย ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมักเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในขณะที่โรงพยาบาลแม่ข่ายอาจจัดหรือไม่จัดบริการดังกล่าวด้วยตนเองก็ได้ การวางรูปแบบการจัดบริการจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มบริการ และพื้นที่ หรือแม้แต่ในพื้นที่เดียวกันในระหว่างส่วนที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลรัฐ และที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลเอกชน การบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณอยู่ที่การตกลงกันในเครือข่ายของพื้นที่ แต่โดยหลักการแล้วในระยะแรกจะเป็นการผนวกรวมงบประมาณในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้กับเงินเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดให้แก่โรงพยาบาล ซึ่งจะไปตกลงกับศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครอีกทอดหนึ่ง แนวโน้มในปัจจุบันคือกรุงเทพมหานครพยายามจะดึงงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาดำเนินการเองทั้งหมด

2.3 ความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินการ

2.3.1 ข้อมูลความสำเร็จทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ความสำเร็จของการดำเนินการแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากรายงานการศึกษาของศุภสิทธิ์ พรพรรณนุโรทัย⁽⁶⁾ แสดงให้เห็นว่าในช่วงปีแรกของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสถิติของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม กิจกรรมในกลุ่ม Pap smear, Breast cancer screening การให้วัคซีนในเด็ก คลินิกฝากครรภ์ และคลินิกเด็กดีไม่มากนัก คิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด หรือ 2.7 กิจกรรมต่อประชากร 100 คน เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนจะเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจมีบางกิจกรรมที่มีสถิติเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตเรื่องความถูกต้อง



และน่าเชื่อถือของข้อมูลสถิติในหมวดนี้อยู่มาก และข้อมูลยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างจังหวัด เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลเดิมของช่วงก่อนโครงการ และลักษณะทางประชากรที่ชัดเจน การศึกษาของ เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า มีการกระจายบุคลากรจากระดับจังหวัดมายังหน่วยบริการคู่สัญญา รวมทั้งมีการจัดให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ไปประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน มีการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานในบางจังหวัด การจัดสรรงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของจังหวัดไม่ทำให้เป็นรายบัตรหรือจัดเป็นสัดส่วนงบประมาณ มีผลทำให้งบประมาณในการดำเนินการมากขึ้นทั้งในระดับเครือข่ายและศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งได้รับอุปกรณ์สนับสนุนอย่างเพียงพอทั้งศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย เมื่อเทียบกับก่อนมีโครงการ

จากการเยี่ยม เก็บข้อมูลและสังเกตการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่ง พบว่า มีการปรับตัว ปรับรูปแบบของการทำงาน และมีการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะของโครงการเกิดขึ้น เช่น

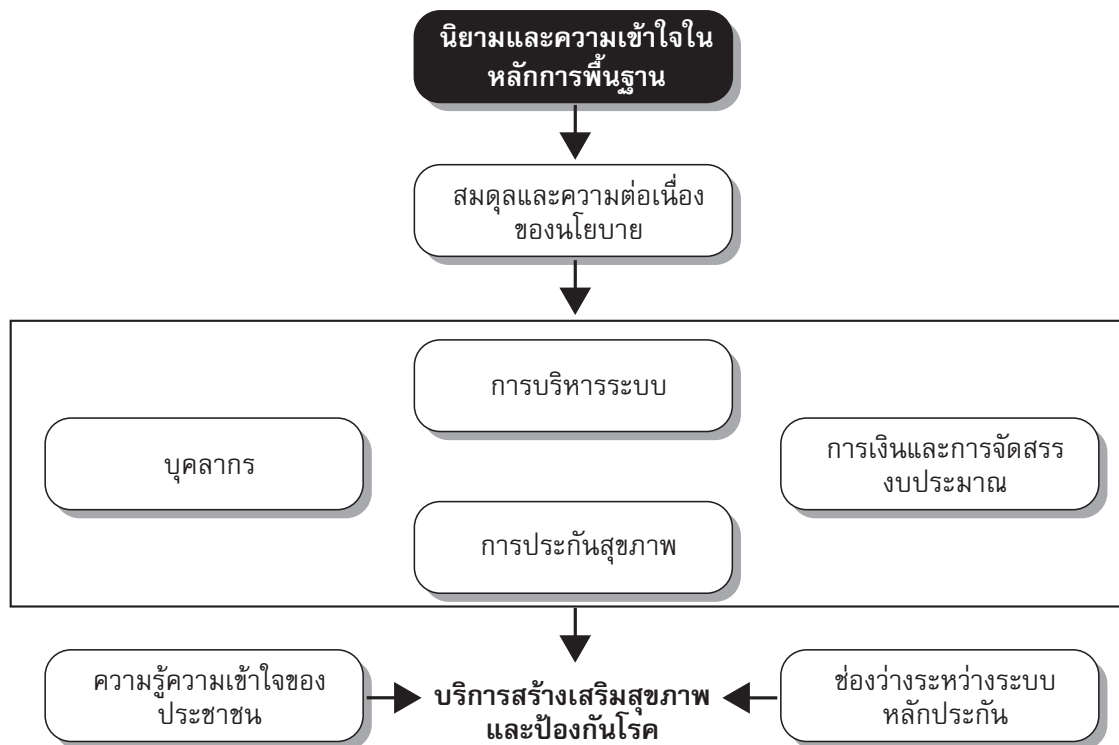
- โครงการเรารักสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย ให้เกิดการรวมกลุ่มสร้างสุขภาพในชุมชน
- โครงการสูงวัยอย่างมีคุณค่า

การสำรวจความคิดเห็นในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง บางแห่งที่ผู้เขียนได้รับทราบข้อมูล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าการสร้างสุขภาพ มีความสำคัญเท่าเทียมกับงานซ่อมสุขภาพ และเชื่อว่าการจัดเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน น่าจะทำให้ประชาชนได้รับการแบบผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพไปได้พร้อมๆ กัน อย่างไรก็ตามยังไม่แน่ใจในเรื่องความคุ้มค่าระหว่างผลได้ กับทรัพยากรที่ลงไป

2.3.2 ปัญหาในการดำเนินการ

การดำเนินการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีปัญหาอันเป็นโอกาสพัฒนาอยู่หลายด้าน ปัญหาบางส่วนอาจเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัดเจน และแก้ไขได้ในระยะเวลานั้น ปัญหาบางประการอาจเป็นเรื่องที่ซ่อนอยู่ หากไม่ให้ความสนใจปรับปรุงเพื่อป้องกันเสียก่อน อาจขยายวงและส่งผลกระทบในระยะยาวได้ เนื่องจากบริการในด้านนี้ผลลัพธ์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนมักเกิดขึ้นในระยะยาว ทั้งนี้ปัญหาอาจแบ่งได้เป็นกลุ่มๆ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กรอบปัญหาในการดำเนินการของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



● ปัญหาเกี่ยวกับนโยบายและความเข้าใจ

การกำหนดแนวทางดำเนินงานด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังขาดความชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นช่องว่างระหว่างหลักการและการปฏิบัติ ซึ่งผูกโยงอยู่กับโครงสร้างของการจัดการและงบประมาณ บุคลากรจำนวนไม่น้อยยังมีความเข้าใจ ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนต่อคำว่าสร้างเสริมสุขภาพคืออะไร ความเชื่อมโยงและความสอดคล้องกับงานเก่าที่เคยทำคืออะไร หน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งจึงมุ่งเน้นขอบเขตของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ที่การบริการรูปแบบเดิมๆ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก คลินิกเด็กดี คลินิกวางแผนครอบครัว อนามัยโรงเรียน หรือบริการเชิงรุกลงไปชุมชน เช่น การไปเยี่ยมบ้าน แยกแยกออกจากการให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สามารถให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ความไม่ชัดเจนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อมาตรฐานและมาตรการในการปฏิบัติระหว่างหน่วยบริการที่เป็นของรัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการที่เป็นของเอกชน ในทางตรงข้ามการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการออกกำลังกายอย่างมากในช่วงที่ผ่านมา ทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนเข้าใจว่าการสร้างสุขภาพที่สำคัญมีเพียงเรื่องการออกกำลังกาย และลดความสำคัญของงานบริการพื้นฐานที่เคยทำลงในระยะต่อมา เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

● ปัญหาการบริหารนโยบาย

ทิศทางนโยบายในการจัดบริการในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วโดยปราศจากการประเมินความต้องการที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ ข้อจำกัดและความเป็นไปได้ในทางเทคนิค ความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถในการจัดการ ตลอดจนวัฒนธรรม รูปแบบการทำงานและความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้เกิดการระดมทรัพยากรเพื่อปรับรูปแบบบริการไปสู่ความเปลี่ยนแปลงที่เกินกว่าศักยภาพที่มี และต้องลดขนาดหรือลំเล็กลงหรือเปลี่ยนแปลงการให้บริการในเวลาต่อมา เกิดความสูญเสียทรัพยากรและเป็นการที่เกินความจำเป็นสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการ เช่น การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องขยายตัวอย่างรวดเร็ว และต้องยุบตัวหรือลดบทบาทไปจำนวนมาก นอกจากนี้ การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความซับซ้อน และทับซ้อนกันระหว่างนโยบายสร้างสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพในมุมมองเชิงระบบบริการและการจัดการทางคลังสาธารณสุข ซึ่งอาจเกิดจากความตั้งใจ หรืออาจไม่ตั้งใจ แต่ได้ส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในการขอบเขตของบริการภายใต้ความคลุมเครือ เกิดความสับสนและความซ้ำซ้อนระหว่างงานด้านสาธารณสุขและบริการที่ให้บริการแก่บุคคลโดยตรง เช่น การณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันไข้เลือดออก กำจัดลูกน้ำและพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย โครงการณรงค์ Pap smear ในชุมชน งานควบคุมโรคต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนงานสุขภาพจิตด้านต่างๆ เป็นต้น งานเหล่านี้ยังคงดำเนินการโดยโครงสร้างองค์กร บุคลากรและงบประมาณของหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่หลายงานเป็นงานนอกชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ยังคงอาศัยงบประมาณตลอดจนทรัพยากรจากแหล่งเดียวกัน อันจะทำให้เกิดปัญหาในการคลัง และการจัดการระบบในระยะยาวได้

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ยังไม่ใช่ประเด็นหลักเชิงนโยบายในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ถึงแม้ว่าในขอบเขตของบริการที่สามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายบางรายการในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะครอบคลุมบริการการตรวจสุขภาพไว้ในระดับหนึ่ง ข้อจำกัดทางโครงสร้างของการบริหารราชการ ทำให้ประเด็นที่เกี่ยวข้องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหลายประเด็นที่สำคัญถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการพิจารณาด้วยความเชื่อมโยงเท่าที่ควร เช่น ความปลอดภัยและการป้องกันตนเองจากอันตรายในการทำงาน ซึ่งเป็นเหตุคุกคามต่อสุขภาพของคนวัยทำงานที่สำคัญ

● ปัญหาการบริหารระบบบริการ

การดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่จะได้รับการปฏิบัติที่ระดับหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจมาจาก

- ๑ การพัฒนาหรือแยกส่วนมาจากงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ร่วมกับการทำงานของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพหรือเวชกรรมสังคมเดิมของโรงพยาบาล
- ๑ การยกระดับการทำงานของสถานเฝ้าระวังขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมโดยให้มีบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น แพทย์ และพยาบาล ออกไปให้บริการร่วมด้วย อาจมีการจัดยา เวชภัณฑ์ และทรัพยากรอื่นๆ สนับสนุน

การดำเนินการให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงมีฐานการจัดบริการตามรูปแบบและโครงสร้างของการให้บริการเดิมเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าอาจมีเครือข่ายบริการในหลายๆ แห่งสามารถมีนวัตกรรมใหม่ในการจัดรูปแบบบริการ แต่ขาดเครือข่ายในการเรียนรู้ร่วมกันและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเครือข่ายและระหว่างจังหวัดเพื่อขยายรูปแบบของบริการออกไป การสร้างรูปธรรมของงานสร้างเสริมสุขภาพอาจทำได้ยากในหลายๆ เรื่อง ในขณะที่การสนับสนุนทางวิชาการต่อรูปแบบในการบริหารหรือการจัดการใหม่ๆ มีจำกัดมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเป็นส่วนกับการพัฒนารูปแบบบริการในระยะที่ผ่านมาจนการให้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ ปัญหาในการบริหารส่วนหนึ่งยังมาจากระเบียบการเบิกจ่ายซับซ้อนเป็นอุปสรรคในระยะแรกๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนยังไม่มากนัก ผู้บริหารระดับจังหวัดมีนโยบาย แต่การสื่อสารไปให้ถึงระดับผู้ปฏิบัติยังมีปัญหา องค์กรที่รับผิดชอบในระดับจังหวัดบางแห่งยังไม่เป็นเอกภาพและไม่สามารถส่งต่อนโยบายหรือแนะแนวทางปฏิบัติได้เต็มที่ ผลงานยังขึ้นกับแนวคิดของประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิปัญหาความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอโดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณ

ข้อมูลในด้านการจัดบริการจากการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์⁽⁷⁾ ที่ศึกษาการให้บริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐ 6 แห่งใน 3 จังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนอีก 7 แห่งในจังหวัดหนึ่งพบว่า บริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล งานด้านการป้องกันทางทันตกรรมมีน้อยมากเพียงร้อยละ 1.5-2.7 ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐมีเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6 ทำให้การรอคอยนานขึ้น บริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในโรงเรียนในเมืองที่เคยอยู่ในความดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องหยุดชะงักไป ไม่มีการดำเนินการต่อเนื่องหลังจากพื้นที่โรงเรียนเปลี่ยนมาอยู่ภายใต้ความดูแลของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในขณะที่การจัดบริการของภาคเอกชนยังคงจัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นหลัก ส่วนใหญ่ไม่มีการออกให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำกับดูแลใกล้ชิดและมีการตั้งเงื่อนไขในการบริการ

ประเด็นที่ท้าทายในอนาคตที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งสำหรับการบริหารระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้แนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการให้สิทธิแก่ประชาชนในการเลือกสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการได้เอง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อเรื่องระบบที่จะรองรับความต่อเนื่องในการให้บริการ และส่งผ่านข้อมูลของประชาชนระหว่างหน่วยบริการ

● ปัญหาการเงินและการจัดสรรงบประมาณ

ความท้าทายด้านการเงินและการจัดสรรงบประมาณมีทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณ และวงเงินงบประมาณที่ควรจัดสรร เนื่องจากรูปแบบของการทำงานในระดับพื้นที่ของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์และระบบงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักไม่สามารถแยกออกจากการทำงานของงานสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะในส่วนของการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะอาศัยกลไกและทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานียามักกลุ่มเดียวกัน การดำเนินการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความพยายามในระบบบริหารจัดการที่จะติดตามต้นทุนที่แท้จริงของงานบริการจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของ

การทำงานในพื้นที่ (Evidence-based cost accounting) กลายเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของการวิเคราะห์ต้นทุนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมา เพื่อให้ได้ตัวเลขต้นทุนที่ถูกต้อง และที่เป็นที่ยอมรับสำหรับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการวางระบบในการจ่ายค่าตอบแทนและอุดหนุนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การจัดสรรงบประมาณที่ผ่านมาจึงมีความไม่แน่นอน และหลากหลาย มีรูปแบบและแนวทางที่แตกต่างกันไประหว่างพื้นที่ ทั้งที่เป็นการจัดการในระดับจังหวัด และระดับของเครือข่ายบริการ บางจังหวัด เช่น นครราชสีมาอาจแบ่งจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวไปส่วนหนึ่งก่อน อีกส่วนหนึ่งจ่ายตามบริการบางแห่ง เช่น สระบุรี อาจจ่ายเงินจากจังหวัดไปยังเครือข่ายบริการส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจ่ายออกไปเมื่อมีโครงการส่งมาเพื่อให้มีการพิจารณาอนุมัติ ในขณะที่การจัดสรรเงินภายในเครือข่ายบริการมีรูปแบบหลากหลายเช่นกัน ปัจจุบันยังตอบไม่ได้ชัดเจนว่ารูปแบบการจัดสรรเงินที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในด้านนี้มากหรือน้อย เนื่องจากยังไม่มีกรณีวิจัยอย่างเป็นระบบ แต่จากการสังเกตของผู้วิจัยจากการลงพื้นที่ภาคสนามในบางจังหวัด พบว่า การจัดสรรและกำหนดระเบียบในการเบิกจ่ายเงินที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ส่งผลให้เกิดการเปรียบเทียบกันระหว่างงบประมาณที่หน่วยบริการหลักและหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายได้รับ ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในการทำงานเป็นครั้งคราว และมีผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

วงเงินงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรเป็นเท่าใดยังไม่มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาที่ชัดเจนว่าจะเริ่มต้นจากการใช้ต้นทุนการทำงานในอดีตหรือคิดจากสิ่งที่ควรจะเป็น การคำนวณยังไม่ได้อ้างอิงจากชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลักตามกลุ่มหรือประเภทของการบริการ การศึกษาด้านทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมาโดยอ้างอิงกับสิ่งที่ควรดำเนินการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ผ่านมา พบว่าอาจต้องใช้งบประมาณต่อหัวสูงถึง 348 บาท^(๕)

● ปัญหาบุคลากร

จากการสอบถามและสำรวจปัญหาภายในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งในจังหวัดชลบุรี สระบุรี และลพบุรี พบว่า มีการกล่าวถึงภาระที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่เพียงพอตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ การจัดสรรบุคลากรเพื่อทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่งของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขจะมีการหมุนเวียนบุคลากรจากหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเฉพาะศูนย์ที่ตั้งอยู่ ณ สถานีอนามัย จำนวนหนึ่งเป็นพยาบาลที่หมุนเวียนมาจากหอผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้บุคลากรขาดความรู้ความชำนาญและความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เพียงพอ ยังไม่มีหลักประกันอย่างเป็นระบบว่าบุคลากรดังกล่าวจะสามารถให้บริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ในระยะแรกๆ ยังมักมีปัญหาขัดแย้งกับบุคลากรในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย ที่อยู่มาแต่เดิม การสำรวจในโรงพยาบาลบางแห่งยังพบว่าการปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นทั้งในระบบภายนอกเครือข่ายบริการและภายในเครือข่ายบริการเอง ส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจ ความรู้สึกถึงความมั่นคงในงานอาชีพการงาน และการโยกย้ายของบุคลากรอีกด้วย

■ การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้การจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

● ปัญหาด้านการประกันคุณภาพ

ความไม่ชัดเจนของบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความไม่พร้อมของระบบสารสนเทศในการติดตามการบริการ ตลอดจนกำลังคนและความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในระบบสาธารณสุขในเรื่องการประกันคุณภาพที่มีอยู่จำกัด ทำให้ยังไม่มีระบบและการดำเนินการประกันคุณภาพของบริการในด้านนี้แก่ประชาชนอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการ ปัญหาจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นอีกในพื้นที่ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการภาคเอกชน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีประสบการณ์และโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาก่อน

การศึกษาของกฤษฎี พงศ์พิรุฬห์⁽⁹⁾ ใน 5 จังหวัด ครอบคลุมกรุงเทพมหานครและ 4 ภาคของประเทศ พบว่าระบบและกลไกในการดูแลเพื่อประกันคุณภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ยังมีการดำเนินการอยู่ในระดับจำกัด ระบบและกลไกที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มุ่งสู่บริการของโรงพยาบาล และการรักษาพยาบาล ระบบที่ใกล้เคียงกับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีการดำเนินการโดยกรมอนามัย ก็ยังคงมองเรื่องคุณภาพในภาพรวมขององค์กรและอยู่ในระยะเริ่มต้น มาตรฐานของหน่วยบริการและศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีส่วนใหญ่เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้าง ซึ่งการนำไปใช้อาจไม่เหมาะสมกับพื้นที่ สภาพปัญหาของชุมชน และความพร้อมของหน่วยบริการ

● ปัญหาความรู้ความเข้าใจของประชาชน

ในการมารับบริการทางสุขภาพ ประชาชนเองยังคงให้ความสำคัญเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นหลักแม้ว่ากระแสด้านการสร้างสุขภาพจะแรงขึ้นในประชาชนบางกลุ่ม การมาใช้สิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมักมุ่งเน้นไปในเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ว่าจะเป็นมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนการให้ประชาชนได้รับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงมักต้องเกิดจากการผลักดันจากฝั่งผู้ให้บริการ (Push) มากกว่าการร้องขอจากฝั่งผู้รับบริการ (Pull) จากการสังเกตและพูดคุยกับผู้มารับบริการจำนวนหนึ่งจากการไปเยี่ยมพื้นที่พบว่า ประชาชนจำนวนหนึ่งรู้สึกว่ามีที่พึ่งในการมารับบริการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากแล้ว ทำให้บั่นทอนความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง บุคลากรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งให้ความเห็นว่า กระแสการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิกอย่างมาก แม้จะช่วยให้คนเข้ามาสนใจเรื่องการออกกำลังกาย แต่ก็ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชนส่วนหนึ่งเข้าใจว่าการสร้างเสริมสุขภาพคือการออกกำลังกายเท่านั้น

● ปัญหาช่องว่างอันเนื่องมาจากกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลในระบบข้าราชการและประกันสังคม

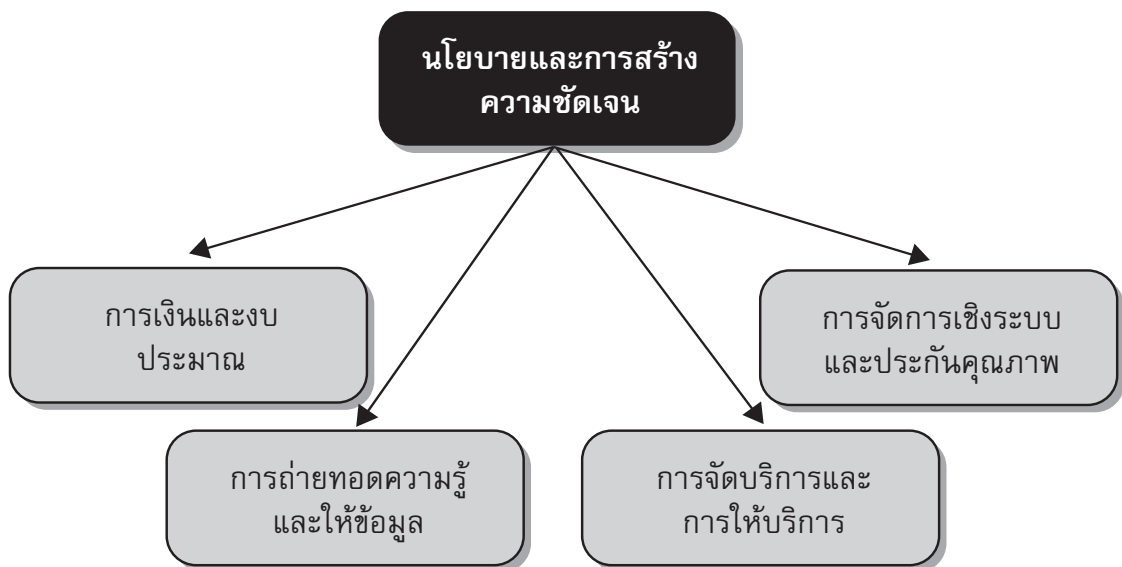
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทั้งหมดส่วนหนึ่งต้องอาศัยการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เสมอภาคกัน ไม่ว่าประชาชนจะได้รับสิทธิหลักประกันผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) หรือระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ หรือระบบประกันสังคม แต่ในปัจจุบันประชาชนในสองระบบหลังนี้ จะยังไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีหลักการหรือแนวคิดเพื่อการสร้างสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่ประชาชนจะ

ได้รับการรับบริการที่จำเป็น และอาจก่อให้เกิดปัญหาเชิงการจัดการในการเชื่อมโยงการรับบริการข้ามระบบบริการ ประชาชนอาจขาดสิทธิและความคุ้มครองที่พึงมี และขาดโอกาสที่จะได้รับการผลักดันให้ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นในระดับบุคคลและครอบครัวอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่เชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงานซึ่งเป็นประเด็นระหว่างระบบประกันสังคม กับกองทุนเงินทดแทน

3. ทิศทางในอนาคต และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่ออนาคต น่าจะอาศัยสมดุลของกลไกเชิงระบบ (Balance of system mechanisms) ซึ่งน่าจะครอบคลุมประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ดังภาพที่ 3 การกำหนดรายละเอียดในกลไกเชิงระบบทั้งห้าประการ จะมีความเชื่อมโยงกันอย่างมาก ทางเลือกในการพิจารณาแต่ละกลไกต้องดำเนินไปอย่างสอดคล้องกัน

ภาพที่ 3 กรอบข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา



1) การมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ชัดเจน

การพัฒนาไปสู่ความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจำเป็นต้องมีทิศทางของการทำงานที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่องในระดับหนึ่ง ความสมบูรณ์ ความเป็นองค์รวมหรือบูรณาการของแนวคิดทั้งหมดมีความจำเป็นในการพัฒนานโยบายเชิงปฏิบัติการ (Operational policies) ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งจะช่วยลดความสับสน และการลงทุนที่สูญเปล่าเนื่องจากแนวคิดขาดความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หรือไม่ได้รับการรับปัญหาด้านสุขภาพที่แท้จริงในระดับพื้นที่ นำไปสู่การสื่อสารรูปธรรมที่ชัดเจนของนโยบาย

การทบทวนและกำหนดกรอบแนวคิดด้านการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความจำเป็นต่อการวางระบบบริหารจัดการ การกำหนดงบประมาณและกลไกทางการเงิน การถ่ายทอดความรู้และให้ข้อมูล และการช่วยพัฒนารูปแบบของการบริการ นโยบายดังกล่าวน่าจะครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- ขอบเขตของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งอาจแยกตามกลุ่มของกิจกรรมตามที่น่าสนใจ 4 กลุ่ม เพื่อประโยชน์ในการสร้างรูปธรรมของนโยบายได้
- การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ (Evidence-based guideline) การสื่อสารเพื่อความรู้ความเข้าใจ และผลกระทบต่อการให้บริการและความเชื่อมั่นของประชาชน
- เป้าหมายหรือจุดเน้นในการสร้างสุขภาพ แนวคิดหลักที่เป็นหัวใจสำคัญ และความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งควรครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล (Host) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ของบุคคลและครอบครัว

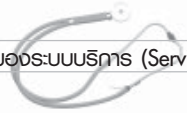
2) งบประมาณและการเงินเพื่อรองรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ระบบและกลไกด้านงบประมาณ และการเงินมีประเด็นที่ต้องพัฒนาในเรื่องความเพียงพอ และการจัดสรรจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการเพื่อชดเชยต้นทุน และการสร้างแรงจูงใจอย่างเหมาะสมในการให้บริการเชิงรุกทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้งนี้การจัดการทางการเงินน่าจะมีความแตกต่างกันไปตามประเภทของบริการ 4 กลุ่มข้างต้น และระดับการพิจารณาน่าจะประกอบด้วย

- วงเงินงบประมาณต่อหัว ซึ่งควรอยู่บนพื้นฐานของต้นทุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเจ็บป่วยบนพื้นฐานของชุดสิทธิประโยชน์แต่ละกลุ่มและเป้าหมายของการบริการในแต่ละระยะ
- การจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งอาจอ้างอิงจากโครงสร้างประชากร เช่น อายุและเพศ ความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล เช่น พฤติกรรมเสี่ยง และความเสี่ยงทางสุขภาพเนื่องจากสภาวะแวดล้อม เช่น โครงสร้างการผลิตทางเศรษฐกิจในชุมชน
- กรอบแนวทางการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายเงินค่าตอบแทนภายในเครือข่าย เพื่อให้เป็นแนวทางในการจัดการภายในเครือข่ายเพื่อให้ได้แนวทางที่จะกระตุ้นและส่งเสริมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีคุณภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ การพัฒนากรอบแนวทางนี้อาจทำได้จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการที่หลากหลายที่มีอยู่ในเครือข่ายต่างๆ ในปัจจุบัน

3) กลไกด้านการจัดการเชิงระบบและการประกันคุณภาพ

การวางระบบด้านการจัดการเชิงระบบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่จะเกื้อหนุนและปิดช่องว่างในการใช้มาตรการทางการเงินในการผลักดันให้เกิดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งเชิง



ปริมาณและคุณภาพของงาน แนวทางในการจัดการเชิงระบบที่ควรได้รับการพัฒนาน่าจะครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- การนำองค์กรและการบริหารในการตั้งเป้าหมาย และกำหนดเครื่องชี้วัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของพื้นที่
- การประกันคุณภาพของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ครอบคลุมไปสู่การติดตามการปฏิบัติ ผลงาน หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่และระหว่างพื้นที่ ทั้งในระดับเครือข่ายระหว่างเครือข่ายและภาพรวมของระบบ
- ระบบการจัดการเพื่อรองรับการเลือกเครือข่ายบริการคู่สัญญาของประชาชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเชื่อมโยงของการรับบริการเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจต้องพิจารณาทางเลือกในการลงทะเบียน บันทึกสุขภาพ หรือการจัดการเชิงระบบที่จะจัดแบ่งขอบเขตการทำงาน ที่จะกลับไปส่งผลต่อการจัดการทางการเงิน
- การวางระบบการจัดการเพื่อรองรับประชาชนที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และประกันสังคม เชื่อมโยงสู่การจัดการทางการเงินและระบบงบประมาณ
- ระบบการจัดการเพื่อรองรับการกำกับการทำงานในรูปแบบของโรงพยาบาลเอกชน

4) การจัดบริการและการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทิศทางการพัฒนาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสร้างรูปแบบที่เป็นรูปธรรมของการให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้อาจพิจารณารูปแบบบริการแต่ละกลุ่มที่ต่างกันออกไป ให้สอดคล้องกับความต้องการในพื้นที่ บุคลากร รูปแบบและวิธีปฏิบัติ การติดตามประเมินผล เรียนรู้และพัฒนาบริการ ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการสร้างความชัดเจนของชุดสิทธิประโยชน์ และส่งผลกระทบต่อค่านวณงบประมาณ การจัดการและการติดตามเพื่อประกันคุณภาพ ซึ่งการจัดบริการน่าจะแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการจัดกลุ่มของบริการหรืองานไว้โดยเฉพาะ (Program-based health promotion and disease prevention)
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการให้แก่ผู้รับบริการระหว่างการให้บริการดูแลสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป (Care-based health promotion and disease prevention)
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดในรูปของโครงการมีการดำเนินการแบบเฉพาะกิจ (Project-based health promotion and disease prevention)
- การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการร่วมกับชุมชนหรือมีการส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการ (Community-based health promotion and disease prevention)

5) การถ่ายทอดความรู้และให้ข้อมูล

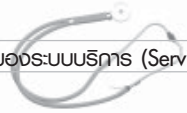
การพัฒนาระบบต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติของบุคลากรเป็นสำคัญ การถ่ายทอดความรู้ทักษะตลอดจนวิธีคิดใหม่สู่บุคลากร การกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยากที่จะเกิดขึ้นเอง ความรู้และทัศนคติที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายของการพัฒนาจะช่วยให้การพัฒนาบริการสร้าง

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นประเด็นเสริมมาตรการเชิงนโยบาย การเงิน และการจัดการที่ดี

การถ่ายทอดความรู้และให้ข้อมูล น่าจะครอบคลุม เอกสารทางวิชาการ การฝึกอบรม การให้คำปรึกษาและนิเทศงาน ตลอดจนการจัดเวทีในการนำเสนอและเรียนรู้ร่วมกัน

4. ประเด็นเพื่อการอภิปรายในงานประชุมวิชาการ

- อะไรถือว่าเป็นงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ ทำอย่างไรจึงจะสื่อสารสู่บุคลากรและการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม
- ขอบเขตของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรอยู่ที่ใด
- ผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลเอง นอกพื้นที่ Catchment area รวมถึงแนวทางในการปรับระบบและแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
- การติดตามการให้บริการและการประกันคุณภาพของงานด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งบริการภาครัฐและบริการภาคเอกชน



เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. กระทรวงสาธารณสุข. 2544.
2. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986. Available at <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>.
3. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
4. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
5. เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์, ปรีดา โนฤทธิ์, วราภรณ์ อินทโลหิต และคณะ. ผลของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านการจัดการต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.
6. ศุภสิทธิ์ พรรณานุโรทัย. การติดตามประเมินผลเรื่องโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคใน 21 จังหวัด วิเคราะห์การข้ามเขตและการใช้บริการภายในจังหวัด ข้อมูลปี 2544. (เอกสารอัดสำเนา).
7. จันทนา อึ้งชูศักดิ์. บรรณาธิการ. การจัดบริการทันตสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.
8. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล. รายงานการวิจัยต้นทุนและรูปแบบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2546. (เอกสารอัดสำเนา)
9. กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. การประกันคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.

บทที่ 3 ระบบเวชบริการฉุกเฉิน

โดย :

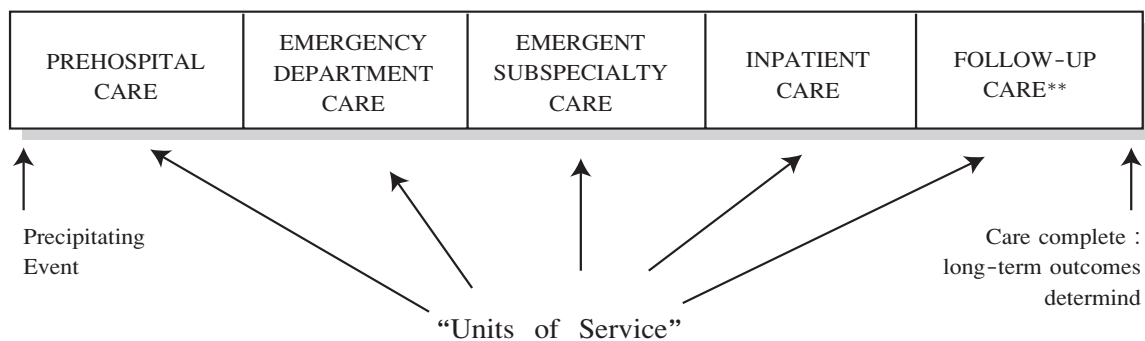
นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม



1. กรอบแนวคิด ความคิดรวบยอด และนโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับเวชบริการฉุกเฉิน

เวชบริการฉุกเฉิน เป็นเวชบริการซึ่งมีภารกิจหลักในการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา และการป้องกันภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน ซึ่งบุคคลใดๆ อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์โดยมิได้คาดคิดหรือวางแผนไว้ ณ เวลาใดๆ ก็ได้ ดังนั้นเวชบริการจึงต้องกระทำได้ตลอดเวลา (24 ชั่วโมงในแต่ละวัน) ทุกวันโดยไม่มีวันหยุด ในฐานะที่เป็นส่วน

FIGURE 1
THE EPISODE OF CAR



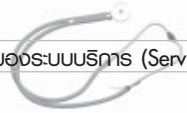
Such as surgery, interventional radiology, etc

** Such as specialty follow-up care, physical therapy, occupational therapy, etc.

สำคัญอย่างหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ

ตามอุดมคติเมื่อบุคคลประสบภาวะฉุกเฉินใดๆ โดยเฉพาะภาวะฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต บุคคลนั้นควรสามารถร้องขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานที่สามารถดำเนินการแก้ไขบรรเทาภาวะฉุกเฉินดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันทั่วถึง

การบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตและร่างกายตลอดจนจิตใจ และสังคมมากที่สุด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของมวลมนุษยชาติทั่วโลก ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างฉับพลัน ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยฉุกเฉินจึงต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันทั่วถึงเพื่อจะได้มีโอกาสรอดชีวิต พ้นจากความพิการและความทุกข์ทรมานได้อย่างรวดเร็ว และมีชีวิตที่มีคุณภาพ อย่างน้อยเท่าเดิมหรือใกล้เคียงที่สุด



2. สถานการณ์ในปัจจุบันและพัฒนาการของเวชบริการฉุกเฉินในระยะ 2 – 3 ปีที่ผ่านมา

การจัดเวชบริการฉุกเฉินในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาอยู่มาก เช่น ประชาชนและอาสาสมัครทำการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกวิธี ขาดความรู้ในการปฏิบัติภารกิจ ขาดแผนการช่วยเหลือตนเองในชุมชน ไม่สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาฉุกเฉินจากหน่วยงานบริการ อาสาสมัครระดับภัยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดการควบคุมคุณภาพ ระบบการดูแลรักษานอกโรงพยาบาลและระบบการขนส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุยังด้อยคุณภาพและไม่ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ ประชาชนที่เจ็บป่วยหนักยังคงต้องหาวิธีเดินทางไปโรงพยาบาลเอง ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลหลายแห่งยังคงปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยด้วยสาเหตุต่างๆ และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่างๆ มาปฏิบัติงาน โดยไม่มีกลุ่มแพทย์รับผิดชอบโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่เกิดการพัฒนางานองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ และขาดการพัฒนาการบริการในห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่มีระบบมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง

ในปัจจุบัน เมื่อประชาชนในประเทศไทยประสบภาวะฉุกเฉินประเภทต่างๆ ส่วนใหญ่ยังคงต้องพยายามจำแนกด้วยตนเองว่าเป็นภาวะฉุกเฉินประเภทใด และต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานใดบ้าง แล้วจึงตัดสินใจติดต่อไปเพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการเดินทางไปด้วยตนเอง และหากติดต่อผิดที่ มักถูกตำหนิหรือแสดงความไม่พอใจ รวมทั้งไม่ได้รับการบริการทั้งที่กำลังประสบภาวะฉุกเฉินในบางกรณีอาจสามารถใช้โทรศัพท์ได้ แต่ก็มีความหมายมากมายที่ต้องจดจำว่าจะติดต่อไปที่ใด ในกรณีให้เห็นว่า ตนต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ก็จะต้องขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานตามแต่ประสบการณ์ที่ตนเคยมีหรือตามที่เคยได้รับทราบข่าวสาร

ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้องทันกาลพอ เนื่องจากในประเทศไทยยังขาดระบบเวชบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนไม่ครอบคลุมบุคคลทุกชนชั้นและไม่กระจายทั่วทุกพื้นที่ ทั้งที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า ประชาชนไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

สำนักวิจัยเอแบคโพล โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้สำรวจการรับบริการของประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. 2543 พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 90 ต้องชวนช่วยหาทางไปรับบริการรักษาพยาบาลเอง โดยไม่ได้แจ้งขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดๆ ในจำนวนดังกล่าวนี้ ร้อยละ 76 ได้รับการนำส่งโดยผู้ใกล้ชิด ร้อยละ 12 เดินทางไปด้วยตนเอง ร้อยละ 10 ได้รับการนำส่งโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ และมีเพียงร้อยละ 0.9 เท่านั้น ที่ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยเวชบริการฉุกเฉิน ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นว่า ประชาชนไทยยังไม่สามารถเข้าถึงระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลที่มีอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่การแจ้งและการจัดส่งความช่วยเหลือได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ระบบการบริการที่มีอยู่ในประเทศไทยดังกล่าวยังด้อยประสิทธิภาพไม่สามารถเป็นที่พึ่งพิงของประชาชนยามฉุกเฉินได้

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดตั้งและพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล มาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 โดยมีโครงการจัดตั้งระบบเวชบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง แต่ที่ผ่านมาสามารถดำเนินการจัดบริการได้เฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น ต่อมาในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการขยายพื้นที่ให้บริการมากขึ้น และได้จัดสรรงบประมาณจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม จนกระทั่งปัจจุบัน สามารถจัดบริการได้เต็มพื้นที่เพียง 7 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปาง สงขลา และกรุงเทพมหานคร เท่านั้น

ยิ่งไปกว่านั้น แม้เวชบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาล ก็ยังด้อยคุณภาพอยู่อย่างมากเช่นกัน จากการศึกษาของนายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และนายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม¹ พบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน มักเป็นแพทย์ที่ด้อยประสบการณ์และอ่อนอาวุโสมากที่สุด โรงเรียนแพทย์แทบทุกแห่งภารกิจนี้มักให้เป็นหน้าที่ของนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 และแพทย์ประจำบ้านดูแล โดยไม่มีอาจารย์แพทย์ควบคุมอย่างใกล้ชิด ส่วนในโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่มักใช้แพทย์ทั้งโรงพยาบาลหมุนเวียนกัน หรือจ้างแพทย์ประจำบ้านซึ่งอยู่ในระหว่างการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางมาอยู่เวร โดยไม่มีการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ดังกล่าวอย่างชัดเจน การที่แพทย์จากสาขาต่างๆ หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภทได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทั้งที่ในบางกรณีไม่ควรเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เนื่องจากในประเทศไทยขาดแคลนแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน

อาจารย์แพทย์และผู้บริหารในวงการแพทย์ส่วนใหญ่ มักแสดงความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันว่า “ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลนั้นเป็นจุดที่มีความสำคัญมาก ต้องมีการจัดบริการที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และถูกต้อง ต้องมีแพทย์ประจำอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต้องมีคุณภาพ มีความรู้มีความสามารถเพียงพอ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับต้องสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถสร้างความเข้าใจและลดความกังวลให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติได้”

ในแง่ของสิทธิของประชาชนนั้นการได้รับการดูแลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินควรเป็นบริการพื้นฐานที่รัฐบาลต้องจัดทำให้ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ ดังนั้นการลงทุนเพื่อให้การดูแลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพควรเป็นงานที่รัฐจะต้องกระทำ ควบคู่ไปกับการลงทุนเพื่อพัฒนาการบริการพื้นฐานด้านอื่นๆ

ความคาดหวังต่องานเวชบริการฉุกเฉินที่ควรมีในท้องถิ่นทุกหนทุกแห่ง พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. เมื่อบุคคลประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ควรสามารถเรียกร้องขอและได้รับความช่วยเหลือได้อย่างสะดวก ถูกต้อง และทันกาล ตลอดเวลาทุกวันทั้งกลางวันและกลางคืน ผู้ให้ความช่วยเหลือ ต้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้มีทักษะและมีความสามารถในการประเมินและให้การดูแลบำบัดภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย รวมทั้งให้การช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

2. ห้องฉุกเฉินต้องมีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง และต้องเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการประเมินและให้การดูแลบำบัดภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายที่เข้ามาถึง

โรงพยาบาลแล้ว ต้องได้รับการรักษาและบำบัดภาวะฉุกเฉินนั้นอย่างถูกต้องและทันห่วงที่ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินเบื้องต้นและการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

3. เมื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจนกระทั่งพ้นวิกฤตแล้ว และมีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ต้องมีระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้แพทย์ต้องแสดงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ามาในสถานพยาบาลจนกระทั่งส่งต่อถึงมือแพทย์คนอื่นผู้ที่จะดูแลผู้ป่วยนั้นต่อไป

4. บทบาทต่อชุมชนในการพัฒนางานเวชบริการสำหรับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ได้แก่ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง ให้บริการรับแจ้งเหตุปัญหาเร่งด่วนจากชุมชนทางโทรศัพท์และสามารถตอบสนองในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้ (เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้) รวมทั้งทราบบทบาทของตนเองต่อการช่วยเหลือชุมชนเมื่อมีสาธารณภัยหรือภัยพิบัติเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่นานมานี้ หลักสูตรการฝึกอบรมและสอบแพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย ก็ได้รับการพัฒนาจนกระทั่งได้รับการรับรองจากกรรมการแพทยสภาอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2546 และอนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในปีการศึกษา 2547 ได้ 41 ตำแหน่งในสถาบันต่างๆ 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลเลิดสิน และวชิรพยาบาล

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินในต่างประเทศ

ผู้ป่วยจากการได้รับพิษ

ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานอัตราป่วยจากการได้รับพิษ 2.7 รายต่อประชากรหนึ่งพันคน ใน พ.ศ. 2521 และเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งเป็น 8.1 รายต่อประชากรหนึ่งพันคน ใน พ.ศ. 2544 อย่างไรก็ตามจำนวนการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลและจำนวนการเสียชีวิตจากการได้รับพิษกลับลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน คือมีการรับผู้ป่วยดังกล่าวไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 583,000 และ 147,891 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับพิษจำนวน 12,177 และ 1,074 คน ใน พ.ศ. 2521 และ 2544 ตามลำดับ^{2,3}

ใน พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยจากการได้รับพิษดังกล่าวถึงร้อยละ 78 ติดต่อทางโทรศัพท์จากบ้านที่อยู่อาศัยเข้าสู่ระบบเวชบริการฉุกเฉินและศูนย์ควบคุมพิษ นอกจากนั้นติดต่อจากหน่วยบริการสุขภาพ ร้อยละ 14 จากบริเวณที่ทำงานร้อยละ 2 จากโรงเรียนร้อยละ 1 และจากสถานที่อื่นๆ ร้อยละ 5 ผู้ป่วยดังกล่าวถึงร้อยละ 75 ได้รับการรักษา ณ ที่เกิดเหตุนอกหน่วยบริการสุขภาพ และมีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพ และในบางกรณี ผู้พบเหตุการณ์ที่ไม่ใช่เวชบุคลากรสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยคำแนะนำจากเวชบุคลากรผ่านทางโทรศัพท์เท่านั้น จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ระบบเวชบริการฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับพิษดังกล่าว มีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการได้รับพิษรวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายจากการที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการรักษาที่สถานพยาบาลได้เป็นอย่างมาก

ผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉิน

ในกรณีที่เกิดจากการบาดเจ็บ ที่เกิดเหตุ อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่หัวใจหยุดทำงานนอกโรงพยาบาลนั้นเกือบจะเป็นศูนย์ และการประคองชีพขั้นก้าวหน้า (advanced life support: ALS) เป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า สามารถช่วยรักษาชีวิตหลังจากที่หัวใจหยุดทำงานได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาระยะต้นจาก King County Health Department, Seattle ในรัฐวอชิงตัน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยถึงร้อยละ 16 - 49 ได้รับการกู้ชีวิตได้เป็นผลสำเร็จจากการที่หัวใจหยุดทำงานนอกโรงพยาบาล จนกระทั่งสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้⁴

ผลการศึกษาการปฏิบัติงานในเมืองมิลวaukee (Milwaukee) ในระยะต่อมา ก็แสดงให้เห็นประจักษ์ได้ว่า ผู้ป่วยถึงร้อยละ 25 สามารถรอดชีวิตได้⁵ และผู้รอดชีวิตจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นจากการที่หัวใจหยุดทำงานซึ่งมีผู้พบเห็นและมีจังหวะการเต้นของหัวใจในช่วงต้นเป็นการสั่นพลิ้วของหัวใจห้องล่าง (ventricular fibrillation: VF) อัตราการรอดชีวิตดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับช่วงเวลาจากที่ผู้ป่วยทรุดลงจนถึงเวลาที่ได้รับการกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ (defibrillation) และอัตราการรอดชีวิตดังกล่าวลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อระยะเวลาดังกล่าวล่าช้าไปเพียงไม่กี่นาที กล่าวคือผู้ป่วยรอดชีวิตถึงร้อยละ 40 ถ้าได้รับการบำบัดภายใน 4 นาที แต่น้อยกว่าร้อยละ 10 ถ้าได้รับการบำบัดหลัง 10 นาที

ในประเทศนิวซีแลนด์ จากรายงานการศึกษาผลการปฏิบัติการกู้ชีพในกรณีผู้ป่วยตายจากหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งเริ่มทำนอกโรงพยาบาล (sudden cardiac death: results of resuscitation begun outside hospital)⁶ ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังจากหน่วยประคองชีพ (Life Support Unit) ของหน่วยบริการเวชพหุแห่งอuckland (Auckland Ambulance Service) เป็นระยะเวลา 2 เดือน ในผู้ป่วยภาวะหัวใจเฉียบพลันจำนวนทั้งสิ้น 65 คน พบว่า มีผู้ป่วยรอดชีวิตจำนวน 24 คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 41 คน ซึ่งจำแนกเป็นการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง การเสียชีวิตหลัง 24 ชั่วโมง และเสียชีวิตในเวลาต่อมา (late deaths) จำนวน 20, 14 และ 7 คนตามลำดับ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจำนวน 24 คนนี้ มีเพียง 3 คนเท่านั้นที่ประสบปัญหาจากการที่สมองถูกทำลายอันเป็นผลจากการที่ระบบไหลเวียนโลหิตไม่ทำงานตั้งแต่ระยะแรก

จากรายงานการปฏิบัติการกู้ชีพนอกโรงพยาบาลในเมืองอuckland (resuscitation outside hospital in Auckland)⁷ ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการกู้ชีวิตนอกโรงพยาบาลโดย Auckland Life Support Unit Ambulance ใน พ.ศ. 2526 ซึ่งมีการปฏิบัติการกู้ชีวิต (CPR) ทั้งสิ้น 405 ครั้งใน 12 เดือน ในการปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการกู้ชีวิตที่ทำขึ้นที่หน่วยบริการประคองชีพ (life support unit service) 61 ครั้ง และเป็นการกู้ชีวิตก่อนถึงหน่วยบริการประคองชีพถึง 344 ครั้ง ในจำนวนที่ได้รับการกู้ชีวิตก่อนถึงหน่วยบริการประคองชีพนี้ ร้อยละ 55 (189/344) กระทำโดยบุคคลผู้พบเห็นเหตุการณ์ (by stander) และมีเพียงร้อยละ 10 (34/344) เท่านั้นที่กระทำโดยบุคลากรของหน่วยบริการเวชพหุ (ambulance service)

ผลการปฏิบัติการกู้ชีวิตดังกล่าวประสบความสำเร็จ คือมีผู้ป่วยรอดชีวิตทั้งสิ้นถึงร้อยละ 52.6 (213/405) และไม่ประสบผลสำเร็จร้อยละ 47.4 (192/405) ในส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่าเป็นการเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ การเสียชีวิตที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 12.6 (51/405), 23.4 (95/405), และ 11.4 (46/405) ตามลำดับ ส่วนในจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีภาวะแทรกซ้อนอันเป็นเหตุจากภาวะหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลวที่เกิดขณะการช่วยเหลือร้อยละ 8 (18/213)

ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยชีวิตดังกล่าวนี้ ร้อยละ 18 (72/405) สามารถกลับบ้านได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน และในจำนวนดังกล่าวนี้ ร้อยละ 90 (65/72) ยังคงมีชีวิตอยู่ถึงหนึ่งปีหลังจากเวลาที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงพรรณนาซึ่งแสดงผลของการกู้ชีวิตผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโดยหน่วยบริการเวชพหุแห่งแอตแลนติกตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2534 จนถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2536 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 1,176 ราย ซึ่ง 1,069 ราย (ร้อยละ 91) เป็นหัวใจหยุดเต้นปฐมภูมิ (primary cardiac arrest) จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเฝ้าตรวจ (unmonitored) 978 ราย และที่มีการเฝ้าตรวจ (monitored) 91 ราย ผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นปฐมภูมิทั้ง 1,069 รายดังกล่าวนี้ ได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลร้อยละ 43 (460/1,069) โรงพยาบาลได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในร้อยละ 22 (240/1,069) และร้อยละ 15 (135/1,069) สามารถกลับบ้านได้⁸

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการรอดชีวิตจากที่ต่างๆ มีความแตกต่างกันอย่างยิ่ง กล่าวคือในระบบบางแห่งมีรายงานอัตราการรอดชีวิตสูงมาก แต่ในบางแห่ง โดยเฉพาะในนครใหญ่ๆ อัตราการรอดชีวิตดังกล่าวกลับมีน้อยมาก⁹

จากผลที่แสดงให้เห็นว่าการรอดชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดกับการได้รับการกระตุ้นหัวใจ การเต้นของหัวใจที่รวดเร็ว ระบบที่เมืองคิงและไอโอวา (Iowa) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แสดงให้เห็นว่าการฝึกให้พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น ผู้ไปถึงที่เกิดเหตุเป็นลำดับแรก สามารถตรวจพบและบำบัดการสั้นพลั่วของหัวใจห้องล่างได้ ทำให้อัตราการรอดชีวิตจากหัวใจหยุดทำงานมากขึ้น หากระยะเวลาระหว่างการทรุดลงและการกระตุ้นหัวใจนั้นสั้น การศึกษาในช่วงต้นใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบธรรมดา (manual defibrillators) แต่ต่อมาได้มีการพัฒนาจนกระทั่งเป็นเครื่องกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัติ (automatic external defibrillators: AED) ซึ่งสามารถประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ และหากพบการสั้นพลั่วของหัวใจห้องล่าง ก็สามารถกระตุ้นหัวใจได้โดยอัตโนมัติ ดังนั้น แม้บุคลากรที่ได้รับการฝึกศึกษาทางการแพทย์มาน้อย (เช่น พนักงานดับเพลิง ตำรวจ พนักงานรับภัยเบื้องต้นอื่นๆ) ก็สามารถกระตุ้นหัวใจแบบอัตโนมัตินี้ได้ จนกระทั่งในปัจจุบัน แพทยสมาคมแห่งสหรัฐอเมริกาได้ยอมรับว่า พนักงานรับภัยเบื้องต้นควรสามารถทำการกระตุ้นหัวใจของหัวใจได้ และควรเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับระบบเวชบริการฉุกเฉินทุกแห่งในสหรัฐอเมริกา¹⁰

เนื่องจากประสิทธิผลดังกล่าวนี้ ขึ้นกับการกระตุ้นหัวใจหลังจากหัวใจหยุดทำงานอย่างทันทีทันใด การที่ประชาชนตระหนักถึงอาการแสดงของการที่หัวใจหยุดทำงาน การสามารถเข้าสู่ระบบเวชบริการฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินพร้อมทั้งการให้เวชบริการฉุกเฉินที่รวดเร็วและเหมาะสม นับเป็นการเชื่อมโยงภาวะวิกฤตสู่การรอดชีวิตที่สูงสุด

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการบำบัดภาวะหัวใจหยุดทำงานได้รับการเน้นในการพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล แต่ภาวะหัวใจหยุดทำงานดังกล่าวกลับเป็นสัดส่วนเพียงน้อยกว่าร้อยละ 3 ของการดำเนินงานในระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลทั้งหมด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดและขนส่งโดยระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลมากที่สุดได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่บ่งถึงภาวะหัวใจขาดเลือด การบำบัดที่ดำเนินการบ่อย ได้แก่ การบรรเทาอาการเจ็บแน่นทรวงอกด้วยไนเตรท (nitrate) และยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีน (narcotic analgesics) การบำบัดภาวะจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติด้วยยาต้านการเต้นของหัวใจผิดปกติ การบำบัดภาวะหัวใจเต้นช้าที่มีอาการ ด้วยเครื่อง

กำกับจังหวะการเต้นของหัวใจชนิดภายนอก (external pacemaker) การบำบัดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (left ventricular failure) ด้วยยาขับปัสสาวะ และการใส่ท่อหลอดลมเพื่อช่วยหายใจในกรณีที่เกิดจำเป็น¹¹

ผู้มีบทบาทในระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็เห็นพ้องต้องกันว่า การป้องกันหัวใจหยุดทำงานและการลดการเสียชีวิตจากภาวะทางหัวใจและหลอดเลือดด้วยการบำบัดจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ อาการเจ็บทรวงอก และหัวใจล้มเหลว เป็นประโยชน์ที่ได้รับอย่างแท้จริงจากระบบการประคองชีพขั้นก้าวหน้า อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผลการศึกษาวิจัยใดที่สนับสนุนประเด็นดังกล่าวนี้อย่างชัดเจน

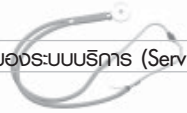
บทบาทของการประคองชีพขั้นก้าวหน้าที่วิวัฒนาการขึ้นมานี้ มีเพื่อสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) นอกจากการบำบัดภาวะแทรกซ้อนนอกโรงพยาบาล หน่วยประคองชีพขั้นก้าวหน้าอาจช่วยให้การรักษาผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้นได้ จากรายงานเกี่ยวกับนัยสำคัญของความล่าช้าของการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อบำบัดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขนส่งผู้ป่วยโดยหน่วยเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งมีขีดความสามารถในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 แกน (12-lead EKG) อาจช่วยลดเวลาในการรักษาลง และระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลได้แสดงให้เห็นว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนถึงโรงพยาบาลนั้นปลอดภัยและลดระยะเวลาการรักษาได้¹² อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุที่การลดอัตราการตายยังไม่มีการศึกษายืนยันที่แน่ชัด รวมทั้งการฝึกศึกษา อุปกรณ์ และค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในปัจจุบันการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนถึงโรงพยาบาลจึงยังอยู่ในวงจำกัด

ผู้ป่วยบาดเจ็บ

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล มีข้อถกเถียงในรายละเอียดมากกว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม เป็นที่เห็นพ้องต้องกันอย่างกว้างขวางว่า การพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ด้วยการขนส่งผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บขั้นวิกฤตไปยังศูนย์เวชกรรมการบาดเจ็บ (trauma center) ระดับที่เหมาะสม อย่างรวดเร็ว นั้น เป็นการรักษาศีวิตผู้ป่วยระบบเวชกรรมการบาดเจ็บได้กำหนดให้โรงพยาบาลบางแห่งสามารถผ่านข้ามไปได้และให้ผู้ป่วยได้รับการขนส่งไปยังศูนย์เวชกรรมการบาดเจ็บระดับที่เหมาะสมได้โดยตรง ตามที่ได้กำหนดไว้ในแนววิธีปฏิบัติทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลไกการบาดเจ็บหรือสรีรสภาพของผู้ป่วย

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล โดยพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉิน ยังไม่เป็นที่ตกลงกันอย่างชัดเจนว่า ควรให้ทำได้เพียงใด มีรายงานการศึกษาระดับหนึ่งในอุบัติเหตุสงครามแสดงให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหัก (femur fracture) ลดลงอย่างเห็นได้ชัด หากผู้ป่วยได้รับการเข้าเฝือกก่อนการขนส่ง อย่างไรก็ตาม จากหนังสือปกขาวของสมาคมแพทย์สหรัฐอเมริกา เรื่อง “การเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุ: โรคที่ถูกลืมในสังคมสมัยใหม่” กล่าวว่า ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่กระดูกคอได้รับบาดเจ็บ ถูกทำให้แย่ลงจากการบำบัดก่อนถึงโรงพยาบาล และการให้ความสนใจระมัดระวังการบาดเจ็บที่คอน่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการตายได้¹³

นอกจากนี้ มีรายงานบางฉบับที่แสดงว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกแทงเข้าทรวงอก มีอัตราการรอดชีวิตลดลง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาประคองชีพขั้นก้าวหน้า (ให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำและใส่ท่อหลอดลม) ณ ที่เกิดเหตุ เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม



ล่าช้าลง¹⁴ และแนะนำว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการขนส่งไปสู่วอร์ดโรงพยาบาล ที่สามารถให้การรักษามือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเร็วที่สุด (scoop & run) น่าจะให้ผลดีกว่าการให้การรักษานิ่ง จุดเกิดเหตุ (stay & stabilized)¹⁵

จากการศึกษาอื่นๆ ก็ได้รายงานถึงการทำให้สรีรสภาพกระตือรือร้น และผลของการบาดเจ็บดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา วรรณกรรมที่สนับสนุนแสดงให้เห็นว่า พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินอาจรักษาทางหายใจ เปิดหลอดเลือดดำ และให้สารน้ำได้อย่างเพียงพอ โดยไม่ทำให้การขนส่งผู้ป่วยล่าช้าลง¹⁶ วิธีการใหม่ๆ เช่น การให้สารน้ำเข้มข้น (hypertonic fluid) ได้รับการแนะนำว่าเหมาะสมสำหรับการใช้ในภาคสนาม แต่ก็ยังคงต้องได้รับการศึกษาต่อไป

จากการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างควบคุม (randomized controlled trial study) แสดงให้เห็นว่า หากระยะเวลาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยาวนาน โอกาสที่ผู้ป่วยจะรอดชีวิตยิ่งลดลง และความล่าช้าดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากความล่าช้าของผู้ปฏิบัติ รวมทั้งการให้การรักษาระดับขั้นสูง (advance life support) แก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ณ ที่เกิดเหตุ ไม่ช่วยลดอัตราการตาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเพียงการรักษาประคับประคองขั้นพื้นฐาน (basic life support)¹⁷

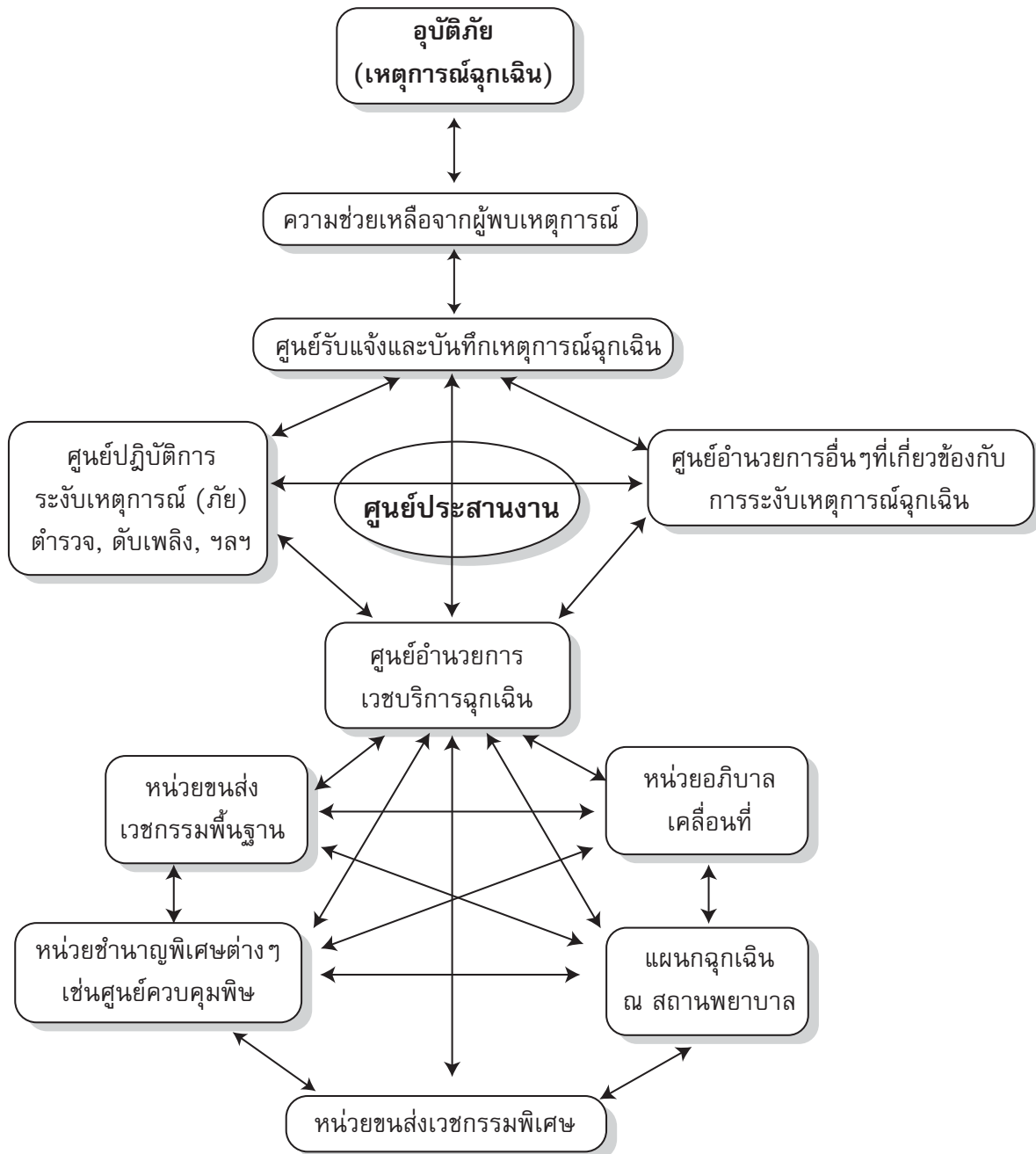
ในปัจจุบัน การเน้นการขนส่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรวดเร็วและให้การรักษาระดับประคับประคองในระหว่างทางนับเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไป

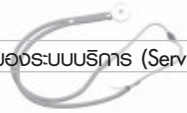
3. ทิศทางในอนาคต และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians) ได้แนะนำว่า องค์ประกอบของระบบเวชบริการฉุกเฉินในปัจจุบันควรมีดังต่อไปนี้:-

- (1) การอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical direction)
- (2) การขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital transportation)
- (3) การขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (inter-facility transportation)
- (4) การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือ (dispatch)
- (5) การติดต่อสื่อสาร (communications)
- (6) แนวปฏิบัติ (protocols) ในการคัดแยกผู้ป่วยเจ็บ (triage) การบำบัดรักษา (treatment) การขนส่ง (transport) และการส่งต่อ (transfer)
- (7) หน่วยรักษาเฉพาะทาง (specialty care units)
- (8) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (receiving facilities)
- (9) การฝึกศึกษา (training)
- (10) การเงิน (financing)
- (11) การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ (audit and quality assurance)
- (12) การให้ความรู้และสารสนเทศแก่ประชาชน (public information and education)
- (13) การช่วยเหลือระหว่างกัน (mutual aid)
- (14) การมีส่วนร่วมในการระงับภัยพิบัติ (disaster)

ผังแสดงเครือข่ายการติดต่อประสานงานและการสั่งการ
ที่เกี่ยวข้องกับระบบเวชบริการฉุกเฉิน





เวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Out of Hospital Emergency Medical Services)

เวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เป็นส่วนขยายของเวชบริการฉุกเฉินเข้าไปสู่ในชุมชน เวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเป็นการดูแลรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงหน่วยเวชบริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของเวชกรรมป้องกันตติยภูมิเพื่อลดระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย จนกระทั่งได้รับการบำบัดรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดเร็วขึ้น อันเป็นผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยแทรกซ้อนลงได้ ลักษณะหลายๆ ประการของเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล อาจเป็นการควบคุมจากแพทย์ทางอ้อมเท่านั้น

(1) การอำนวยการและการควบคุมทางการแพทย์

ระบบเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้องสามารถให้ความมั่นใจได้ว่าการดูแลทางการแพทย์ที่กระทำนั้นได้มาตรฐานทางเวชกรรมอันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป การควบคุมทางการแพทย์ต้องอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์และจะเป็นการดียิ่งถ้าได้แพทย์ที่มีประสบการณ์และมีความรู้ความสามารถในการบริหารการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือได้รับบาดเจ็บ ดังนั้นเพื่อการควบคุมคุณภาพ ผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ต้องมีอำนาจหน้าที่ ซึ่งกำหนดไว้อย่างจำเพาะและชัดเจนในการรับรองการมีส่วนร่วมของพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินภายในท้องถิ่นซึ่งต้องปฏิบัติตามภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ เช่น การอนุญาตและการพักการปฏิบัติงานของบุคลากร การกำหนดแนววิธีปฏิบัติงานบำบัดรักษาภายในท้องถิ่น รวมทั้งจัดทำคำสั่งการรักษามาตรฐาน (standing orders) สำหรับพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉิน การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับระดับการตอบสนองฉุกเฉินเบื้องต้น การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลที่จะไปส่งผู้ป่วย กำหนดมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับวิธีการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือ (dispatch procedures) การให้การรับรองแพทย์ผู้สั่งการรักษาทางไกลการกำหนดวิธีปฏิบัติในกรณีที่ไม่ได้มีการตอบสนองหรือไม่ได้มีการขนส่งผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดขึ้น การกำหนดระดับสำหรับการรับรองสมรรถภาพการฝึกอบรมของเวชบุคลากรฉุกเฉินทุกระดับ การดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพของท้องถิ่นและรับรองคุณภาพ

(2) การขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

สำนักงานเวชบริการฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องมีหรือดำเนินการตอบสนองการแจ้งเหตุฉุกเฉินและการบริการขนส่งผู้ป่วยด้วยตนเอง แต่ต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมในระบบการบริการดังกล่าว นอกจากนี้ควรมีกฎหมายซึ่งกำหนดมาตรฐานการบริการและอนุญาตให้กระทำได้ด้วยวิธีการออกใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตรรับรอง

การขนส่งเวชกรรมฉุกเฉินที่มีอยู่ทั้งหมดภายในท้องถิ่นควรได้รับการประสานงานโดยสำนักงานเวชบริการฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงว่า การขนส่งนั้นดำเนินการโดยภาครัฐ ภาคเอกชน หรือการขนส่งพิเศษ (เช่น การขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ) รวมทั้งในบางกรณี การขนส่งที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ดังกล่าว อาจต้องได้รับการควบคุมจากสำนักงานดังกล่าวด้วยการขาดการอำนวยการอย่างมีเอกภาพอาจก่อให้เกิดปัญหาการปฏิบัติทั้งการล่าช้าและการขาดผู้รับผิดชอบ

(3) การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

แม้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยอาจเป็นส่วนสำคัญของระบบที่ใช้วิธีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาล แต่โดยทั่วไป การขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของระบบเวชบริการฉุกเฉิน การใช้ทรัพยากรของระบบเวชบริการฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้ทรัพยากรดังกล่าวออกไปนอกพื้นที่ และอาจไม่สามารถปฏิบัติงานได้หากมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นในเขตที่รับ

ผิดชอบ อย่างไรก็ตาม มีโอกาสที่อาจจะกล่าวได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเป็นการดูแลฉุกเฉิน และดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมที่ต้องมีพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ดูแล

เนื่องจากขีดความสามารถเฉพาะตัวของหน่วยบริการเฉพาะทาง ซึ่งมีฐานปฏิบัติการตั้งอยู่ในโรงพยาบาล (hospital-based specialty units: อากาศหรือภาคพื้นดิน) จึงอาจมีการใช้หน่วยดังกล่าวเพื่อตอบสนองสภาวะการฉุกเฉินบางอย่าง การตัดสินใจยอมรับการช่วยเหลือจากหน่วยขนส่งเฉพาะทาง นอกเหนือจากต้องเป็นภาระหน้าที่ของผู้อำนวยการสำนักงานเวชบริการฉุกเฉิน

(4) การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือ (dispatch)

ตามอุดมคติ การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ควรได้รับการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านศูนย์การติดต่อสื่อสาร ซึ่งทำหน้าที่ประสานการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานทุกสาขา รวมทั้งดับเพลิง และ ตำรวจ เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์สูงสุด ระบบที่หน่วยเวชพาหนะแต่ละหน่วยเป็นผู้รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเอง มักเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากระบบที่มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเพียงแห่งเดียว และส่งหน่วยที่อยู่ใกล้ที่สุด เหมาะสมที่สุดออกไปให้บริการ

ด้วยเหตุที่การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยสำนักงานเวชบริการฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติการ รวมทั้งระบบการเข้าถึงผู้ป่วย คำแนะนำก่อนที่หน่วยเวชบริการฉุกเฉินจะไปถึง และระดับการตอบสนองและขีดความสามารถของบุคลากร

หากสำนักงานเวชบริการฉุกเฉินเป็นผู้ดำเนินการเวชบริการฉุกเฉินเอง ต้องมีข้อบังคับให้ตอบสนองและประเมินสถานการณ์การขอความช่วยเหลือจากปัจเจกบุคคลทุกครั้ง เนื่องจากผู้อำนวยการบางคนคิดว่า ระบบได้รับความเครียดจากการใช้มากเกินไปจนความจำเป็นจึงให้พนักงานรับแจ้งเหตุฉุกเฉินคัดกรองการแจ้งเหตุและในบางกรณีไม่มีการให้บริการเลยซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้เป็นสิ่งไม่พึงประสงค์อย่างยิ่ง การให้พนักงานรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทำหน้าที่ตัดสินใจสภาวะการทางการแพทย์ไม่ได้เป็นวิธีแก้ไขอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นของระบบอย่างถูกต้อง

การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทุกครั้งที่ไม่มีการขนส่งผู้ป่วย (รวมทั้งการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับบริการ) ควรเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้ทำหน้าที่สั่งการรักษาทางไกลเท่านั้นเพราะอย่างน้อยต้องมีการประเมินว่า ผู้ป่วยมีเสถียรภาพและปราศจากภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้การขนส่งของระบบเวชบริการฉุกเฉิน

(5) การติดต่อสื่อสาร

เป้าหมายโดยรวมของการติดต่อสื่อสารมีไว้เพื่อให้ผู้ประสพภัยสามารถแจ้งเหตุได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งจะสั่งการให้เวชพาหนะและบุคลากรที่เหมาะสมออกไปปฏิบัติการ แจ้งโรงพยาบาลให้ทราบ และควบคุมการปฏิบัติทางเวชกรรมอย่างมีคุณภาพสำนักงานเวชบริการฉุกเฉินต้องกำหนดแผนการติดต่อสื่อสารที่ครอบคลุม หรือยอมรับแบบแผนการสื่อสารของภูมิภาคที่มีอยู่ก่อนแล้ว เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรการติดต่อสื่อสารที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดองค์การสื่อสารแห่งชาติควรมีการควบคุมการใช้คลื่นความถี่สำหรับระบบเวชบริการฉุกเฉินไว้อย่างเคร่งครัด ผู้ให้บริการที่ใช้คลื่นความถี่ทางเวชกรรมฉุกเฉินในท้องถิ่นต้องได้รับการยอมรับให้ใช้คลื่นความถี่ดังกล่าวได้ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้ในแผนการติดต่อสื่อสารอย่างเคร่งครัด

แผนการติดต่อสื่อสารดังกล่าวต้องประกอบด้วย การเข้าสู่ระบบจะเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีการขอความช่วยเหลือจะดำเนินไปที่ใดซึ่งควรมีหมายเลขครอบคลุมที่จะเข้าถึงระบบการบริการฉุกเฉินได้ทุกประเภททั้งทางเวชกรรมและมิใช่เวชกรรม และประชาชนควรได้รับการส่งเสริมให้ติดต่อหมายเลขดังกล่าวนี้แทนการติดต่อโรงพยาบาลหรือแพทย์โดยตรง แผนดังกล่าวต้องให้ความมั่นใจได้ว่า การติดต่อสื่อสารได้

รับการประสานงานอย่างสมบูรณ์ และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับหน่วยรักษาความปลอดภัยอื่นๆ ดังนั้นแผนต้องมีการกำหนดความถี่ที่ใช้สำหรับการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ภัยพิบัติ การสั่งการทางการแพทย์ การติดต่อระหว่างยานพาหนะ และการติดต่อระหว่างสำนักงาน

(6) แนววิธีปฏิบัติ (protocol)

แนววิธีปฏิบัติเป็นสิ่งที่ใช้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการในกรณีเฉพาะต่างๆ ภายในระบบเวชบริการฉุกเฉิน ให้บรรลุเป้าหมาย แนววิธีปฏิบัติอาจพัฒนาให้กล่าวถึงสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งรายละเอียดที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ การดำเนินการที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยต้องเป็นความรับผิดชอบของผู้อำนวยความสะดวกทางการแพทย์ โดยเฉพาะแนววิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย (triage) การบำบัดรักษา (treatment) การขนส่งผู้ป่วย (transport) การส่งต่อผู้ป่วย (transfer) และแนววิธีปฏิบัติอื่นๆ ที่จำเป็น

การตัดสินใจขนส่งผู้ป่วยต้องกระทำตามนโยบายของท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ และต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งปกป้องการแสวงหาผลประโยชน์และ/หรือการผลักภาระของโรงพยาบาล แผนต่างๆ ต้องพิจารณาโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมที่ใกล้ที่สุด และอาจต้องมีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ระบุไว้ในแผนด้วย

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลภายในระบบเวชบริการฉุกเฉินอาจมีความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลที่เหมาะสม มีเหตุผลเพียงประการเดียวเท่านั้นในการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่มีเสถียรภาพ คือต้องเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจะได้รับโอกาสในการรักษาที่ดีกว่าถ้าไม่พยายามส่งต่อ เช่น ถ้าโรงพยาบาลหนึ่งไม่มีประสาทศัลยแพทย์ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีปัญหาที่อาจเกิดขึ้นมีเพียงประการเดียวคือการส่งต่อผู้ป่วยนั้นต้องกระทำด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ

(7) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย

ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลระดับที่เหมาะสมซึ่งกำหนดไว้ในแนววิธีปฏิบัติของเขตนั้นๆ ยกเว้นไม่มีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถพอที่จะรักษาสภาวะของผู้ป่วยเฉพาะทางบางอย่างได้ ดังนั้นจึงควรมีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะนำผู้ป่วยไปส่ง และพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจ และหากมีการกระทำได้กล่าวอาจต้องถูกลงโทษหรือพักการอนุญาตปฏิบัติงาน

โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยในระบบเวชบริการฉุกเฉิน ต้องมีขีดความสามารถในการทำให้การป่วยเจ็บของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยการให้การวินิจฉัยและบำบัดการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยจนกระทั่งมีเสถียรภาพ ตามอุดมคติ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยควรมีหน่วยเวชกรรมฉุกเฉินซึ่งมีแพทย์ฉุกเฉินประจำตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ทั้งวันทำการและวันหยุด และโรงพยาบาลนั้นๆ ควรมีขีดความสามารถในการทำศัลยกรรมได้ทันที พร้อมทั้งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คลังเลือด การตรวจภาพรังสี และหน่วยเวชวิกฤต อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ชนบทบางแห่ง ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลฉุกเฉินซึ่งไม่มีสิ่งต่างๆ พร้อมกันได้ เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลใดที่เข้าหลักเกณฑ์พอ ในอาณาบริเวณนั้น

(8) หน่วยรักษาเฉพาะทาง

ระบบเวชบริการฉุกเฉิน ที่ดำเนินการในท้องถิ่นทุกแห่ง ควรได้มีการกำหนดทราบขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการให้การรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะนั้นๆ เช่น หน่วยการบาดเจ็บ หน่วยผู้ป่วยแผลไหม้ หน่วยหทัยเวชวิกฤต หน่วยกุมารเวชวิกฤต หน่วยปริกำเนิด หน่วยบำบัดรักษาการบาดเจ็บไขสันหลัง หน่วยเวชพิษวิทยา

ถ้าในระบบเวชบริการฉุกเฉินของท้องถิ่นใด ๆ ไม่มีหน่วยเฉพาะทางดังกล่าวนี้ท้องถิ่นนั้นๆ ต้องมีข้อตกลงอย่างเป็นทางการในการส่งต่อผู้ป่วย และควรมีการพัฒนาแนววิธีปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งทรัพยากรใกล้เคียง

ถ้าภายในท้องถิ่นนั้นมีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการให้การดูแลเฉพาะทางดังกล่าว การใช้สถาบันดังกล่าวนี้ต้องเป็นไปตามแนววิธีปฏิบัติและนโยบายที่ทางสำนักงานได้วางไว้ ทั้งนี้อาจมีการขนส่งผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุนอกโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลดังกล่าวนั้นโดยตรงได้ตามความเหมาะสม หรือเป็นการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลหลังจากที่รักษาผู้ป่วยให้มีเสถียรภาพ ณ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเบื้องต้น และจะเป็นการดียิ่งถ้าสถาบันที่มีหน่วยรักษาเฉพาะทางดังกล่าวมีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยที่ขนส่งมาทางอากาศได้ด้วย

(9) การฝึกศึกษา

การฝึกศึกษาเป็นสิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึง ทั้งนี้เพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัย รวมทั้งเพื่อสร้างเสริมกำลังและทดแทนผู้ให้บริการที่ออกไปจากท้องถิ่นด้วยเหตุผลต่างๆ การฝึกศึกษาเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งครอบคลุมถึงวิธีการเข้าถึงระบบเวชบริการฉุกเฉิน การกู้ชีพ และการปฐมพยาบาลลักษณะอื่นๆ สี่อย่าง สามารถใช้เพื่อเข้าถึงประชาชนกลุ่มใหญ่ ด้วยการให้สารสนเทศน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ได้รับการชานรับอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบทวิภาค (dual system) ซึ่งประกอบด้วยผู้ระงับภัยเบื้องต้น แล้วตามด้วยพนักงานเวชพาหนะและพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเป็นระบบที่เหมาะสมในการทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่าสูงสุด

ผู้ระงับภัยเบื้องต้นอาจเป็นพนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่พัสดุพัสดุ หรืออาสาสมัคร การฝึกอบรมสำหรับพนักงานระงับภัยเบื้องต้น อาจครอบคลุมถึงการปฐมพยาบาลขั้นสูงหรือตามหลักสูตรผู้ระงับภัยเบื้องต้น

การฝึกศึกษาของพนักงานเวชพาหนะ มักใช้หลักสูตรสำหรับพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT) ซึ่งแบ่งเป็นระดับต่างๆ ที่สำคัญ 3 ระดับ ได้แก่ พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับประจำเวชพาหนะ (EMT-ambulance) พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-intermediate) และพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับอุปแพทย์ (EMT-paramedic)

พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับประจำเวชพาหนะต้องมีทักษะในการปฐมพยาบาล รวมทั้งการกู้ชีพ เพื่อการรักษาภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ ต้องมีทักษะอื่นๆ ได้แก่ การนำผู้ป่วยออกจากแหล่งภัยอันตรายอย่างปลอดภัย การตรึงไม่ให้เคลื่อนไหว และการขนส่งผู้ประสบภัยฉุกเฉิน

พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลางควรได้รับการฝึกทักษะเพิ่มเติม ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดดำ การใช้กางเกงอัดลม (pneumatic trouser) และการใช้อุปกรณ์ประคองทางหายใจชั้นหลอดอาหาร (esophageal airway)

พนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับอุปแพทย์ควรได้รับการฝึกให้สามารถบริหารยาบำบัดภาวะบางอย่างก่อนถึงโรงพยาบาล การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถบำบัดจังหวะหัวใจเต้นผิดปกติฉุกเฉิน (cardioversion และ cardiac defibrillation) ได้

การศึกษาต่อเนื่องเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ให้บริการทุกระดับภายในท้องถิ่น ซึ่งทำได้โดยการกำหนดให้มีอายุของใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตร นอกจากนี้ต้องมีข้อกำหนดเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ให้

บริการที่ขอต่ออายุใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตรมีขีดความสามารถและมโนทัศน์ความรู้ที่ทันสมัยเพียงพอ เมื่อความต้องการเฉพาะของท้องถิ่นได้รับการกำหนดสำนักงานอาจต้องการดำเนินการโครงการศึกษาในการบริการหรือโครงการศึกษาเฉพาะทางภายในท้องถิ่น โครงการศึกษาเหล่านี้ควรรวมไปถึงวิธีการขนส่งผู้ป่วยสำหรับแพทย์ พยาบาล และพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินอื่นๆ ตลอดจนหลักสูตรสำหรับแพทย์ที่ต้องการเป็นผู้สั่งการทางเวชกรรมทางไกล ด้วย

(10) การจัดหาเงินทุน

แหล่งเงินสนับสนุนในการดำเนินการเวชบริการฉุกเฉิน สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น งบประมาณจากภาษีอากร การเป็นสมาชิก การจ่ายจากผู้รับบริการ และองค์การสาธารณประโยชน์ รวมทั้งวิธีการผสมผสาน

ระบบอาสาสมัครเต็มรูป ซึ่งในระบบดังกล่าวนี้งบประมาณทั้งหมดได้จากการบริจาค การขายบัตรการกุศล และในสถานการณ์เดียวกันนี้ การบริการดังกล่าวไม่เก็บเงินจากผู้ป่วย วิธีการดังกล่าวนี้เคยเป็นที่นิยมในกาลครั้งหนึ่ง แต่ด้วยอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป และความต้องการการศึกษาเพิ่มขึ้น รูปแบบเวชบริการฉุกเฉินดังกล่าวนี้ก็เริ่มหายไป

ระบบงบประมาณจากภาษีอากร เป็นระบบการเงินที่ได้รับจากพระราชบัญญัติงบประมาณ เช่นเดียวกับงบประมาณทั่วไป นอกจากนี้อาจมีการตรากฎหมายในการจัดเก็บภาษีเพื่อเวชบริการฉุกเฉินโดยเฉพาะ ซึ่งอาจดำเนินการอย่างเป็นอิสระ จากรายงานการศึกษาได้มีผู้ตั้งปัญหาเกี่ยวกับการใช้เงินสนับสนุนจากพระราชบัญญัติงบประมาณ รวมทั้งระบบจากการจัดเก็บภาษีเพื่อเวชบริการฉุกเฉินโดยเฉพาะ เนื่องจากรายได้ของระบบคงที่และการตอบสนองต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นนั้นทำได้ไม่ถนัด ปัญหาดังกล่าวนี้นำให้บางท้องถิ่นถึงกับยอมให้มีการคัดกรองการแจ้งเหตุเป็นการจำกัดอุปสงค์

อีกรูปแบบหนึ่งของการบริหารการเงิน คือโครงการสมาชิก ซึ่งที่จริงก็คือรูปแบบหนึ่งของภาษีอาสาสมัครหรือการประกันภัยนั่นเอง เนื่องจากผู้ใช้ได้จ่ายเงินไว้ล่วงหน้าสำหรับเป็นค่าบริการที่สมาชิกอาจต้องใช้ บุคคลใดๆ อาจมีความเสี่ยงและหวังว่าเขาคงไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการ แต่ถ้าจำเป็นผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงซึ่งจะมากกว่าค่าสมาชิก

เวชพาหนะเอกชนเป็นรูปแบบที่ผู้ใช้เป็นผู้จ่ายค่าบริการอย่างเต็มที่ในรูปแบบดังกล่าวนี้ไม่ว่าผู้ป่วยจะใช้บริการโดยโทรศัพท์เรียกเวชพาหนะเอกชนโดยตรง หรือเวชพาหนะเอกชนได้รับการแจ้งเหตุฉุกเฉินจากระบบเวชบริการฉุกเฉิน ผู้ใช้ต้องจ่ายตามค่าบริการที่กำหนด บางครั้งชุมชนอาจมีการควบคุมราคาค่าบริการแต่โดยทั่วไปค่าบริการมักเป็นไปตามที่ผู้ให้บริการกำหนดหรือเป็นไปตามอัตราที่บริษัทประกันกำหนด

กรณีที่บริษัทเอกชนเป็นผู้ให้การตอบสนองเบื้องต้นต่อสถานการณ์ฉุกเฉินการตอบสนองดังกล่าวต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ภายในชุมชนนั้นได้ด้วย ถ้ามีการตรวจพบว่า จำนวนครั้งที่บริษัทเอกชนได้รับสัมปทานนั้นไม่สามารถตอบสนองการแจ้งเหตุเพิ่มมากขึ้นเพราะพาหนะทั้งหมดกำลังปฏิบัติการบริการหรือระยะเวลาการตอบสนองยาวนานขึ้นเนื่องจากเวชพาหนะที่ได้รับการแจ้งเหตุอยู่นอกไกล จะต้องมีการตั้งหน่วยตอบสนองเพิ่มขึ้น หรือย้ายที่ตั้งหน่วยที่มีอยู่เดิม ในกรณีนี้ขนาดของการตอบสนองและการขนส่งใหญ่ พื้นที่บริการนั้นมักจะมีบริษัทเอกชนผู้รับสัมปทานมากกว่าหนึ่งบริษัท เมื่อเวชบริการฉุกเฉินดำเนินการโดยบริษัทเอกชน มักมีการอนุญาตบริษัทอิสระ และผู้รับบริการอาจเรียกใช้ผู้ให้บริการที่ตนเลือก อย่างไรก็ตาม ในภาวะฉุกเฉินที่เลวร้าย การแจ้งเหตุไปยังบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งอาจถูกปิดไปยังหน่วยอื่น และบริษัทนั้นอาจปิดหน่วยของตนในระหว่างเหตุการณ์ดังกล่าวได้

รูปแบบสุดท้ายของการบริหารการเงิน คือแบบองค์กรสาธารณประโยชน์ในรูปแบบนี้สำนักงานเวชบริการฉุกเฉินกำหนดเป้าหมายคือ ปรารถนาให้ระบบประสบความสำเร็จและยอมรับการเสนอราคาจากผู้ให้บริการที่เชื่อว่าสามารถดำเนินการได้ผู้ให้บริการจะเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยและได้รับเงินอุดหนุนจากชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะการผสมผสานรูปแบบต่างๆ ของการเงิน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายได้หรือไม่มีประกันก็จะได้รับบริการและระบบได้รับค่าใช้จ่ายนี้เช่นเดียวกับระบบจากภาษีอากร ถ้าผู้ป่วยสามารถจ่ายได้หรือมีประกันคุ้มครองผู้นั้นก็จะได้รับการเรียกเก็บเงินค่าบริการเช่นเดียวกับระบบการบริการเอกชน เงินอุดหนุนจะชดเชยการบริการที่เรียกเก็บเงินไม่ได้ และในปัจจุบันปรากฏว่า วิธีการดังกล่าวนี้มีราคาเฉลี่ยต่อครั้งต่ำกว่าระบบอื่นไม่ว่าจะเป็นรูปแบบจากภาษีหรือรูปแบบผู้ให้บริการเอกชน

อย่างไรก็ตาม หากเป้าหมายต้องใช้งบประมาณเกินกว่าทรัพยากรที่จะหาได้ ท้องถิ่นนั้นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการหาแหล่งเงินทุนหรือลดระดับเป้าหมายลง อย่างไรก็ตาม ก่อนมีการลดเป้าหมาย หากคาดคะเนว่า เป้าหมายมีความเป็นไปได้และมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย การเปลี่ยนวิธีการหาแหล่งเงินทุน ควรเป็นสิ่งที่นำมาพิจารณาก่อนเสมอ

(11) การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ

ท้องถิ่นควรดำเนินการทบทวนการขยายตัวและคุณภาพการดูแลทางเวชกรรมที่ให้บริการ รวมทั้งบันทึกต่างๆ ในท้องถิ่น เพื่อรับรองคุณภาพเป็นระยะๆ องค์ประกอบทุกอย่างต้องได้รับการประเมินภาระหน้าที่ทางเวชกรรม ความเหมาะสม และความคุ้มค่า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ ท้องถิ่นต้องพัฒนาและใช้แบบตรวจมาตรฐานเพื่อตรวจสอบข้อมูลการรับแจ้งเหตุและการตอบสนอง การประเมินและรักษาผู้ป่วยภาคสนาม และโรงพยาบาล (ผลที่ตามมา) ท้องถิ่นสามารถใช้คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยประเมินข้อมูลที่มีปริมาณมากจากการสะสมในกระบวนการดังกล่าวนี้

เพื่อประเมินความร่วมมือ สิ่งแรกที่ท้องถิ่นต้องกระทำได้แก่การกำหนดสมรรถภาพมาตรฐานขั้นต่ำ ซึ่งมักอยู่ในรูปแนววิธีปฏิบัติงาน เมื่อมาตรฐานได้รับการกำหนด การผันแปรก็สามารถได้รับการพิสูจน์ทราบได้ และก่อให้เกิดการป้อนข้อมูลย้อนกลับตามที่กำหนดเพื่อแสดงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในท้องถิ่น

(12) การให้ความรู้และสารสนเทศแก่ประชาชน

โครงการการให้ความรู้แก่ประชาชนนับเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นสิ่งที่ประเมินค่ามิได้ สิ่งที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ การทำให้ประชาชนได้ทราบถึงวิถีทางที่เหมาะสมในการเข้าถึงระบบ และวิธีการปฐมพยาบาลในระหว่างที่คอยชุดระงับภัย รวมทั้งประชาชนควรได้รู้ว่าเมื่อใดที่ต้องเข้าสู่ระบบเวชบริการฉุกเฉิน ซึ่งจะช่วยประหยัดการออกปฏิบัติการโดยไม่จำเป็นพร้อมเพิ่มความน่าจะเป็นที่บุคคลจำเป็นต้องใช้การบริการฉุกเฉิน ที่จะไม่รือในการเรียกใช้บริการ

สำนักงานไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ให้สารสนเทศและความรู้เองทั้งหมด แต่ควรช่วยประสานงานและสร้างเสริมหน่วยงานต่างๆ (เช่น สมาคมโรคหัวใจ ก๊าซชาติ ศูนย์ควบคุมพิษ) ให้ดำเนินการกิจกรรมเหล่านี้ การขยายตัวของสารสนเทศและความรู้ขึ้นอยู่กับว่า จะให้ประชาชนทั้งหลายรู้ได้อย่างไร ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะประชากรอย่างรวดเร็ว การที่ประชากรย้ายตามฤดูกาล การมีกลุ่มอายุประชากรที่ไม่ค่อยเหมือนที่อื่นๆ หรือการเปลี่ยนแปลงโอกาสการจ้างงาน

(13) การช่วยเหลือระหว่างกัน

การจัดเวชบริการฉุกเฉินในสถานการณ์ที่เลวร้าย (เช่น เกิดภัยพิบัติ หน่วยทั้งหมดออกปฏิบัติงาน พาหนะถูกทำลาย ฯลฯ) การตอบสนองฉุกเฉินต้องสามารถกระทำได้ด้วยความช่วยเหลือ

จากภายนอกท้องถิ่นดังนั้นท้องถิ่นต้องมีการทำแผนเผชิญเหตุร่วมกับผู้ให้บริการที่อยู่โดยรอบในการข้ามเขตบริการเมื่อจำเป็นต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยการเตรียมตัวกล่าวควรกระทำในรูปแบบของข้อตกลงที่เป็นทางการ และควรเป็นการให้บนพื้นฐานของการต่างตอบแทนซึ่งกันและกัน

(14) ภัยพิบัติ

ตามปกติ แผนแม่บทเพื่อรับภัยพิบัติไม่ได้เป็นหน้าที่ของสำนักงานเวชบริการฉุกเฉิน แม้ว่าระบบเวชบริการฉุกเฉินเป็นผู้ดำเนินการตอบสนองเบื้องต้นและดำเนินการขนส่งเวชกรรมในสถานการณ์อุบัติภัยหมู่ก็ตาม หน้าที่ของเวชบริการฉุกเฉินในระหว่างการเกิดภัยพิบัติมี 3 ประการ ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วยสับภัย การรักษาให้ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ และการขนส่งผู้ป่วย ซึ่งต้องกระทำให้สอดคล้องกับแผนแม่บทแห่งภูมิภาค

ดังนั้นโดยไม่ต้องคำนึงว่า ใครเป็นผู้มีหน้าที่จัดทำแผนแม่บทและกระทำให้แผนดำเนินไปได้ สำนักงานเวชบริการฉุกเฉินควรให้ความมั่นใจได้ว่า มีแผนที่ครอบคลุมสำหรับเขตพื้นที่บริการ แผนเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติทางการแพทย์ต้องกล่าวถึง การประสานการจัดการกับส่วนกลาง การรวมการระบบเวชบริการฉุกเฉินให้มีเอกภาพ และการติดต่อสื่อสารระหว่างภัยพิบัติ เมื่อแผนได้รับการพัฒนา ระบบเวชบริการฉุกเฉินต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการฝึกการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เพื่อการทรงสมรรถภาพและแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้รับการพิสูจน์ทราบ กระบวนการฝึกนับเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการ ให้สามารถปฏิบัติการเมื่อสถานการณ์คับขันได้อย่างอัตโนมัติและเหมาะสม

ระบบเวชบริการฉุกเฉินในเขตชนบท

ในเขตชนบท ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่เบาบาง แต่นับเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ อาจมีปัญหาในด้านของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินมากกว่าในเมืองในชุมชนที่มีประชากรประมาณ 10,000 คน อาจมีภาวะที่ฉุกเฉินจริง ๆ เพียงวันละหนึ่งรายเท่านั้น ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณสนับสนุน และการคงสภาพทักษะการปฏิบัติงานของระบบและบุคลากร นอกจากนี้ ระยะทางที่ห่างไกล รวมทั้งความขาดแคลนแหล่งเวชทรัพยากรและการติดต่อสื่อสารทำให้เวชบริการฉุกเฉินในชนบทยังเป็นปัญหา

จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาบางฉบับแสดงให้เห็นว่า ในชนบทมีการขนส่งผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งป่วยด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ถึงร้อยละ 54-70 เมื่อเปรียบเทียบกับในเขตเมืองซึ่งมีประมาณร้อยละ 29 และมีการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า

เมื่อเกิดอุบัติเหตุรถยนต์บนถนนในเขตชนบทที่มีประชากรเบาบางมากอาจต้องใช้เวลานานกว่าจะมีผู้ทราบเหตุการณ์ เนื่องจากมีผู้คนผ่านไปมาน้อยและไม่ใคร่มีโทรศัพท์การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในชนบทอาจเท่ากับหรือบ่อยกว่าในเขตเมือง และมักรุนแรงกว่า จากปัจจัยดังกล่าวทำให้มีอัตราตายจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเขตชนบทสูงกว่าในเมืองถึงกว่าสองเท่า และพบว่า อัตราตายมีสัดส่วนแปรผกผันกับความหนาแน่นของประชากร โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรส่วนมากนั้นเกิดขึ้นในเขตชนบท

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นในเขตเมืองหรือชนบท ก็มีเป้าหมายเบื้องต้นของระบบเวชบริการฉุกเฉินที่เหมือนกัน คือต้องประกอบด้วยการจัดองค์กรที่ดี การให้ความช่วยเหลือทางเวชกรรมและการขนส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว การมีแพทย์ฉุกเฉินที่ให้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบได้อย่างรวดเร็วและการติดต่อสื่อสารที่ดีปัญหาตามที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ยากที่จะเข้าถึงเป้าหมายดังกล่าวได้

ในชุมชนที่มีประชากรประมาณ 5,000 คน มักมีการเรียกใช้เวชบริการฉุกเฉินประมาณ 500 ครั้งต่อปี (ประมาณร้อยละ 10 ของประชากร) ซึ่งเฉลี่ยแล้วน้อยกว่าสองครั้งต่อวัน ความเร่งด่วนของการเรียกใช้ก็ต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตไปจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยประจำ

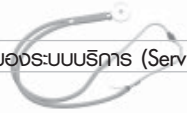
ในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 6 ของอำเภอในชนบทจำนวน 2,393 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ และหนึ่งในสี่ของผู้ที่อาศัยในชนบท อาศัยในเขตที่ขาดแคลนเวชบุคลากร (federally designated health manpower shortage areas) ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 การที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ประกอบกับปริมาณผู้ป่วยที่มีน้อย เป็นเหตุให้โรงพยาบาลในชนบทถึงกว่า 550 แห่งต้องปิดตัวลง การที่ไม่สามารถหาและรักษาเวชบุคลากรไว้ในเขตต่างเหล่านี้ได้ ประกอบกับการปิดตัวของโรงพยาบาลท้องถิ่น ก่อให้เกิดภาระอย่างใหญ่หลวงต่อระบบเวชบริการฉุกเฉินชนบท ทำให้บางแห่งเหลือเพียงการขนส่งผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในระยะทางที่ห่างไกล หรือเหลือเพียงการบริการรักษาขั้นพื้นฐานที่เร่งด่วน เช่น การทำคลอดเท่านั้น

ผู้ให้เวชบริการฉุกเฉินชนบท ส่วนใหญ่มักเป็นอาสาสมัครผู้ผ่านการฝึกศึกษาระดับพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับประจำเวชพาหนะ และสามารถใช้อุปกรณ์กระตุกจังหวะการเต้นของหัวใจอัตโนมัติได้ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้รับการผลักดันให้ขึ้นอยู่กับภาระจากภาษีชุมชนการเพิ่มระเบียบข้อบังคับจากรัฐบาลกลางและระบบประกันสุขภาพอาจทำให้การปฏิบัติงานและความเป็นอยู่ของอาสาสมัครเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยเฉพาะในสถานการณ์เศรษฐกิจปัจจุบัน แหล่งรายได้ที่ใช้สำหรับเวชบริการฉุกเฉินเขตเมือง คือจากภาษีอากร การเรียกเก็บเงินจากผู้รับบริการ หรือระบบสมาชิก ไม่อาจทำให้ระบบในบริเวณที่มีประชากรเบาบางมีรายได้ที่เพียงพอในการดำรงสถานภาพได้

สิ่งที่ต้องตระหนักอีกอย่างหนึ่งก็คือ แม้การขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ ซึ่งอาจต้องใช้เวลามากหลายชั่วโมงสำหรับเฮลิคอปเตอร์ ซึ่งมีฐานอยู่ที่โรงพยาบาลตติยภูมิในการไปถึงบริเวณชนบทที่ห่างไกล การที่ไม่มีแพทย์และพยาบาล ผู้มีประสบการณ์ในการให้การรักษานอกโรงพยาบาล เป็นผลให้ระบบเวชบริการฉุกเฉินขาดการกำกับดูแลทั้งทางตรง (on-line) และทางอ้อม (off-line) การที่ไม่มีแพทย์สนับสนุนเพียงพอทำให้โครงการในชนบทจำนวนมากมีการฝึกศึกษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานรวมทั้งขาดการเพ่งความคิดและการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ

การทำให้ผู้ป่วยมีเสถียรภาพและขนส่งอย่างรวดเร็ว นับเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสมในเขตเมือง แต่ในท้องที่ห่างไกลอาจจำเป็นต้องให้การรักษาเฉพาะ ณ ที่เกิดเหตุไปก่อน และผู้ประสบภัยอาจไม่ได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ แนววิธีปฏิบัติและการฝึกศึกษาในสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้อาจแตกต่างจากที่ใช้ในเมืองมาก การที่ผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์และผู้กำกับการสำนักงานเวชบริการฉุกเฉินได้ตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวนี้เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและความท้อแท้

การต้องขนส่งเป็นระยะทางไกลๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจำเพาะล่าช้า ดังนั้น หลักเกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุและโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยควรได้รับการกำหนด และยุทธวิธีในการลดความล่าช้าในการขนส่งผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นทางภาคพื้นดินหรือทางอากาศควรได้รับการศึกษาวิจัยและพัฒนา นอกจากนี้ ควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการขนส่งผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ โดยการปรึกษากับศูนย์การบาดเจ็บแห่งภูมิภาคเพื่อบรรเทาปัญหาต่างๆ ดังกล่าว การฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลท้องถิ่นควรเป็นที่ยกย่องขึ้นมากพิจารณา



จุดบอดสัญญาณวิทยุเนื่องจากขีดจำกัดของอุปกรณ์และภูมิประเทศที่ขวางกั้นเป็นสิ่งที่ประสบได้บ่อยในสภาพชนบท การมีสถานีช่วงทุกๆ ระยะ 30 - 50 กิโลเมตร อาจช่วยให้การสื่อสารครอบคลุมได้เพียงพอขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ การฝึกศึกษา และการดำรงสภาพ เมื่อเทียบกับปริมาณการใช้งานที่น้อย นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ในพื้นที่ชนบทจำนวนมาก ตำรวจ พนักงานดับเพลิง พนักงานตรวจเส้นทาง และเจ้าพนักงานพิทักษ์ป่า ใช้เครือข่ายวิทยุร่วมกัน แต่เมื่อความถี่เฉพาะถูกเงินสามารถใช้ได้รวมการดังกล่าว เครือข่ายก็มักจะหนาแน่นด้วยการใช้ที่ไม่จำเป็นและไม่เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางเวชกรรม

ในทำนองเดียวกันกับการปฏิบัติการเวชกรรมอื่นๆ การประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของการปฏิบัติการนับเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง แม้ว่าผู้ให้เวชบริการฉุกเฉินชนบทอาจเป็นอาสาสมัคร ได้รับค่าตอบแทนน้อย และมีประสบการณ์กับผู้ป่วยน้อย ความสำคัญของการให้การรักษาที่ดีในทางและเวลาที่ถูกต้องก็มีความสำคัญอย่างน้อยเท่ากับในเขตที่ไม่ใช่ชนบท ในความเป็นจริงแล้วในชนบทอาจสำคัญกว่าด้วยซ้ำ เนื่องจากระยะเวลาการตอบสนองที่ยาวนานและมีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าบริเวณอื่น

การกระจายของทรัพยากรที่มีจำกัดไปยังผู้ให้บริการในชนบทก็เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง เวชพาหนะในพื้นที่บริการต้องจัดไว้ในบริเวณที่ผู้ป่วยน่าจะต้องการและพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินอาสาสมัครสามารถไปถึงรถได้อย่างรวดเร็วบางแห่งได้ดำเนินการให้มีการจอดรถพยาบาลไว้ที่บ้านของอาสาสมัครที่อยู่แหวในวั้นนั้น

การกำหนดระดับของการรักษาที่ให้นอกโรงพยาบาล ก็นับเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรอีกอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากงบประมาณที่ต้องใช้จัดหาอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองแล้ว เวลาที่ต้องใช้ในการฝึกศึกษาในช่วงต้นและการศึกษาต่อเนื่องก็เป็นสิ่งที่ต้องตระหนักถึงเป็นอย่างมาก ตั้งแต่หลักสูตรพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้นไปจนถึงพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉินวิชาชีพ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น งบประมาณที่จำกัดและการใช้อาสาสมัครนับเป็นทรัพยากรที่ต้องจัดการด้วยความรอบคอบ

นับตั้งแต่ราว พ.ศ. 2520 เป็นต้นมาได้มีการศึกษาหลายฉบับที่ได้ทบทวนถึงประสิทธิผลของการรักษานอกโรงพยาบาล แต่การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่ทำในสภาวะแวดล้อมของเขตเมือง และทั้งคำถามเปิดไว้สำหรับสภาพในชนบท

4. สรุป

ระบบเวชบริการฉุกเฉินต้องมีการพัฒนาต่อไป ทั้งในด้านการจัดองค์กร การรวมตัว และการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดทั้งนี้ควรมีกฎหมายว่าด้วยระบบเวชบริการฉุกเฉินรองรับ โดยมีคณะกรรมการระบบเวชบริการฉุกเฉิน อันประกอบด้วยฝ่ายการเมือง ฝ่ายบริหาร ฝ่ายผู้ให้บริการ และผู้แทนภาคประชาชน ตลอดจนเชี่ยวชาญ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ยังควรมีการจัดสรรงบประมาณให้แก่ท้องถิ่นตามลักษณะภูมิประเทศเพื่อให้มีเวชบริการฉุกเฉินทั้งที่โรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล อย่างพอเพียง รวมทั้งมีหน่วยงานรับผิดชอบบริหารจัดการระบบเวชบริการฉุกเฉินโดยเฉพาะ รวมทั้งสนับสนุนการวิจัยเพื่อการพัฒนา และการฝึกอบรมบุคลากรและประชาชนให้มีความรู้ความสามารถในการให้และเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องและทันกาล

ภาคผนวก



ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานการสนับสนุนการวิจัย
จากทุนค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิ “อานันทมหิดล”

บทคัดย่อ

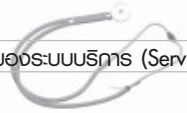
“การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินในประเทศไทย”

สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญที่สังคมต้องทุ่มเทเอาใจใส่อย่างยิ่ง เนื่องจากหากมีการดำเนินการเวชกรรม (ทั้งการบริการ การศึกษา และการวิจัย) อันไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ประชาชนต้องเสียชีวิต เจ็บป่วยแทรกซ้อน และเกิดความพิการโดยไม่สมควรเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีวิตของผู้ประสบการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (เช่น ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ได้รับพิษ เจ็บป่วยวิกฤติเฉียบพลัน) คือการได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในระยะเวลาที่รวดเร็ว

จากการศึกษาข้อมูลการสถาปนาระบบเวชบริการฉุกเฉินในประเทศต่างๆ พบว่า การมีระบบเวชบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยแทรกซ้อนลงได้อย่างมีนัยสำคัญยิ่ง รวมทั้งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยได้รับพิษ ผู้ป่วยโรคหัวใจเฉียบพลัน เป็นต้น ดังนั้นการมีระบบเวชกรรมฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นเครือข่ายนิรภัย เป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตและสุขภาพของประชาชน และเป็นบริการพื้นฐานของชุมชนที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาสภาพปัญหาทางเวชกรรมฉุกเฉินในประเทศไทยโดยสังเขปพบว่าเมื่อประชาชนในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเข้าถึงเพื่อขอรับเวชบริการฉุกเฉินอย่างมาก คือมีประชาชนเพียงประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงเวชบริการได้ก่อนเสียชีวิต เนื่องจากการดำเนินการเวชกรรมฉุกเฉิน (ทั้งการบริการ การศึกษา และการวิจัย) ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหามาก เช่น ประชาชนและอาสาสมัครทำการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกวิธี ขาดความรู้ในการปฏิบัติการกู้ชีพ ขาดแผนการช่วยเหลือตนเองในชุมชนไม่สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาฉุกเฉินจากหน่วยงานบริการ อาสาสมัครระงับภัยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดการ



ควบคุมคุณภาพ ระบบการดูแลรักษานอกโรงพยาบาลและระบบการขนส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุยังด้อยคุณภาพและไม่ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ ประชาชนที่เจ็บป่วยหนักยังคงต้องหาวิธีเดินทางไปโรงพยาบาลเอง ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลหลายแห่งยังคงปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยด้วยสาเหตุต่างๆ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่างๆ มาปฏิบัติงานโดยไม่มีกลุ่มแพทย์รับผิดชอบโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่เกิดการพัฒนาศักยภาพทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ และขาดการพัฒนา การบริการในห้องฉุกเฉินให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่มีระบบมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง

จากการศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ในนำมาพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินในประเทศไทย เพื่อคลี่คลายสภาพปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นพบว่า ในปัจจุบันมีทรัพยากรต่างๆ ที่มีศักยภาพในการพัฒนาเพื่อดำเนินการระบบเวชบริการฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพลุ่มมากพอสมควรแต่ยังขาดยุทธศาสตร์การจัดการ รวมทั้งการอำนวยการและการประสานงานอย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงเสนอแนะให้มีการตรากฎหมายว่าด้วยระบบเวชบริการฉุกเฉินขึ้นเพื่อก่อให้เกิดกิจกรรมที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่

- การกำหนดให้มีคณะกรรมการระบบเวชบริการฉุกเฉินแห่งชาติ อันประกอบด้วยฝ่ายการเมือง ฝ่ายผู้รับบริการ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายผู้ให้บริการ และฝ่ายวิชาชีพทางการดูแลสุขภาพ ในการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการ ตลอดจนทำหน้าที่ในการอำนวยการและการประสานงานให้เป็นระบบต่อไป
- การจัดสรรงบประมาณแก่ท้องถิ่นแต่ละแห่งในการสถาปนาระบบเวชบริการฉุกเฉินที่พอเพียงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน
- การกำหนดความรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรสำหรับการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านกำลังคน สินทรัพย์ และการเงินการคลัง ตลอดจนการศึกษาวิจัยและการฝึกอบรม

ABSTRACT

The Study for Development of Emergency Medical Service Systems in Thailand

Surajit Suntorntham, et al.

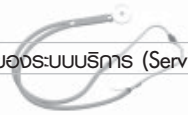
National Health Security Office

Emergency care of seriously ill and injured patients is one of the most essential components of the health care system since the care can dramatically saved greater numbers of patients whose lives are at risk. Most of this care should be provided not only at hospitals but also in conjunction with community-based emergency medical services.

In Thailand, although emergency departments are widely available at the most hospitals, they vary considerably in quality and accessibility from region to region. There are especially deficiencies in emergency first aid, pre-hospital and in-hospital medical care, and emergency medicine training and research.

From our study of the components that can be utilized for improving emergency medical services systems in Thailand, we found that there are a lot of resources, which can be potentially developed to be effectively services. However, they need a strategic administration as well as a direction and coordination systems. We recommend enacting a royal act of emergency medical services systems for vitalizing the following activities:

1. Stipulating Emergency Medical System Councils brought together politicians, administrators, providers, and medical care professionals.
2. Providing matching funds to individual geographic regions to establish sufficient emergency medical, both hospital-based and community-based, services.
3. The Health Resources Administrations responsibilities included research and training.



เอกสารอ้างอิง

- 1 อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, สุรจิต สุนทรธรรม. เวชกรรมฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีการผลิตแพทย์ในประเทศไทย. แพทยสภาร 2544; 30: 173 - 195.
- 2 Micik S. Developing regional poison systems. Developed under Grant No. 1 A18 PE 19151-01, Department of Health & Human Services, Health Resources Administration 1981.
- 3 Litovitz TL, Clark LR, Soloway RA. 1993 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. Am J Emerg Med 1994;12:546-84.
- 4 Eisenberg MS, Cummins RO, Larsen MP. Numerators, denominators, and survival rates: reporting survival from out-of-hospital cardiac arrest. Am J Emerg Med 1991;9:544-6.
- 5 Hargarten KM, Stueven HA, Waite EM, Olson DW, Mateer JR, Aufderheide TP, Darin JC. Prehospital experience with defibrillation of coarse ventricular fibrillation: a ten-year review. Ann Emerg Med 1990;19:157-62.
- 6 Agnew TM, Lander IM, Fisher CA, et al. Sudden cardiac death: results of resuscitation begun outside hospital. NZ Med J 1983;96:465-7.
- 7 Crawford GC, Denton M, Fisher CA, et al. Resuscitation outside hospital in Auckland. NZ Med J 1986;99:452-5.
- 8 Crone PD. Auckland Ambulance Service cardiac arrest data 1991-1993. NZ Med J 1995;108:297-9.
- 9 Eisenberg MS, Horwood BT, Cummins RO, Reynolds-Haertle R, Hearne TR. Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities. Ann Emerg Med 1990;19:179-86.
- 10 Cummins RO, Eisenberg MS, Litwin PE, Graves JR, Hearne TR, Hallstrom AP. Automatic external defibrillators used by emergency medical technicians. A controlled clinical trial. JAMA 1987;257:1605-10.
- 11 Lilja GP, Swor R. Emergency Medical Services. In: Tintinalli JE, et al., editors. Emergency Medicine: a comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians, 4th ed. New York: McGraw-Hill;1996:29-34.
- 12 American College of Emergency Physicians: Prehospital use of thrombolytic agents. Ann Emerg Med 1994;23:1146.
- 13 Lilja GP, Swor R. Emergency Medical Services. In: Tintinalli JE, et al., editors. Emergency Medicine: a comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians, 4th ed. New York: McGraw-Hill;1996:29-34.
- 14 Kaweski SM, et al. The effect of prehospital fluids on survival in trauma patients. J Trauma 1990;30:1216-9. (การให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ ณ ที่เกิดเหตุ ทำให้การขนส่งผู้ป่วยล่าช้ากว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้ถึง 5 นาทีและอัตราการรอดชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับสารน้ำ

เข้าหลอดเลือดดำและกลุ่มที่ไม่ได้รับ. อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาดังกล่าวนี้ ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง และขนาดตัวอย่างอาจไม่มากพอทำให้ไม่เห็นความแตกต่าง)

- 15 Jacobs LM, et al. Prehospital advanced life support: Benefits in trauma. J Trauma 1984;24:8-18. (การศึกษานี้ไม่ได้ดำเนินการแบบสุ่มตัวอย่างควบคุม และผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาที่เกิดเหตุ การบาดเจ็บมีแนวโน้มรุนแรง กว่าผู้ที่ไม่ได้รับ)
- 16 Lilja GP, Swor R. Emergency Medical Services. In: Tintinalli JE, et al., editors. Emergency Medicine: a comprehensive study guide. American College of Emergency Physicians, 4th ed. New York: McGraw-Hill;1996:29-34.
- 17 Sampalis SJ, et al. Impact of on-site care, prehospital time, and level of care on survival in severely injured patients. J Trauma 1993;34:252-61.

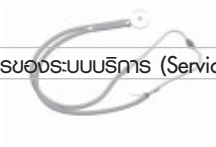


บทที่ 4

ระบบบริการทันตกรรม

โดย :

พศ.ทพญ. ปิยะนารถ จาตุโกตุ



เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการอ่านบทความนี้ การให้ความหมายของคำว่า “ระบบบริการทันตกรรม” ในความหมายของบทความนี้ ระบบบริการทันตกรรมไม่ได้หมายความว่าเฉพาะการให้และการรับบริการทันตกรรมเท่านั้นเพื่อให้เห็นภาพของระบบบริการทันตกรรมในภาพรวมจึงพยายามมองดูเรื่องอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการให้และการรับบริการทันตกรรมเท่าที่มีข้อมูลและเท่าที่เป็นไปได้ด้วยอันได้แก่เรื่องของทรัพยากรทั้งกำลังคนและการเงินการคลัง คุณภาพและมาตรฐาน รวมถึงทักษะหรือมุมมองต่างๆ ต่อระบบบริการทันตกรรม และทั้งนี้การกล่าวถึงระบบบริการทันตกรรมจะอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่เน้นเรื่องของสิทธิที่เท่าเทียม เสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ

และด้วยระบบทันตกรรมในประเทศไทยมีพัฒนาการมาเป็นระยะ จึงขอนำเสนอเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้ระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยก่อนและหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และท้ายที่สุดข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดระบบบริการทันตกรรมตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอิงกับคำถามต่างๆ ที่น่าจะมีต่อระบบบริการทันตกรรม ได้แก่

- ในระบบบริการทันตกรรมควรมีใครบ้าง จำนวนเท่าใด แต่ละฝ่ายควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไรบทบาทควรเป็นเฉพาะภาครัฐเท่านั้นหรือไม่ หากไม่ใช่ใครจะเข้ามามีบทบาทได้บ้างอย่างไร
- ควรให้บริการทางทันตกรรมอะไรบ้างในการให้หลักประกันทันตสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุหรือชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมน่าจะเป็นเช่นไร เหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ
- การบริหารจัดการเรื่องการเงินการคลังของระบบบริการทันตกรรมน่าจะเป็นอย่างไรควรแยกหรือไม่แยกจากชุดสิทธิประโยชน์อื่นๆ
- การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการควรเป็นเช่นไร ใครจะเป็นผู้ดูแลตรวจสอบอย่างไร

1. ระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1. ทัศนบุคลากรและบทบาทหน้าที่

ในช่วงระยะเวลาก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ระบบบริการทันตกรรมที่มีอยู่นั้นอาจแยกได้เป็น 2 ภาค คือ ภาครัฐและภาคเอกชนที่แยกส่วนกันอย่างสิ้นเชิง โดยภาคเอกชนส่วนใหญ่เน้นหนักเรื่องของการให้การรักษาพยาบาลเป็นหลักตามแบบตลาดเสรีที่ประชาชนสามารถเลือกรับบริการตามที่ตนพอใจและตามเงื่อนไขของแต่ละบุคคล ในขณะที่ภาครัฐนั้นมีทั้งด้านการให้การรักษาพยาบาลและด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงกึ่งสวัสดิการโดยจัดบริการครอบคลุมแทบทุกกลุ่มอายุทั้งในและนอกสถานพยาบาล^(1, 2, 3)

ทั้งนี้ ในส่วนของภาครัฐนั้น เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้บริการ ได้มีการจัดสรรทันตบุคลากรทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และช่างทันตกรรมไปตามพื้นที่ต่างๆ ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ จนถึงระดับตำบล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นฝ่ายบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของทันตแพทย์และส่วนใหญ่ของทันตอนามัยปฏิบัติงานในภาคเอกชน (ตารางที่ 1) ในขณะที่ทันตบุคลากรอื่นๆ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐ (ตารางที่ 2)^(3, 4, 5)

ตารางที่ 1 การกระจายของทันตแพทย์และทันตอนามัยตามประเภทหน่วยงาน พ.ศ. 2543-2545

ประเภท ทันตบุคลากร	พ.ศ.	ทันตบุคลากรในหน่วยงานประเภทต่าง ๆ						
		ภาครัฐ		ภาครัฐวิสาหกิจ		ภาคเอกชน		รวมทั้งหมด
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทันตแพทย์	2543	3,370	49.6	40	0.6	3,385	49.8	6,795
	2544	3,471	48.4	47	0.7	3,657	51.0	7,175
	2545	3,621	48.0	47	0.6	3,883	51.4	7,551
ทันตอนามัย*	2543	15	24.2	2	3.2	45	72.6	62
	2544	9	15.5	1	1.7	48	82.8	58
	2545	10	16.4	1	1.6	50	82.0	61

ที่มา :ฐานข้อมูลบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2543-2445

หมายเหตุ : ร้อยละ หมายถึง คิดร้อยละเทียบจากจำนวนทั้งหมดของทันตบุคลากรแต่ละประเภท

* เลิกการผลิตทันตอนามัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2516

ตารางที่ 2 การกระจายของทันตบุคลากรประเภทต่างๆ ตามประเภทหน่วยงาน พ.ศ. 2543-2545

ประเภท ทันตบุคลากร	พ.ศ.	ทันตบุคลากรในหน่วยงานประเภทต่าง ๆ						
		ภาครัฐ		ภาครัฐวิสาหกิจ		ภาคเอกชน		รวมทั้งหมด
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทันตภิบาล	2543	2,617	99.3	1	0.0	18	0.7	2,636
	2544	2,768	100	0	0	0	0	2,768
	2545	2,930	100	0	0	0	0	2,930
ผู้ช่วยทันตแพทย์	2543	2,033	99.0	12	0.6	8*	0.4	2,053
	2544	2,030	98.0	12	0.6	29*	1.4	2,071
	2545	2,071	97.7	12	0.6	36*	1.7	2,120
ช่างทันตกรรม	2543	85	95.5	0	0.0	4*	4.5	89
	2544	75	93.8	0	0	5*	6.3	80
	2545	78	94.0	0	0	5*	6.0	83

ที่มา :ฐานข้อมูลบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2543-2445

หมายเหตุ : ร้อยละ หมายถึง คิดร้อยละเทียบจากจำนวนทั้งหมดของทันตบุคลากรแต่ละประเภท

* ข้อมูลในภาคเอกชน ไม่สามารถรวบรวมได้จากทุกแหล่ง

สถานการณ์ของทันตบุคลากรประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า ^(3, 4, 5)

- มีทันตแพทย์ในระบบบริการทันตสุขภาพยังให้บริการอยู่ร้อยละ 94.51 เกือบครึ่งกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และหากอยู่ในหน่วยงานภาครัฐ จะอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานบริการ คือในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป อัตราส่วนต่อประชากรทั้งประเทศเท่ากับ 1 : 8,624 (ตารางที่ 3) ส่วนใหญ่มีบทบาทในการให้การรักษเป็นหลัก

ตารางที่ 3 อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2543-2544

พื้นที่	พ.ศ.	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร
กรุงเทพมหานคร	2543	3,331	1 : 1,699
	2544	3,519	1 : 1,605
	2545	4,040	น้อยกว่า 1 : 1,600*
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	2543	1,191	1 : 12,042
	2544	1,262	1 : 11,524
	2545	1,191	1 : 12,154
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2543	854	1 : 25,034
	2544	871	1 : 24,462
	2545	881	1 : 24,296
ภาคเหนือ	2543	838	1 : 14,468
	2544	890	1 : 13,566
	2545	850	1 : 14,237
ภาคใต้	2543	581	1 : 14,032
	2544	614	1 : 13,383
	2545	589	1 : 13,952
ทั้งประเทศ	2543	6,795	1 : 9,074
	2544	7,156	1 : 8,624
	2545	7,551	น้อยกว่า 1 : 8,624*

ที่มา : ฐานข้อมูลบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2543-2545 และข้อมูลประชากรจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2543-2544

* ไม่ทราบประชากรในกรุงเทพมหานคร

- ในส่วนของทันตภิบาล พบว่า ส่วนใหญ่จะสืบทอดหน้าที่ทั้งให้การรักษาและจะรับผิดชอบการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ มีประมาณหนึ่งในสี่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย มีการกระจายในพื้นที่ทั่วประเทศใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราส่วนต่อประชากรที่ประมาณ 1 : 21,331 คน ในทุกภาค ยกเว้นพื้นที่กรุงเทพฯ ซึ่งมีทันตภิบาลปฏิบัติงานน้อยมาก
- ส่วนผู้ช่วยทันตแพทย์นั้น มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากการยุติการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ และหยุดการบรรจุตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ.2543 และการมีโครงการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อศึกษาต่อแล้วเปลี่ยนตำแหน่งเป็นทันตภิบาล ที่เริ่มในปี 2545 ทำให้สัดส่วนสำหรับผู้ให้บริการทันตกรรม (ทันตแพทย์, ทันตอนามัย และทันตภิบาล) ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งขั้นต่ำที่สุดควรเป็น 1 : 1 แต่ในปี 2544 อัตราส่วนทันตแพทย์ : ผู้ช่วย ใน รพศ./รพท. เท่ากับ 1 : 0.92 ขณะที่ใน รพช. อัตราส่วนทันตแพทย์ และทันตภิบาล : ผู้ช่วย เท่ากับ 1 : 0.28 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและอัตราส่วนของทันตบุคลากร จำแนกตามหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543-2545

พ.ศ.	รพศ./รพท.					รพช.			
	ทพ.	ทันต อนามัย	ทภ.	ผู้ช่วยฯ	อัตราส่วน : ทพ.,ทันตอนามัย, ทภ. : ผู้ช่วยฯ	ทพ.	ทภ.	ผู้ช่วยฯ	อัตราส่วน ทพ., ทภ. : ผู้ช่วยฯ
2543	601	1	3	584	1 : 0.97	1,048	1,584	822	1 : 0.31
2544	628	1	2	578	1 : 0.92	1,168	1,627	830	1 : .0.30
2545	652	1	11	598	1 : 0.90	1,342	1,659	832	1 : 0.28

ที่มา : ฐานข้อมูลบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2543-2545

นอกจากนั้น ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ยังมีบุคคลอื่นๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วย ทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสามารถให้ความรู้และบริการทันตกรรมเบื้องต้นได้ บุคลากรด้านการศึกษา ได้แก่ ครู มีบทบาทในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา รวมถึงผู้ดูแลเด็กและประชาชนที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่สามารถดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กและชุมชนของตน

2. การบริการในระบบทันตกรรม

ในระบบบริการทันตกรรมที่ผ่านมาเน้นเรื่องของการให้บริการด้านการรักษาเป็นหลัก แต่ต่อมาได้เพิ่มเติมด้านการส่งเสริมป้องกันโดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มต่างๆ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การจัดบริการทันตสุขภาพก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แยกตามกลุ่มต่าง ๆ)

กลุ่ม	ด้านการส่งเสริมป้องกัน	ด้านการรักษาพยาบาล
กลุ่มหญิงมีครรภ์	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก - ได้รับทันตสุขภาพ	ได้รับการรักษาตามความจำเป็นโดยเฉพาะการอุดหินน้ำลายและขัดฟัน
กลุ่มเด็ก 0-5 ปี ในสถานพยาบาล เมื่อเด็กมาฉีดวัคซีน	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและแจกแปรงสีฟัน - กลุ่มผู้ปกครองได้รับทันตสุขภาพศึกษา - ได้รับฟลูออไรด์ตามความจำเป็น	ได้รับการรักษาตามความจำเป็น
กลุ่มเด็ก 0-5 ปี ในศูนย์พัฒนาการเด็ก/โรงเรียนอนุบาล	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก - กลุ่มผู้ดูแลเด็กได้รับทันตสุขภาพศึกษา - มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - ได้รับฟลูออไรด์ตามความจำเป็น	ได้รับการรักษาตามความจำเป็น
กลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากตามระบบเฝ้าระวังฯ - ได้รับทันตสุขภาพศึกษา - มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง - ได้รับฟลูออไรด์ตามความจำเป็น	ได้รับการรักษาตามความจำเป็น
กลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก - ได้รับทันตสุขภาพศึกษา	ได้รับการรักษาตามความจำเป็น
กลุ่มประชาชนทั่วไป	- ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก - ได้รับทันตสุขภาพศึกษา	ได้รับการรักษาตามความจำเป็น

ซึ่งการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐในระดับอำเภอในปี พ.ศ. 2540-2541 พบว่า ⁽⁶⁾

- สามารถให้บริการครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 8.9 ของประชากรระดับอำเภอ ปริมาณของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันตั้งแต่ประมาณ 1,000 คน จนถึง 13,000 คนต่อปี
- เป็นบริการในเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 6.2 กลุ่มอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 40.9 และกลุ่มอายุมากกว่า 14 ปี ร้อยละ 52.9 เพศหญิงมารับบริการมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอนั้น
- บริการที่ให้มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ถอนฟัน อุดฟัน และอุดหินน้ำลาย แต่ร้อยละ 45.3 และ 62.3 ไม่มีบริการทำฟันปลอมบางส่วนและฟันปลอมทั้งปากตามลำดับ
- ผู้มารับบริการต้องจ่ายค่าบริการเองมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิอื่นๆ

- ด้านงานทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 90.1 มีกิจกรรมในกลุ่มหญิงมีครรภ์ ร้อยละ 85.7 มีกิจกรรมในกลุ่มเด็กเล็กที่มารับวัคซีน ร้อยละ 9 มีกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล และมีกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ประมาณ 31 แห่ง/รพ.

ในปี พ.ศ. 2542 ประชาชนในอำเภอเคยใช้บริการทันตสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมาจากบริการของรัฐทุกระดับ 17.42 และใช้บริการภาคเอกชนร้อยละ 7.28 ⁽⁷⁾ สำหรับผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ส่วนใหญ่ใช้บริการของภาคเอกชน ⁽⁸⁾

และจากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ปี 2543-2544 พบว่า ⁽⁹⁾

- ประชาชนแต่ละกลุ่มใช้บริการไม่แตกต่างกันมากนัก คือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี ใช้บริการ ร้อยละ 28.3 กลุ่มอายุ 35-44 ปี ใช้บริการร้อยละ 29.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้บริการร้อยละ 23.3
- ส่วนใหญ่ใช้บริการภาครัฐมากกว่าภาคเอกชน
- บริการทางทันตกรรมที่ประชาชนได้รับมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน ความต้องการบริการที่อยากให้มี ได้แก่ การถอนฟัน การขูดหินปูนน้ำลาย และการใส่ฟัน โดยหากต้องการใส่ฟันจะไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน และมีจำนวนมากที่ใช้บริการจากช่างทำฟันที่มาให้บริการตามบ้าน ซึ่งเป็นที่นิยมเนื่องจากราคาไม่แพงและใช้งานได้ดี
- การใช้สิทธิในการไปรักษาพยาบาลนั้นมีผู้ไม่มีสิทธิ์/บัตรในการรักษาพยาบาลใดๆ ในกลุ่มอายุ 15 ปี ร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 27.0 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.0
- เหตุผลสำคัญที่ไม่ไปรับบริการก็คือ ประเมินแล้วว่าไม่ได้เป็นอะไร หรืออาจจะปวดเล็กน้อย จึงรอให้มีอาการมากขึ้น รวมทั้งไม่มีเวลา และไม่มีใครพาไป
- ในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการในช่องปากนั้นทุกกลุ่มจะมีพฤติกรรมที่เหมือนกันคือเลือกที่จะปล่อยให้หายเองก่อน ถ้าไม่หายก็จะซื้อยากิน แล้วจึงไปหาหมอฟันตามลำดับ

ทั้งนี้ในการให้บริการนั้นยังมีการให้สิทธิประโยชน์ทางทันตสุขภาพที่แตกต่างกันในการให้บริการต่อผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ ด้วย ดังตารางที่ 6 ⁽¹⁰⁾

ตารางที่ 6 สิทธิประโยชน์ทางทันตสุขภาพที่ได้รับของบัตรประเภทต่างๆ ตามระบบประกันสุขภาพ

← ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า →					
ประเภทของงาน	สปร. *	บัตรสุขภาพ *	หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
			ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ถอนฟันกรณีปกติ	/	/	/	/	/
ศัลยกรรมช่องปาก, ฟันคุด	-	/	/	/	/
อุดฟันทุกชนิด	/	/	/	/	/
ขูดหินน้ำลาย,เกลารากฟัน	-	/	/	/	/
รักษาโรคเหงือก, ศัลยกรรมปริทันต์	-	/	/	-	-
รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	-	/	/	-	/
รักษาโพรงประสาทฟันแท้	-	/	/	-	-
เคลือบฟลูออไรด์	-	/	-	-	/
เคลือบหลุมร่องฟัน	/	-	-	-	/
ทำฟันปลอมฐานพลาสติก	/	/	-	-	/
ทำฟันปลอมที่ใช้โครงโลหะ	-	-	-	-	-
เดือยฟันและครอบฟัน	-	-	-	-	-
ตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม	-	-	-	-	-
สถานบริการที่ครอบคลุม	รพ.รัฐ	รพ.กระทรวงสาธารณสุข	รพ.รัฐ	รัฐ-เอกชน	ระบบบริการปฐมภูมิ
เงื่อนไขการจ่าย	ฟรี	บัตร 500 บาท	จ่ายตาม FFS แล้วมาเบิกคืนภายหลัง	เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท	30 บาท/ครั้ง
เงื่อนไขอื่นๆ	-	-	-	ปีละ 2 ครั้ง ไม่เกิน 400 บาท	-

แหล่งข้อมูล : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประกันสังคม

/ หมายถึง ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และ FFS (Fee for service) หมายถึง จ่ายตามบริการที่เกิดขึ้น ตามอัตราเรียกเก็บของผู้ให้บริการ

* คือผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม การให้บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชาชน อันได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของตนเองและครอบครัว การใช้บริการ แหล่งบริการที่เลือกใช้ เหตุผลในการเลือกใช้สถานบริการนั้นๆ และเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการของประชาชนด้วย ซึ่งพอสรุปได้ว่า

(9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

- ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัญหาและสิ่งผิดปกติในช่องปาก แต่เห็นความสำคัญไม่มาก เมื่อมีอาการก็มักปล่อยให้หายเองหรือแก้ไขด้วยตนเอง จะเริ่มแสวงหาการรักษาเมื่อมีอาการมากจนทนไม่ไหวหรืออาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตปกติ

- ส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการจากภาครัฐ ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะไปรับบริการมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ประชาชนในภาคกลางจะมีสัดส่วนการใช้บริการของภาคเอกชนสูงกว่าประชาชนในภาคอื่น
- บริการทางทันตกรรมที่ประชาชนได้รับมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน ส่วนความต้องการบริการที่อยากให้มี ได้แก่ การถอนฟัน การขูดหินน้ำลาย และการใส่ฟัน โดยหากต้องการใส่ฟันจะไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน และมีจำนวนมากที่สุดที่ให้บริการจากช่างทำฟันที่มาให้บริการตามบ้าน
- มีผู้ไม่มีสิทธิ/บัตรในการรักษาพยาบาลใดๆ ในกลุ่มอายุ 15 ปี ร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 27.0 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 8.0
- เหตุผลหลักในการเลือกรับบริการที่สถานบริการใดนั้น ได้แก่ ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก รวดเร็ว ค่าบริการที่ไม่แพง การบริการดี สิทธิประโยชน์/สวัสดิการ ทัศนคติ และประสบการณ์ที่มีต่อสถานบริการนั้น
- เหตุผลสำคัญที่ไม่ไปรับบริการก็คือ ประเมินแล้วว่าไม่ได้เป็นอะไร หรืออาจจะปวดเล็กน้อย จึงรอให้มีอาการมากขึ้น รวมทั้งไม่มีเวลา และไม่มีใครพาไป

3. การบริหารจัดการเรื่องการเงินการคลังของระบบบริการทันตกรรม ⁽¹⁸⁾

ในส่วนของประชาชน ในช่วงปี พ.ศ. 2531-2539 ครีวเรือนใช้จ่ายเพื่อสุขภาพช่องปากเฉลี่ยต่อเดือนเพิ่มขึ้น แต่ลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2541 แต่เมื่อเทียบกับรายจ่ายค่าสินค้าและบริการทั้งหมดแล้ว ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพช่องปากค่อนข้างคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2541 ครีวเรือนจ่ายค่าแปรงและยาสีฟันประมาณ 87.5 บาท/คน/ปี ซึ่งมากกว่าค่าบริการทันตกรรมซึ่งประมาณ 25.3 บาท/คน/ปี ประชาชนในกรุงเทพมหานครจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุดคือเท่ากับ 257 บาท/คน/ปี และประชาชนในเขตเทศบาลจ่ายมากกว่าเขตสุขาภิบาล และนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล ซึ่งเท่ากับ 132.7, 104.2 และ 81.0 บาท/คน/ปี ตามลำดับ

ในส่วนของภาครัฐ ก่อนปี พ.ศ. 2535 รัฐลงทุนในด้านรักษาทางทันตกรรมเป็นมูลค่ามากกว่าด้านส่งเสริมป้องกัน ต่อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535งบประมาณด้านส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงกับด้านรักษา และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะไม่มากนัก และพบว่าไม่มีความเท่าเทียมของการลงทุน กล่าวคือรัฐลงทุนในเขตเมืองมากกว่าเขตสุขาภิบาลและชนบทมาโดยตลอดกับเขตชนบท โดยหากคิดในระดับประเทศ รายจ่ายรายปีต่อประชากรด้านสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2531 เท่ากับ 88.9 บาทต่อคนต่อปี เป็น 141.2 บาทต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2539 แต่ทั้งนี้เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติจะมีสัดส่วนคงที่คือเท่ากับ 0.2 เท่านั้น โดยในขณะที่ประชาชนลดการใช้จ่ายลงอย่างช้าๆ รัฐเข้ามาจ่ายเพิ่มขึ้นในรูปของงบประมาณและโครงการสวัสดิการต่างๆทดแทนรายจ่ายของครัวเรือนที่ลดลงนั้น โดยในปี พ.ศ. 2541 มีการจัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การจัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ ปี พ.ศ. 2541

ประชากร	ความ ครอบคลุม (%)*	การจัด บริการ	การเงินการคลัง	ชนิดบริการ	ค่าตอบแทน ทพ.		บริการ นอกจากนี้
					รัฐ	เอกชน	
เด็ก	47.4	รัฐ	รัฐ (Public Assistant Fund: (Capitation + work load)**	คัดกรอง ป้องกัน รักษา	เงิน เดือน	-	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS
ผู้ด้อยโอกาส		รัฐ		รักษาโรคฟัน			
ผู้ถือบัตรสุขภาพ	24.2	รัฐ	กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (Capitation+ work load)**	และเหงือกและใส่ฟันปลอมฐานอะคริลิก			
แรงงาน	6.0	เอกชน/รัฐ	กองทุนประกันสังคม (จ่ายคืนผู้ประกันตนไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกินปีละ 400 บาท)	รักษา (อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย)	เงินเดือน	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7.0	รัฐ	รัฐ (จ่ายคืนผู้จัดบริการแบบ FFS***)	รักษาโรคฟันและเหงือก	เงินเดือน	-	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS
กลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ	16.4	เอกชน/รัฐ	เอกชน (จ่ายผู้จัดบริการโดยตรง : out of pocket แบบ FFS)	ขึ้นกับความ ต้องการของ ผู้รับบริการ	เงินเดือน	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS	

ที่มา : เพ็ญแข ลาภยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. ว. ทันต.สธ. 4(2); 2542: 7-33.

หมายเหตุ * เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการงบประมาณ จากสำนักงานประกันสุขภาพ โดยไม่รวมประชากรในกรุงเทพมหานคร

** รวมอยู่ในบริการการแพทย์และสาธารณสุข

*** FFS = Fee for service หมายถึง จ่ายตามบริการที่เกิดขึ้น

4. คุณภาพ มาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการทันตกรรม

เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการด้านทันตกรรมของประเทศไทย⁽¹⁹⁾ มีการระบุไว้เป็นทางการเพียง 2 แห่ง ได้แก่

- ในเอกสารบันทึกการตรวจสอบสถานพยาบาลประเภทไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สาขาทันตกรรม) ของสำนักมาตรฐานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

- และในแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ของฝ่ายโรงพยาบาลเอกชน กองการประกอบโรคศิลปะ

ซึ่งพบว่า มาตรฐานที่กำหนดจะเป็นการกำหนดกรอบกว้างๆ โดยลงรายละเอียดเฉพาะส่วน การตรวจและรับใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลเท่านั้น โดยเกณฑ์ดังกล่าวเหล่านี้จะใช้เฉพาะกับ สถานพยาบาลของเอกชนเท่านั้น ไม่ได้ถูกนำมาใช้ประเมินสถานพยาบาลของรัฐ

และแม้จะมีการใช้หลักการเรื่องสิทธิผู้ป่วย^(20, 21) โดยมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ที่ได้ประกาศ เป็นทางการเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมการคุ้มครองประชาชนได้ แต่ที่ผ่านมาการปฏิบัติทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนยังมีปัญหาความไม่เข้าใจอยู่มาก

โดยในส่วนของ การดูแลในวิชาชีพเองนั้น^(20, 21) ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 มีการกำกับของ สภาวิชาชีพโดยดำเนินการเมื่อมีการร้องเรียนผ่านองค์กรทันตแพทยสภาซึ่งมีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค โดยการดูแลสมาชิกทันตแพทย์ให้ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบของจรรยาบรรณวิชาชีพ ในช่วงแรกของการ ดำเนินงานขององค์กร ส่วนใหญ่ดำเนินการเชิงรับ ได้แก่ การควบคุมมาตรฐานของทันตแพทย์ที่จบ การศึกษาจากต่างประเทศ และการสอบสวนและลงโทษเมื่อมีการประพฤติผิดทางจรรยาบรรณเท่านั้น แต่ยังไม่มีการเชิงป้องกันที่ชัดเจนมากนัก

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยก่อนมีนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

- แม้ภาครัฐจะเป็นผู้ที่สืบทอดหลักในระบบบริการทันตกรรม แต่จำนวนทันตบุคลากร โดยเฉพาะทันตแพทย์และทันตอนามัยกลับอยู่ในภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ทันตบุคลากร อื่นๆ เกือบทั้งหมดอยู่ในภาครัฐ ซึ่งในการให้บริการของภาครัฐนั้นมีทั้งด้านการรักษาและ การส่งเสริมป้องกันโดยมีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการในขณะที่ด้านการส่งเสริมป้องกันส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ส่วนภาคเอกชน แม้โครงการ ประกันสังคมจะดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมแต่ก็ยังถือว่ายังมีบทบาทไม่มากนัก และยังเน้นที่ บริการด้านการรักษาเป็นหลักอยู่
- ในการให้บริการทางทันตกรรมนั้น การกำหนดเป้าหมายในการจัดบริการให้ประชาชนมีการ แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ที่มีเป้าหมายที่แตกต่างกัน สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ถือบัตรประเภทต่างๆ มีความแตกต่างกันในแต่ละประเภท ทั้งนี้ ความครอบคลุมในการได้รับบริการมีความแตกต่างกันตามกลุ่มอายุและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชาชนในแต่ละพื้นที่ด้วย
- การจ่ายเงินเพื่อระบบบริการทันตกรรมมีความไม่เท่าเทียมกันอยู่ รัฐลงทุนในเขตเมืองมากกว่าเขตอื่นๆ ซึ่งประชาชนในเขตเมืองเองก็มีรายจ่ายด้านสุขภาพช่องปากมากกว่าเขตอื่น ๆ เช่นเดียวกัน การเงินการคลังของระบบบริการทันตกรรมนั้น ทั้งนี้ เพื่อทดแทนรายจ่ายของ ประชาชนซึ่งลดลงเรื่อยๆ รัฐมีรายจ่ายด้านนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในรูปแบบของโครงการต่างๆ เชิงสวัสดิการเพื่อประชาชน อย่างไรก็ตาม ระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนยังไม่ เป็นรูปแบบที่เป็นระบบเท่าที่ควร
- การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการมีเพียงการควบคุมภาคเอกชนเท่านั้น ยังไม่มีการดำเนินงานในส่วน of ภาครัฐ ทั้งนี้ แม้จะมีเรื่องของสิทธิผู้ป่วยแต่ก็ยังไม่สามารถสร้าง

ความเข้าใจในกลุ่มผู้ปฏิบัติได้ รวมถึงการมีทันตแพทย์สภาซึ่งน่าจะเป็นองค์กรที่ดำเนินการเชิงควบคุมคุ้มครองผู้ให้บริการแต่ก็ยังเป็นการดำเนินการเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุกเท่านั้น

2. ระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ที่เริ่มใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนชาวไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้ได้รับการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการทั้งระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีและใช้ระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งใช้ระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายแบบปลายปิด และจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน⁽²²⁾ ซึ่งระบบบริการทันตสุขภาพก็อยู่ภายใต้กรอบนโยบายนี้ ผลของการดำเนินนโยบายดังกล่าวในช่วงประมาณปีกว่าๆ ที่ผ่านมานี้ มีปรากฏการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นพอสรุปได้ดังนี้

1. ทันตบุคลากรและบทบาทหน้าที่

ส่วนใหญ่ทันตแพทย์ยังคงอยู่ในภาคเอกชน (ตารางที่ 1) จำนวนและการกระจายของทันตแพทย์ยังคงมีความแตกต่างกันสูงในแต่ละพื้นที่ (ตารางที่ 3) โดยในปี พ.ศ. 2545 ทั้งประเทศมีอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากรน้อยกว่า 1 : 8,624 โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากรดีที่สุด ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีทันตแพทย์ 1 คน ต่อประชากรน้อยที่สุด หากอยู่ในภาครัฐส่วนใหญ่จะอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ (ตารางที่ 8) ความแตกต่างของการกระจายทันตแพทย์ดังกล่าวย่อมส่งผลให้การเข้าถึงบริการมีคุณภาพที่แตกต่างกันด้วย ส่วนจำนวนของทั้งทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และช่างทันตกรรม มีการเพิ่มขึ้นไม่มากนักและส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐ โดยทันตภิบาลปฏิบัติงานในสถานอนามัยเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 8) แต่มีสัดส่วนของผู้ให้บริการทันตกรรมต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ลดลง (ตารางที่ 4)^(3, 4, 5)

ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ยังมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก กล่าวคือ ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลก็ยังคงต้องให้บริการด้านการรักษาเป็นหลัก และทันตภิบาลยังคงรับผิดชอบการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม เพื่อขยายการทำงานด้านทันตสุขภาพออกไปโดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2545 สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ อันได้แก่ ทันตแพทย์สภา สภาการพยาบาล แพทยสภา และสภาเภสัชกรรมจึงให้ความเห็นชอบข้อกำหนดในการรักษารอยโรคในช่องปากเบื้องต้น นั่นหมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์สามารถให้การดูแลรักษารอยโรคในช่องปากเบื้องต้นตามที่กำหนดไว้ได้⁽²³⁾

ตารางที่ 8 การกระจายของทันตบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543-2545

ประเภท ทันตบุคลากร	พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข							
		หน่วยงานส่วนกลาง		หน่วยงานในส่วนภูมิภาค					
		ด้าน บริหาร	ด้านบริการ และวิชาการ	สสจ.	รพศ./ รพท.	รพช.	สอ.	อื่น ๆ	รวม
ทันตแพทย์	2543	42	111	186	601	1,048	0	117	2,095
	2544	10	134	188	628	1,168	1	120	2,249
	2545	10	138	172	652	1,342	1	128	2,443
ทันตอนามัย*	2543	1	1	0	1	0	0	0	3
	2544	0	3	0	1	0	0	0	4
	2545	0	2	0	1	0	3	0	6
ทันตภิบาล	2543	3	1	313	3	1,584	587	58	2,549
	2544	2	2	305	2	1,627	700	59	2,697
	2545	1	19**	264	11	1,659	837	60	2,861
ผู้ช่วยฯ	2543	11	67	72	584	822	4	30	1,590
	2544	0	82	72	578	830	11	36	1,609
	2545	0	80	65	598	832	12	36	1,623
ช่างทันตกรรม	2543	0	4	0	31	1	0	0	36
	2544	0	4	1	32	1	0	0	38
	2545	0	4	1	33	2	0	0	40

ที่มา : ฐานข้อมูลบุคลากร ด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2543-2545

หมายเหตุ * เลิกการผลิตทันตอนามัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2516

** นับรวมนักวิชาการสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข (มาจากทันตภิบาล) =16 คน

2. การบริการในระบบทันตกรรม

ในช่วงต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบเทียบระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2543 และ 2544 พบว่า⁽²⁴⁾

- ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 26.6 แต่ครอบคลุมประชากรที่รับผิดชอบได้เพียงร้อยละ 6.4
- กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราใช้บริการเพิ่มขึ้นสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 30.2 กลุ่มที่ได้รับบริการลดลง คือกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ 5-9 ปี คือร้อยละ 6.0 เท่ากัน เพศหญิงใช้บริการมากกว่าเพศชายเกือบ 2 เท่า
- กลุ่มที่เคยใช้บัตรสุขภาพมาเป็นบัตรทองได้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 22.2 ส่วนกลุ่มสปร.มาเป็นบัตรทอง(ท) ได้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ในโรงพยาบาลชุมชนได้รับบริการลดลง

- บริการที่ให้ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย ยกเว้นในกลุ่มเด็ก 0-12 ปีที่ได้รับบริการ 3 ลำดับแรก คือ อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนทำงานทันตกรรมป้องกันได้มากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

โดยการให้บริการทันตสุขภาพของภาครัฐเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า ⁽²⁵⁾

- ในปี 2545 สถานบริการภาครัฐให้บริการรักษาโรคในช่องปากแก่กลุ่มบัตรทองทุกประเภท ร้อยละ 64.24 ของผู้ให้บริการนี้ทั้งหมด
- โดยเป็นบริการแก่กลุ่มวัยทำงานมากที่สุด ขณะที่กลุ่มเด็กได้รับบริการน้อยที่สุด
- บริการสุขภาพช่องปากโดยภาพรวม อัตราการใช้บริการของกลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิสูงที่สุด คือ 21.36 ต่อประชากร 100 คน รองลงมาคือ เด็ก/นักเรียน และผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับปี 2544 กลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิ ใช้บริการเพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วน อัตรา และความถี่ต่อประชากร เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ กลุ่มเด็ก/นักเรียน มีสัดส่วนร้อยละเมื่อเทียบกับกลุ่มสิทธิอื่นๆ สูงขึ้น แต่อัตราลดลง สำหรับบัตรทองอื่น ลดลงทั้งสัดส่วน อัตราและความถี่
- ส่วนบริการใส่ฟันปลอมบางส่วน เมื่อเทียบกับความจำเป็นของทุกกลุ่มสิทธิเพิ่มขึ้นจากปี 2544 ในภาพรวมเพิ่มขึ้น 3 เท่า ฟันปลอมทั้งปากเพิ่มขึ้นจากอัตรา 8.6 ในปี 2544 เป็น 15.37 ต่อประชากร 1,000 คน โดยกลุ่มที่มีอัตราการได้รับบริการสูงสุด คือกลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิ รองลงมาคือกลุ่มสิทธิบัตรทองอื่น และกลุ่มผู้สูงอายุ ฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้โครงโลหะก็เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มด้วย

และในส่วนของงานทันตกรรมป้องกันของปี 2543 และ 2544 นั้น พบว่า ^(24, 25)

- การป้องกันโรคในช่องปาก เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2544 ในภาพรวมของผู้มีบัตรทองทุกประเภทได้รับบริการในสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 76.21 เป็น 72.86 แต่ด้วยอัตราที่เพิ่มขึ้นจาก 0.56 เป็น 0.81 คนต่อประชากร 100 คน และความถี่บริการเพิ่มขึ้นจาก 0.77 เป็น 0.96 ครั้งบริการต่อประชากร 100 คน
- ในขณะที่บริการในกลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิมีสัดส่วนลดลงแต่เพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความถี่กลุ่มเด็กลดลงทั้งสัดส่วน อัตรา และความถี่ต่อประชากร 100 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุได้รับบริการในสัดส่วนและอัตราเพิ่มขึ้น ส่วนความถี่ลดลงเล็กน้อย สำหรับบัตรทองอื่น แม้ว่าสัดส่วนจะลดลง แต่อัตราและความถี่เพิ่มขึ้น
- งานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยไม่มีปัญหาการทำงานส่งเสริมป้องกันที่เป็นกิจกรรมเดิม โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็ก และยังคงมีความพยายามจะพัฒนาให้กว้างขึ้นเพื่อให้เชื่อมโยงกับระบบการเยี่ยมบ้าน และทำงานผสมผสานกับฝ่ายต่างๆ มากขึ้น แต่ยังไม่รู้รูปแบบที่ชัดเจนและยังไม่สามารถแสดงถึงคุณภาพการบริการได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยเงื่อนไขงานส่งเสริมป้องกันในชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีการทำงานส่งเสริมป้องกันมากขึ้นกว่าเดิมด้วย

- ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีความเห็นว่าตนเองขาดทักษะการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดทักษะการวางแผน และรู้สึกว่าตนเองเป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง ไม่อยากไปทำงานในชุมชนหรือในหน่วยบริการปฐมภูมิเพราะเห็นว่ามันไม่คุ้ม น่าจะให้ทันตภิบาลมารับบทบาทนี้มากกว่าแต่ทันตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบายการสร้างนำซ่อม แม้จะมองว่าในระยะแรกคงไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากความต้องการการรักษาของประชาชนยังมากและประชาชนยังคงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมป้องกันน้อย

นอกจากนั้นจากการที่โครงการนี้เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการนั้น โดยภาคเอกชนที่เข้าร่วมคือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในช่วงเดือนมิถุนายน 2544 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2545 พบว่า ⁽²⁶⁾

- มีผู้ป่วยบัตรทองร้อยละ 43.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยในช่วง 4 เดือนแรกของการเข้าโครงการ มีผู้ป่วยทันตกรรมเฉลี่ย 21 คนต่อวัน และในช่วง 5 เดือนหลัง มีผู้ป่วยเฉลี่ย 32 คนต่อวัน
- บริการส่วนใหญ่ที่ให้แกผู้ป่วยคือการถอนฟัน อุดฟัน และชุดหินน้ำลาย
- ในการให้บริการนั้นให้บริการโดยทันตแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลัก มากกว่าการ Sub contract ให้คลินิกเอกชนมารับเฉพาะบริการทันตกรรม
- ช่วงเวลาในการให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่จัดเวลาไว้เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ยกเว้นบางแห่งไม่ให้บริการผู้ป่วยบัตรทองนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยทันตกรรมสามารถเข้ามารับบริการได้เลยโดยไม่ต้องผ่านระบบการคัดกรองก่อน แต่ในกรณีที่มีการ Sub contract ให้คลินิกเอกชนเป็นผู้ให้บริการ โรงพยาบาลได้มอบหมายให้พยาบาลเป็นผู้คัดกรองคนไข้ก่อนส่งต่อไปรับบริการที่คลินิก และให้บริการตามลำดับที่เข้ามารักษาโดยไม่แยกว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใด
- บริการด้านการป้องกันมีน้อยมากและเป็นเพียงการให้บริการทันตกรรมป้องกันเป็นรายบุคคล ซึ่งพบว่ามีการทำเคลือบหลุมร่องฟันเพียงร้อยละ 2.7 ของการให้บริการทั้งหมดเท่านั้น หากต้องปฏิบัติงานเชิงรุกในโรงเรียน ส่วนใหญ่จะให้ทีมงานเชิงรุก (โดยพยาบาล) ตรวจสุขภาพช่องปาก หากมีปัญหาจึงส่งต่อเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล

โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอยู่หลายประเด็น ดังนี้ ⁽²⁶⁾

- การทำงานส่งเสริมป้องกันเป็นเรื่องเป็นไปได้ยาก เพราะโครงสร้างและจุดขายในเชิงธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่ความเป็นเลิศในการรักษา และการที่ทันตแพทย์เฉพาะทางมาทำงานทันตกรรมทั่วไป (GP) เป็นภาวะที่ไม่คุ้มทุน
- ในอนาคตอาจต้องมีการทบทวนประเด็นการจ่ายค่าบริการทันตกรรมแบบ co-payment โดยต้องมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการเป็นหลายๆ กลุ่มแล้วจ่ายตามความเสี่ยง คล้ายๆ ระบบประกันชีวิต และอาจจะต้องแยกชุดสิทธิประโยชน์เรื่องงานทันตกรรมออกจากชุดสุขภาพทั่วไป
- มีความเป็นไปได้น้อยที่เอกชนจะจัดบริการทันตกรรมลงไปในหน่วยบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาล ด้วยต้นทุนที่สูง เทียบกับสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ และทักษะในการจัดการ และเอกชนยังมองว่าลักษณะการทำงานเชิงรุก งานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่

ดำเนินการอยู่ เป็นการสร้างความต้องการเรื่องการรักษาให้กับประชาชนมากขึ้น การส่งเจ้าหน้าที่ลงไปตรวจสุขภาพช่องปาก แล้วส่งต่อเข้าโรงพยาบาล จะยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลไม่มีทางลดลงได้เลย

ทั้งนี้ยังพบว่า ในระดับคลินิกทันตกรรมเอกชน⁽²⁷⁾ ทันตแพทย์ภาคเอกชนส่วนน้อยสนใจเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากโครงการนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยประจำที่มีอยู่แล้ว หลายท่านแสดงความลำบากใจในการที่จะต้องรับผู้ป่วยสองกลุ่ม (ผู้ป่วยบัตรทอง, ผู้ป่วยปกติ) เข้ามาให้บริการในคลินิกของตน ไม่ทราบจะกล่าวกับผู้ป่วยที่ต้องชำระค่าบริการตามปกติอย่างไร ทั้งยังรู้สึกว่าการเข้าร่วมโครงการอาจทำให้ภาพลักษณ์ของคลินิกของตนตกต่ำลงกว่าเดิม รวมถึงเกรงเรื่องการทำงานเอกสารที่ยุ่งยาก เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน และค่าตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า

แม้จะมีการกำหนดการให้บริการทันตสุขภาพเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเริ่มต้นจากสิทธิประโยชน์ของโครงการบัตรประกันสุขภาพและปรับเปลี่ยนในเวลาต่อมา แต่ชุดสิทธิประโยชน์ยังคงมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มของผู้ถือบัตรประเภทต่างๆ ซึ่งถ้าหากเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนก่อนและหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเปรียบเทียบได้ดังตารางที่ 6

ในส่วนของพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชาชนยังคงไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ^(26, 28)

- กว่าร้อยละ 80 ยังคงเห็นว่า เมื่ออายุมากขึ้นการสูญเสียฟันเป็นเรื่องปกติ สองในสามของประชาชน เห็นว่า แม้ว่ามีฟันเสีย ฟันผุก็ยังมีสุขภาพดีได้ และร้อยละ 50 เห็นว่าไม่มีความจำเป็นในการรักษา
- ร้อยละ 17 เคยใช้บัตรทองในการรับบริการทันตกรรม (ช่วงเดือนตุลาคม 2545 ถึงเดือนมกราคม 2546) กลุ่มผู้สูงอายุไปใช้บริการทันตกรรมโดยใช้บัตรทองน้อยที่สุด รองลงมาคือกลุ่มเด็ก 3-5 ปี
- เหตุผลที่ไม่ใช้บริการเพราะว่าไม่มีอาการหรืออาการไม่มาก
- ปัจจัยสำคัญในการเลือกสถานพยาบาล ได้แก่ การเดินทางที่มาสถานพยาบาลได้สะดวก เครื่องมือสะอาดปลอดภัย และการบริการที่รวดเร็ว

และความเข้าใจของประชาชนต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า^(26, 28, 29)

- มีเพียงร้อยละ 3 ที่รับรู้เกี่ยวกับโครงการในระดับมาก
- สิ่งที่ยากรู้เพิ่มเติมมากที่สุดคือเรื่องสิทธิประโยชน์ ผู้รับบริการทราบว่าสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในเรื่องการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย เรื่องอื่นๆ ไม่ทราบ
- ส่วนใหญ่พอใจกับบริการที่ได้รับ และประชาชนคิดว่าโครงการนี้สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองในระดับที่น่าพอใจ และร้อยละ 33 เห็นว่า การมีโครงการนี้ช่วยให้ไม่ต้องดูแลเหงือกและฟันของตนเอง เพราะมีโครงการซึ่งช่วยรองรับการรักษาอยู่แล้ว แม้จะยังไม่ค่อยแน่ใจในคุณภาพมากนัก

- ผู้ที่เคยรับบริการด้านทันตกรรมและใช้สิทธิบัตรทองมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ความรวดเร็ว และการชี้แจงให้ข้อมูลของผู้ให้บริการ มากกว่าร้อยละ 63 และบางส่วนเห็นว่าควานานเกินไป ร้อยละ 43 คิดว่า คิวในการให้บริการยาวขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีโครงการ
- อย่างไรก็ตามประชาชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาโดยการณรงค์ให้ชุมชนมีความรู้ที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้นรวมทั้งไม่มีความเห็นหรือความต้องการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมโดยใช้บัตรทอง ได้แก่ การเคยมีประสบการณ์ไปใช้บริการมาก่อน การประเมินตนเองว่ามีสภาวะช่องปากดีหรือปานกลาง การประเมินตนเองว่ามีความจำเป็นต้องได้รับบริการ และการเข้าใจโครงการมากหรือปานกลาง

3. การบริหารจัดการเรื่องการเงินการคลังของระบบบริการทันตกรรม ⁽³⁰⁾

ในส่วนของประชาชน เนื่องจากยังไม่มี การคิดค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพช่องปากของครัวเรือนในช่วงปี พ.ศ. 2544-2546 ได้ จึงขอเสนอเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2542-2543 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2541 ครัวเรือนใช้จ่ายเพื่อสุขภาพช่องปากเฉลี่ยต่อเดือนลดลงเล็กน้อยตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับรายจ่ายค่าสินค้าและบริการทั้งหมดแล้ว ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพช่องปากค่อนข้างคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2542 ครัวเรือนจ่ายค่าแปรงและยาสีฟัน 89.9 บาท/คน/ปี และค่าบริการทันตกรรม 21.4 บาท/คน/ปี ส่วนในปี พ.ศ. 2543 ครัวเรือนจ่ายค่าแปรงและยาสีฟัน 88.6 บาท/คน/ปี และค่าบริการทันตกรรม 18.5 บาท/คน/ปี โดยในปี พ.ศ. 2546 มีการจัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป ดังตารางที่ 9

นอกจากนั้น ได้มีการวิเคราะห์ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการทันตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้ข้อมูลต้นทุนและการใช้บริการทันตสุขภาพในปีงบประมาณ 2543 ของสถานบริการภาครัฐ 6 จังหวัด ระหว่างเดือน มิถุนายน - พฤศจิกายน 2544 ภายใต้บริบทของการใช้บริการทันตสุขภาพ ณ อัตราการใช้บริการ 10.24 ต่อ 100 ประชากร และต้นทุนบริการเท่ากับ 413.61 บาทต่อปีผู้รับบริการ 1 คน พบว่า

- ณ ราคาปี 2543 ต้นทุนบริการภาครัฐเท่ากับ 42.35 บาทต่อประชากรต่อปี หากอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ คงที่ ต้นทุนบริการภาครัฐ ณ ปี 2543 จะเพิ่มขึ้นอีก 4 บาทต่อคนต่อปี
- หากมีการแยกวางเงินงบประมาณที่จัดสรรให้จังหวัดสำหรับบริการสุขภาพช่องปากออกจากบริการทางการแพทย์ จำนวนเงินที่ควรจะเป็นคือ 42.35 บาทต่อคนต่อปี ณ ราคาปี 2543
- หากสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสามารถตอบสนองประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ งบประมาณควรรวมส่วนที่ประชาชนจ่ายเองด้วย เท่ากับ 64.43 บาทต่อคนต่อปี

ตารางที่ 9 การจัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ ปี พ.ศ. 2546

ประชากร	ความ ครอบคลุม (%)*	การจัด บริการ	การเงินการคลัง	ชนิดบริการ	ค่าตอบแทน ทพ.		บริการ นอกจากนี้
					รัฐ	เอกชน	
ผู้มีสิทธิตาม ระบบหลัก ประกัน สุขภาพแห่ง ชาติแบบเสีย ค่าธรรมเนียม	33.6	รัฐ/เอกชน	รัฐ (Public Assistant Fund: (Capitation + high cost)** และผู้มีสิทธิจ่ายเพิ่ม 30 บาท/ครั้ง	ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ทำฟันปลอม ฐานพลาสติก รักษาโพรงประสาทฟัน น้ำนม ใส่ เพดานเทียม ในเด็กปาก แหว่งเพดานโหว่ ตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์	เงินเดือน	ค่าจ้างจาก CUP***	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS
ผู้มีสิทธิตาม ระบบหลัก ประกัน สุขภาพแห่ง ชาติแบบไม่ เสียค่า ธรรมเนียม	39.5	รัฐ/เอกชน	รัฐ (Public Assistant Fund: (Capitation + high cost)		เงินเดือน	ค่าจ้างจาก CUP	
แรงงาน	12.7	เอกชน/รัฐ	กองทุนประกันสังคม (จ่ายคืนผู้ประกันตนไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกินปีละ 400 บาท)	รักษา (อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหิน น้ำลาย)	เงินเดือน	จ่ายเองโดยตรงแบบ FFS	-
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	6.3	รัฐ	รัฐ (จ่ายคืนผู้จัดบริการแบบ FFS****)	รักษาโรคฟันและเหงือก	เงินเดือน		จ่ายเองโดยตรงแบบ FFS
กลุ่มที่ไม่มี หลักประกัน ใดๆ	7.5	เอกชน/รัฐ	เอกชน (จ่ายผู้จัดบริการโดยตรง : out of pocket แบบ FFS)	ขึ้นกับความ ต้องการของ ผู้รับบริการ	เงินเดือน	จ่ายเองโดยตรงแบบ FFS	-

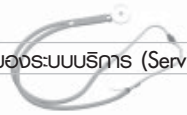
ที่มา : ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก. เอกสารประกอบการประชุมสรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับระบบทันตกรรม วันที่ 31 กรกฎาคม 2546 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

หมายเหตุ : * ข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546

** รวมอยู่ในงบประมาณค่ารักษาพยาบาล

*** CUP (Contracting Unit for Primary Care) หมายถึง หน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ

**** FFS = Fee for service หมายถึง จ่ายตามบริการที่เกิดขึ้น



4. คุณภาพ มาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการทันตกรรม

เกณฑ์การประเมินคุณภาพที่ชัดเจนยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการอย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ทันตแพทยสภา นอกจากที่ได้ดำเนินการเชิงรับ ยังได้ดำเนินการเชิงป้องกันเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในแต่ละหัตถการ (Clinical Practice Guideline, CPG) เพื่อลดโอกาสในการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการให้น้อยลง^(20, 21)

และจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในการปฏิบัติเรื่องของสิทธิผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลเอกชน ที่พบว่า⁽¹⁹⁾ ทันตแพทย์ร้อยละ 84.0 ยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองลงชื่อในเอกสารยินยอมให้ทำการรักษาทางทันตกรรม สถานพยาบาลเพียงร้อยละ 50.7 มีการติดใบประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในที่ซึ่งผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน และเพียงร้อยละ 72.4 มีการติดประกาศราคาการรักษาทางทันตกรรมในที่ซึ่งผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน แม้ว่าแนวทางปฏิบัติเหล่านี้จะเป็นการปฏิบัติระดับพื้นฐานที่สถานพยาบาลทุกแห่งควรปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนแล้วก็ตาม ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าที่ไม่มีการสื่อสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยเพราะทันตแพทย์ยังไม่ทราบเรื่องสิทธิผู้ป่วยหรือคิดว่าเป็นหน้าที่ผู้ป่วยจะต้องรักษาสิทธิตนเอง ทันตแพทย์สภาก็กำลังดำเนินการสร้างความเข้าใจในหมู่สมาชิกอยู่ เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทว่าไม่ใช่เป็นผู้ตัดสินในการรักษาอย่างเดียว จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วย

นอกจากนั้น ในระบบการให้บริการในระดับโรงพยาบาลของหน่วยงานต่างๆ ภาครัฐ ก็เริ่มมีการนำมาตรการการควบคุมคุณภาพสถานบริการมาใช้โดยการดำเนินการในเชิงการประกันคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ซึ่งระบบบริการทันตกรรมก็เป็นหนึ่งที่อยู่ภายใต้ระบบใหญ่นี้

3. ข้อเสนอต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการทันตกรรมตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนับจากการเริ่มมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสภาวะความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการทันตกรรมโดยเฉพาะภาครัฐที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนและวิธีคิดทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ค่อนข้างชัดเจนว่ายังคงเน้นเรื่องของการรักษาพยาบาลซึ่งมองที่ความผิดปกติหรือความเป็นโรคเป็นหลัก แล้วอนาคตของระบบบริการทันตกรรมจะเป็นอย่างไร ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ได้มีความพยายามหาคำตอบของคำถามนี้มาโดยตลอดทั้งในเชิงวิชาการที่มีการทำงานวิจัยหลายฉบับและในเชิงบริหารจัดการที่มีการประชุมของหน่วยงานต่างๆ เกิดขึ้นหลายครั้ง แต่ก็ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ มีเพียงข้อเสนอต่างๆ ซึ่งอาจจะใช้เป็นแนวทางในการปรับระบบบริการทันตกรรมให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้บ้าง ดังนี้

1. สิทธิประโยชน์

จากปัจจุบันแต่ละกลุ่มของผู้ถือบัตรประเภทต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันในสิทธิการรักษาทางทันตกรรม มีข้อเสนอดังนี้^(3, 31, 32)

- ให้ทุกกลุ่มได้รับสิทธิที่เหมือนกันเพื่อความเสมอภาคและเท่าเทียม ในที่นี้หมายถึงการปรับให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์เพียงชุดเดียว

- ทั้งนี้ อาจจะมีการเพิ่มเติมสิทธิบางประการเข้าไปด้วย เช่น การรักษารากฟัน การทำหัตถการเพื่อการป้องกัน เพื่อรักษาสภาพช่องปากให้มีฟันเหลืออยู่ในปากให้มากที่สุด แต่บางรายการ เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก ก็อาจจะยังไม่ให้สิทธิ
- อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นของประชาชนทำให้เกิดปัญหาเรื่องคิวในการรับบริการ ประชาชนได้เสนอแนะการแก้ไขปัญหาเรื่องคิว 3 ลำดับแรกไว้ว่า ⁽²⁸⁾ อาจจะได้ทำได้โดยการจัดระบบให้ดีขึ้น การเพิ่มหมอ และการขยายบริการนอกเวลา และยังมีข้อเสนออื่นๆ อีก ⁽³¹⁾ เช่น การรณรงค์การให้บริการโดยเฉพาะการใส่ฟันปลอม เป็นต้น

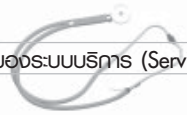
นอกจากนั้น ยังมีข้อเสนอเพิ่มเติมให้จัดลำดับความสำคัญแตกต่างกันตามกลุ่มอายุโดยนำจะมีการแบ่งชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มอายุและตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข กล่าวคือ ⁽³²⁾ นำจะมีการเน้นความจำเป็นของสิทธิประโยชน์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนว่ากลุ่มอายุไหนมีสิทธิอะไรบ้างตามสถานะทันตสุขภาพของกลุ่มนั้นๆ โดยให้พิจารณาและยืดหยุ่นตามทรัพยากร ซึ่งจะมีข้อดีคือเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนแต่ละกลุ่มสามารถกำหนดเงื่อนไขการรับบริการและการจ่ายร่วมตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้ กำหนดรายการตามความสำคัญในกลุ่มอายุ และสะดวกต่อการปฏิบัติในรูปแบบของแผนงาน โครงการ

2. บทบาทหน้าที่

ในระบบบริการทันตกรรมมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่หลายฝ่าย ตั้งแต่ฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย ฝ่ายผู้ปฏิบัติงานซึ่งได้แก่ ผู้บริหาร ทันตบุคลากร บุคลากรอื่นๆ ฝ่ายของประชาชนผู้รับบริการ รวมถึงฝ่ายผู้ผลิตบุคลากรสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งแต่ละฝ่ายก็จะมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

ฝ่ายผู้กำหนดนโยบายจะเป็นจุดเริ่มต้นที่มีหน้าที่และอำนาจตัดสินใจในการจัดระบบบริการทันตกรรม ดังนั้น หากผู้กำหนดนโยบายมีข้อมูลพื้นฐานและมีความเข้าใจต่อภาพรวมของระบบบริการทันตกรรมมากเท่าใดก็จะสามารถตัดสินใจหรือขึ้นการจัดระบบบริการได้แต่ในปัจจุบันระบบฐานข้อมูลดังกล่าวยังไม่เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นถึงทิศทางการที่จะเป็นไปได้ มีข้อเสนอให้มี

- การจัดทาระบบฐานข้อมูลสำคัญ ๆ เพื่อการบริหารทั้งในภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านต้นทุน ข้อมูลการรับบริการต่างๆ แยกตามสถานพยาบาลระดับต่างๆ ข้อมูลกำลังคน และอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อประกอบในการตัดสินใจ ซึ่งในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลคงต้องมีการรวบรวมใหญ่แต่จะเป็นบทบาทหน้าที่ของใครนั้นคงต้องพิจารณากันต่อไป ^(3, 30)
- ในระดับปฏิบัติหน้าที่คณะของผู้บริหารต่อระบบบริการทันตกรรมเป็นสิ่งที่สำคัญไม่เพียงมองแค่การให้การรักษและบางครั้งดูเหมือนเป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะในภาคเอกชน ก็มีส่วนทำให้ผู้ให้บริการทันตกรรมไม่สามารถปฏิบัติงานในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพได้ การปรับเปลี่ยนทัศนะไม่ใช่เรื่องง่ายแต่ก็มีข้อเสนอในเรื่องของการแยกสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์โดยรวม โดยมีการกำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการที่ชัดเจนร่วมกับมีการร่วมจ่ายของผู้รับบริการอาจจะทำให้มุมมองต่อระบบทันตกรรมในสายตาของผู้บริหารดีขึ้น ^(3, 30, 32)



ส่วนทันตบุคลากรนั้น การกำหนดบทบาทหน้าที่และเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานของทันตแพทย์และทันตภิบาล ข้อเสนอส่วนใหญ่เห็นว่า (3, 4)

- **การทำงานควรอยู่ในรูปแบบของทีมสุขภาพ โดยมีทันตภิบาลรับบทบาทเด่นด้านการส่งเสริมป้องกัน** เพื่อให้เกิดความครอบคลุมอาจจะต้องเปิดโอกาสให้ทันตภิบาลสามารถทำงานได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน
- **ทันตแพทย์ก็ควรมีทักษะในหลาย ๆ ด้านนอกเหนือจากด้านทันตแพทยศาสตร์** เช่น ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการบริหาร ด้านนิเทศศาสตร์ เป็นต้น นอกจากนั้น การปรับความเข้าใจในความหมายและทักษะต่อการส่งเสริมป้องกันเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานด้านนี้ที่จำเป็นยิ่งเช่นกัน เพราะการทำงานกับความปกติหรือสุขภาพดีนั้นย่อมแตกต่างกับการทำงานกับความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคอย่างสิ้นเชิง
- **ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาทันตบุคลากรโดยการศึกษาต่อเนื่องหรือการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง** เป็นระยะ และการมีผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ นั้นควรคำนึงถึงความต้องการของแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย อย่างไรก็ตาม ในการทำงานนั้นก็มีข้อเสนอเพิ่มเติมอีกว่าน่าจะมีการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นด้วย เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

ในภาคของประชาชนนั้นควรมี ⁽⁴⁾

- **ระบบและกระบวนการการจัดการเรียนรู้ในเรื่องของสิทธิซึ่งย่อมคู่กับหน้าที่ที่ว่าการดูแลสุขภาพตัวเองเป็นหน้าที่ของทุกคน** การรักษานั้นจะเป็นการตอบสนองเมื่อจำเป็นเท่านั้น โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารต่างๆ ต่อประชาชน
- **และการให้ความสำคัญต่อบริการการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นไปในเชิงการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ** เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการโดยพิจารณาถึงวัฒนธรรมที่แตกต่างในแต่ละท้องถิ่นควบคู่กันไปด้วย
- **ทั้งนี้รวมถึงการสนับสนุนการสร้างคามเข้มแข็งให้กับชุมชน**ก็น่าจะเป็นเป้าหมายหนึ่งด้วย

เมื่อพอจะเห็นแนวทางของบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท มีข้อเสนอต่อฝ่ายผลิตว่า ^(3, 4)

- **ควรจะต้องพิจารณาผลิตบุคลากรแต่ละประเภทให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์** ตั้งแต่เรื่องการรับเข้าการสร้างหลักสูตรที่ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมป้องกัน เพิ่มคุณค่าของผลผลิตในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบ
- **โดยอาจจะต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม**ในส่วนที่พอจะร่วมได้ เช่น ในกระบวนการคัดเลือกที่เลือกคนในท้องถิ่นเพื่อให้กลับไปปฏิบัติงานในท้องถิ่นตนเอง ซึ่งอาจจะช่วยลดอัตราการโยกย้ายและการกระจายได้ เป็นต้น

3. การจัดสรรทรัพยากร

ด้านงบประมาณ ความเหมาะสมของงบประมาณในระบบบริการทันตกรรมควรจะเป็นเท่าใด ในขณะนี้ยังไม่สามารถกำหนดได้ โดย (2, 3, 30, 32)

- นอกจากข้อเสนอให้มีการจ่ายร่วมเพื่อลดการใช้บริการที่เกินความจำเป็นและการแยกสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์โดยรวมแล้ว
- ยังควรมีการปรับการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมตามความจำเป็นกับแต่ละพื้นที่ รวมทั้งพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนผู้ให้บริการให้เท่าเทียมและเป็นธรรม และมุ่งให้ใช้งบประมาณโดยจัดลำดับความสำคัญสำหรับงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับสุขภาพเชิงบูรณาการร่วมกับชุมชนให้มากกว่างานด้านการรักษา ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่อาจจะได้รับการจัดสรรงบประมาณไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความจำเป็นของพื้นที่นั้นๆ
- รวมทั้งควรมีระบบในการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยการพัฒนาการจัดระบบให้มีฐานข้อมูลที่เพียงพอและถูกต้อง

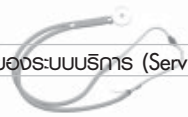
ด้านกำลังคน (3, 4, 26, 27)

- ในการจัดสรรและการกระจายทันตบุคลากรยังคงมีความจำเป็นอยู่ แต่รูปแบบอาจจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้กรอบอัตรากำลังเช่นในปัจจุบันปรับให้เป็นตามลักษณะของลำดับความสำคัญของงานในแต่ละพื้นที่มากกว่า โดยจัดสรรและกระจายกำลังคนให้เหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ ร่วมกับเพิ่มบทบาทของชุมชนมีส่วนร่วมตั้งการเปลี่ยนระบบการรับเข้า หลักสูตรที่เหมาะสม ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว
- นอกจากนั้น น่าจะมีการใช้ทรัพยากรนอกกรอบภาครัฐควบคู่กันไปด้วย กล่าวคือไม่เฉพาะทรัพยากรและบุคลากรภาครัฐเท่านั้นที่จะมีบทบาทในการดำเนินการภาคเอกชนก็น่าจะเข้ามามีบทบาทด้วยเช่นกัน มีข้อเสนอว่าน่าจะมีการร่วมกันทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วให้คุ้มค่าโดยเปิดโอกาสให้ทันตแพทย์ในคลินิกเอกชนเข้าร่วมในการดำเนินการด้วย บนพื้นฐานที่มีระบบการบริหารจัดการที่ดีพอ มีความชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณ มีขั้นตอนทางเอกสารไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนนัก และมีกฎเกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบริการที่แน่นอน

4. มาตรฐาน การควบคุมและการตรวจสอบคุณภาพ

การกำหนดโครงสร้างการจัดบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ การกำหนดและตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพควรทำให้เกิดความโปร่งใส มีข้อเสนอว่า (19, 20)

- ให้ผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการทันตกรรมทั้งองค์กรภาคประชาชนและองค์กรวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการกำหนดและตรวจสอบคุณภาพ โดยให้มีลักษณะเป็นเครือข่าย ของแต่ละพื้นที่เพื่อหาแนวทางในการกำหนดกฎเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติให้สามารถตรวจสอบได้ชัดเจนและเหมาะสมร่วมกัน อย่างไรก็ตาม มาตรฐานนั้นน่าจะเป็นเพียงเกณฑ์ขั้นพื้นฐานเพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาเป็นลำดับต่อไปได้ด้วย



4. ข้อเสนอเชิงวิชาการด้านการวิจัย

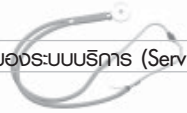
แม้บทความนี้จะได้จากการรวบรวมและสรุปงานวิจัยต่างๆ หลายๆ ด้านที่ผ่านมา แต่องค์ความรู้ที่มีอยู่อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยในอนาคต คงมีอีกหลายประเด็นที่ต้องการความรู้เพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น

- การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการวางแผนซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งที่สำคัญมาก จากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีเฉพาะข้อมูลของภาครัฐ ยังขาดความครอบคลุมข้อมูลของภาคเอกชน และข้อมูลที่มีก็ยังไม่ชัดเจนสมบูรณ์ รวมทั้งยังกระจุกกระจายและขาดความเป็นระบบ
- การพัฒนาระบบการจัดบริการทันตกรรมแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชนซึ่งอาจจะเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อหาแนวทางที่เป็นไปได้และสามารถนำไปปฏิบัติในวงกว้างได้จริง รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัย เงื่อนไข ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ปฏิบัติงานและภาคประชาชน เพื่อแก้ปัญหาระบบบริการทันตกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับพื้นที่นั้นๆ ซึ่งอาจจะมีปัญหาที่แตกต่างกันไปเป็นปัญหาเฉพาะ ในหลายๆ ประเด็น ได้แก่ ระบบการบริการทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน ชุมลิตีประโยชน์ การเงินการคลัง การจัดการด้านกำลังคนและบทบาทหน้าที่ รวมไปถึงการกำหนดมาตรฐานและการควบคุม และตรวจสอบคุณภาพ
- การวิจัยเชิงประเมินผลกระทบของระบบบริการทันตกรรมต่อทั้งผู้ปฏิบัติงานและประชาชน ในหลายๆ แง่มุม ซึ่งอาจจะต้องประเมินเป็นระยะและติดตามในระยะยาว

เนื้อหาในบทความนี้เป็นเพียงการนำเสนอข้อมูลและข้อเสนอต่างๆ ของการจัดระบบบริการทันตกรรมบนพื้นฐานทางวิชาการมุมมองหนึ่งเท่านั้น การจัดระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยให้สอดคล้องตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นอย่างไรในอนาคตบทความนี้คงไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนได้ ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องคงต้องร่วมด้วยช่วยกันหาคำตอบกันไป

กิตติกรรมประกาศ

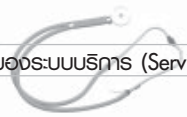
บทความนี้ไม่สามารถสำเร็จได้หากผู้เขียนไม่ได้รับความเอื้ออาทรจากหลายฝ่าย ทพญ. แพร จิตตินันท์ ผู้ประสานงานและช่วยหาเอกสารต่างๆ ทพ. โกเมศ วิชชาวุธ ผู้ให้ข้อมูลด้านกำลังคน และผู้วิจัยทุกท่านที่ผลิตงานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนา รวมถึงภาควิชาทันตกรรมชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้เขียนพอมีเวลาในการเขียนบทความฉบับนี้และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขผู้ให้ทุนจึงใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้



เอกสารอ้างอิง

1. ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, สุนี ผลดีเยี่ยม, เพ็ญแข ลาภยั้ง, และคณะ. พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ. ว. ทันต.สธ. 6(2); 2544: 45-62.
2. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ บรรณาธิการ. การจัดการบริการทันตสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
3. ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก. เอกสารประกอบการประชุมสรุปสถานการณ์และแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับระบบทันตกรรม วันที่ 31 กรกฎาคม 2546 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี. (เอกสารอัดสำเนา)
4. สุปรีดา อุดุลยานนท์, ปิยะนารถ จาติเกตุ, ปิยะฉัตร พิชรานันต์ และคณะ. การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โกเมศ วิชชาวุธ. ทันตแพทย์ในระบบบริการทันตสุขภาพ พ.ศ. 2544. ว. ทันต.สธ. 7(1); 2545: 34-55.
6. สมนึก ชาญด้วยกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุนี ผลดีเยี่ยม และปราณี เหลืองวรา. สถานการณ์การจัดการบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย. ว. ทันต.สธ. 6(2); 2544: 63-74.
7. Lapying P. The demand analysis of oral care in rural area: a case study of Uthong district, Suphanburi. PhD. Thesis in Medical and Health Social Sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2001. อ้างถึงใน เพ็ญแข ลาภยั้ง. สถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารประกอบการประชุมพิจารณาข้อเสนอเพื่อการพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพช่องปาก. วันที่ 19 สิงหาคม 2546 มหาวิทยาลัยเกษตร กรุงเทพมหานคร.
8. ชาญชัย ไห้สงวน, โสภิตา ทวีถาวรสวัสดิ์ และสุคนธา อิศรวีระกุล. การใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม. ว.ทันต. 2544; 51(4): 264-270.
9. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
10. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการ, แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 14 กันยายน 2544 หน้า 14-15 อ้างถึงใน เอกสารแนบประกอบการประชุมพิจารณา ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพช่องปาก. วันที่ 19 สิงหาคม 2546 มหาวิทยาลัยเกษตร กรุงเทพมหานคร.
11. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2527. กระทรวงสาธารณสุข, 2528.
12. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532. กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
13. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537. กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
14. บุญเอื้อ ยงวาณิชากร, ดาวเรือง แก้วขันตี, วราภรณ์ จิระพงษา และผุสดี จันทร์บาง. สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน. ว. ทันต.สธ. 6(2); 2544: 105-118.
15. ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุดา ลีละศิธร และวราภรณ์ จิระพงษา. สภาวะปริทันต์ของประชาชนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ. 2526-2540. ว. ทันต.สธ. 6(2); 2544: 25-44.

16. วรณชพร อ่อนนาวิณ. พฤติกรรมการรับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยที่มาถอนฟันที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. ว.ทันต.จุฬา. 22; 2542: 23-30.
17. ศรีสุตา ลีละศิริ, ปิยะดา ประเสริฐสม, อังศนา ฤทธิอยู่ และชนิษฐ์ รัตนรังสิมา. สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ.2526-2540. ว. ทันต.สธ. 6(2); 2544: 7-24.
18. เพ็ญแข ลากยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. ว. ทันต.สธ. 4(2); 2542:7-33.
19. กุลยา รัตนปรีดากุล, โกเมศ วิชชาวุธ, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ. การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
20. สุณี ผลดีเยี่ยม. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์. เอกสารสรุปการประชุมเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ วันที่ 25 กรกฎาคม 2544 ณ สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. (เอกสารอัดสำเนา)
21. อุไรวรรณ อมรไชย. สิทธิผู้ป่วยในการรักษาทันตกรรม: หลักการ, สถานการณ์ และข้อเสนอแนวปฏิบัติ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการตลาดนัดปฏิรูป(ระบบ)สุขภาพ เรื่อง ปฏิรูประบบสุขภาพ ประชาชนจะได้อะไรจากทันตแพทย์ วันที่ 4 กันยายน 2544 ณ ศูนย์ประชุมและแสดงนิทรรศการ อิมแพค เมืองทองธานี นนทบุรี.
22. คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
23. สภาการพยาบาล. การให้ความเห็นชอบของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพเรื่องข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว ของผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการทันตแพทยสภา ครั้งที่ 5/2546 วันที่ 19 พฤษภาคม 2546 ณ ห้องประชุมสุขุมมาลย์ ชลารักษ์ สถาบันทันตกรรม กระทรวงสาธารณสุข.
24. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ การจัดการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
25. เพ็ญแข ลากยั้ง. สถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารประกอบการประชุมพิจารณาข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพช่องปาก. วันที่ 19 สิงหาคม 2546 มหาวิทยาลัยเกษตร กรุงเทพมหานคร.
26. วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ, ปิยะนารถ จาติเกตุ, ศศิธร ไชยประสิทธิ์ และคณะ. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการทางทันตกรรมในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: กรณีศึกษา 1 ใน 15 จังหวัดที่เริ่มดำเนินงานในเดือนมิถุนายน 2544. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
27. อติเรก ศรีวัฒนาวงศา, แพร จิตตินันท์, สุธี สุขสุเดช และ จันทนา อึ้งชูศักดิ์. บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนในประเทศไทย: การศึกษาความเป็นไปได้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
28. วิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์, จริญญา หุ่นศรีสกุล และเสมอจิต พงษ์ไพศาล. อิทธิพลของการใช้บริการทันตสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปัจจัยด้านสังคมวิทยาของประชาชนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546. (เอกสารอัดสำเนา)



29. http://www.nhso.go.th/New/cgi-bin/UC_Trend/URL_FILE/ex_sum.htm สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1/2546 สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2546.
30. เพ็ญแข ลาภยิ่ง. การเงินการคลังบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)
31. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการทันตสุขภาพประเทศไทยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสู่ความยั่งยืนการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 26-28 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.
32. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร. การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545. (เอกสารอัดสำเนา)

บทที่ 5 ระบบประกันคุณภาพกับการพัฒนาระบบบริการ ในการดูแลสุขภาพระยะยาว : กรณีผู้ป่วยจิตเวช

โดย :

นายแพทย์ยงยุทธ
แพทย์หญิงปัทมา

วงศ์ภิรมย์คานต์
ศิริเวช

เกริ่นนำ

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ดำเนินนโยบายที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขอย่างรุนแรง กล่าวคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลยุทธ์ที่สำคัญของนโยบายนี้คือการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณใหม่ โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวในผู้ป่วยนอก และจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน ทำให้ส่งผลกระทบต่อค่าบริการทางจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งในส่วนของระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป และในส่วนของระบบบริการตติยภูมิของกรมสุขภาพจิต ในรายงานฉบับนี้จะแยกการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ประเด็น

- 1) สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และแนวความคิดจัดระบบบริการ
- 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

1. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และแนวความคิดจัดระบบบริการ

การเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ ซึ่งทั้งหมดเป็นการป่วยเรื้อรังสามารถดูได้ทั้งจากการสำรวจในประชากร และดูจากอัตราป่วยของประชากร สำหรับการสำรวจในประชากรที่สำคัญคือ การศึกษาของกรมสุขภาพจิตในปี 2542¹ ส่วนอัตราป่วยของประชากรที่มาจากการใช้บริการสาธารณสุขนั้นเป็นตัวเลखล่าสุดของปี 2544² สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเจ็บป่วยทางจิตเวชจากการศึกษาในชุมชนปี 2542 และจากการใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข ปี 2544

การเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ	การศึกษาในชุมชน (2542) (ร้อยละ)	การให้บริการ (2544),(ร้อยละ) (ยกเว้นกทม/มหาวิทยาลัย/เอกชน)
1) โรคจิต(เฉพาะจิตเภท)	0.7	0.52
2) โรคซึมเศร้า	1.5	0.1
3) โรคประสาทวิตกกังวล	5.4	0.78
4) ติดสารเสพติด	5.65	0.7
5) ติดสุรา	10.2	0.003
6) ภาวะปัญญาอ่อน	1.3	0.05

ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากนับผู้ป่วยในประชากรทั่วไปด้วยโรคจิตเวชที่สำคัญๆ จะมีร้อยละ 24.75 และที่อัตราป่วยจากการเข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 2.15 หรือประมาณ 11:1 โดยเฉพาะภาวะปัญญาอ่อนในเด็ก โรคติดสุราและโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ มีสัดส่วนของผู้ป่วยมารับการรักษาต่ำสุด

ปัญหาสุขภาพในประชากร นอกจากจะพิจารณาจากอัตราการป่วยและการเสียชีวิตแล้วยังสามารถพิจารณาในด้านผลกระทบทางสุขภาพจิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้พัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพ DALYs (Disability Adjusted Life Years) หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ โดยแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

1. จำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost: YLLs) ซึ่งต้องอาศัยฐานข้อมูลการตาย โดยระบุสาเหตุการตายอย่างถูกต้อง จำแนกสาเหตุการตายตามเพศ และกลุ่มอายุ
2. จำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability: YLDs) จำเป็นต้องใช้ค่าถ่วงน้ำหนัก (Disability weight) ของภาวะความเจ็บป่วยต่างๆ รวมทั้งค่าอัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) ของแต่ละโรค อัตราการหายจากโรค (Remission rate) และค่าอัตราเสี่ยง (Risk ratio) ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อโรคนั้น ๆ

$$\begin{array}{c} \text{การสูญเสียปีสุขภาวะ} \\ \text{(DALYs)} \end{array} = \begin{array}{c} \text{จำนวนปีที่เสียชีวิต} \\ \text{ก่อนวัยอันควร} \\ \text{(YLLs)} \end{array} + \begin{array}{c} \text{จำนวนปีที่อยู่ด้วย} \\ \text{ความเจ็บป่วยหรือพิการ} \\ \text{(YLDs)} \end{array}$$

1 DALY เท่ากับ การสูญเสียช่วงอายุที่มีสุขภาพดีไปจำนวน 1 ปี

จากการสูญเสียโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี 2542 พบว่า มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศชายพบว่า การฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง มีค่า DALYs เป็นลำดับที่ 9 การใช้สารเสพติดอยู่ในอันดับที่ 10 การติดสุรา/พิษสุราเรื้อรังอยู่ในลำดับที่ 11 และโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 15 ขณะที่ในกลุ่มเพศหญิง โรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 14 โรควิตกกังวลอยู่ในลำดับที่ 16 และโรคจิตเภทอยู่ในลำดับที่ 17 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2542 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย	DALYs	ร้อยละ	เพศหญิง	DALYs	ร้อยละ
1	เอดส์	960,087	17	เอดส์	372,947	9
2	อุบัติเหตุจราจร	510,907	9	หลอดเลือดสมอง	280,673	7
3	หลอดเลือดสมอง	267,587	5	เบาหวาน	26,158	7
4	มะเร็งตับ	248,083	4	โรคซึมเศร้า	145,336	4
5	เบาหวาน	168,372	3	มะเร็งตับ	118,384	3
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	164,094	3	ข้อเข่าเสื่อม	117,994	3
7	ถุงลมโป่งพอง	165,861	3	อุบัติเหตุจราจร	114,963	3
8	ถูกฆาตกรรม ถูกทำร้าย	165,371	3	โลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก)	112,990	3
9	ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง	147,988	3	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	109,592	3
10	สารเสพติด	137,703	2	ต่อกระฉก	96,091	2

ลำดับที่	เพศชาย	DALYs	ร้อยละ	เพศหญิง	DALYs	ร้อยละ
11	ติดยาเสพติด	130,654	2	ถุงลมโป่งพอง	93,387	2
12	ตับแข็ง	117,527	2	หูดหงอน	87,612	2
13	มะเร็งปอด	106,120	2	ปอดบวม	84,819	2
14	จมน้ำตาย	98,464	2	ทารกคลอดน้ำหนักน้อย	83,879	2
15	โรคซึมเศร้า	95,53	2	สมองเสื่อม	70,191	2
16	ข้อเข่าเสื่อม	93,749	2	โรคจิตเภท	66,992	2
17	วัณโรค	93,695	2	โรคจิตเสื่อม	60,800	2
18	หูดหงอน	93,497	2	วัณโรค	60,643	2
19	ทารกคลอดน้ำหนักน้อย	91,934	2	ทารกแรกคลอดขาดออกซิเจน	57,488	1
20	โลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก)	87,610	2	ไตวายเรื้อรัง	55,258	1

โดยภาพรวมก็คือ ปัญหาทางสุขภาพจิตมีส่วนมากกว่าร้อยละ 12 ของ DALYs ในเพศชายและร้อยละ 8 ของ DALYs ในเพศหญิง ปัญหาทางจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญในส่วนของการะโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (YLD) ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการะโรครวมของประเทศไทย (สัดส่วน YLL:YLD = 2:1 ในประเทศไทย) ทั้งนี้ โดยการพิจารณาจากโรคสำคัญ ๆ 6 โรคคือ การติดสารเสพติด การติดยาเสพติด โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และโรคจิตเภทแล้วปรากฏว่ามีสัดส่วนถึง 1 ใน 3 ของการะโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (YLD)³ ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาระโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ

Top Ten Causes of Disability Burden in YLDs by Sex,Thailand 1999.								
Male					Female			
1	Drug dependence/harmful use	131,029	9%	42	Depression	145,175	11%	71
2		107,716	9%	25	Osteoarthritis	117,853	9%	73
3	Alcohol dependence/harmful use	95,382	7%	69	Anaemia	112,859	8%	74
4		93,497	7%	71	Diabetes	102,634	7%	3
5	Depression	93,445	7%	66	Cataracts	96,091	7%	79
6	Deafness	87,093	6%	No	Deafness	87,612	6%	No rank
7	Osteoarthritis	77,650	6%	rank	Anxiety disorders	66,835	5%	No rank
8	Anaemia	73,259	5%	12	Dementia	65,166	5%	43
9	Diabetes	55,133	4%	55	Schizophrenia	58,892	4%	58
10	Schizophrenia	44,816	3%	71	COPD(emphysema)	37,544	3%	9
11	Cataracts	37,652	3%	No	Asthma	33,361	2%	35
12	COPD(emphysema)	35,533	3%	rank	Rheumatoid arthritis	30,113	2%	60
13	Asthma	33,837	2%	31	HIV/AIDS	28,610	2%	1
14	Benign prostate hypertrophy	32,617	2%	45	Stroke	25,615	2%	2
15	Traffic accidents	31,266	2%		Other vision disorders	24,960	2%	67
16	Dementia	28,801	2%	48	Sexually transmitted diseases	23,033	2%	68
17	Anxiety disorders	21,278	2%	71	Alcohol dependence/harmful use	21,568	2%	63
18	Stroke	20,559	1%	No		17,776	1%	No rank
19	Other unintentional injuries	18,905	1%	rank	Bipolar disorder	17,616	1%	No rank
20	HIV/AIDS	17,957	1%	18	Edentulism	14,202	1%	8
	Epilepsy			26	Low birth weight			
	Other chromosomal disorders			67				

โดยสรุปก็คือ ภาระการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นส่วนสำคัญของภาระโรคจากความพิการ แต่ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลมีน้อยมาก แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ พบว่าผู้ใหญ่มีความผิดปกติทางจิตเวช 1 ใน 7 ของผู้ใหญ่ทั้งหมด โดยที่ สัดส่วนของความผิดปกติที่รุนแรงและเรื้อรัง : ความผิดปกติที่รุนแรง : ความผิดปกติทั้งหมด คิดเป็น 1 : 1 : 3 ขณะที่ในเด็กจะเป็น 1 : 1 : 1.5 โดยมีเด็กที่มีความผิดปกติทางจิตเวชเป็น 1 ใน 5 ของเด็กทั้งหมด เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติที่รุนแรงได้รับการรักษาในระบบบริการเพียงร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่รุนแรงฝ่ายกาย เช่น โรคหัวใจที่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 60-80 ปรากฏการณ์เช่นนี้ ก็เกิดขึ้นเดียวกันกับระบบบริการสาธารณสุขไทย และมีความรุนแรงมากกว่า

การจัดการปัญหาจิตเวชดังกล่าวนั้น ระบบการให้บริการในประเทศไทยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการของประชาชนจึงควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) งานสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิจะต้องเพิ่มขึ้น โดยระบบบริการปฐมภูมิจะต้องสามารถผสมผสานระหว่างการดูแลผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิต และบูรณาการการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2) ระบบส่งต่อต้องเอื้อให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงหรือผู้ป่วยที่ซับซ้อน สามารถเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ยุ่งยาก เช่น ไม่ต้องข้ามจังหวัดหรือข้ามเขต
- 3) มีระบบประกันคุณภาพที่สอดคล้องกับการจ่ายค่ารักษาไปยังบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิในจังหวัด
- 4) เพิ่มคุณภาพบริการในโรงพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยจิตเวช) ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พร้อมกับการค่อยๆ ลดขนาด ตามการพัฒนาของระบบสาธารณสุข
- 5) ลดอุปสรรคในการใช้บริการไม่ว่าจะเป็นการรังเกียจเดียดฉันท์ การไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือบริการที่ต่ำกว่าคุณภาพ
- 6) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังจึงควรมีแผนระยะยาวในการปรับปรุงให้ประสานกันทั้งระบบ ได้แก่ บริการปฐมภูมิและทุติยภูมิและตติยภูมิในจังหวัด บริการเฉพาะทางในโรงพยาบาลจิตเวช บริการผู้ป่วยจิตเวชกับผู้ป่วยยาเสพติด บริการสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม

ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวนี้สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกใน World Health Report 2001⁵ ที่ให้คำแนะนำต่อการบริการสุขภาพจิตในประเทศกำลังพัฒนา

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยได้มีการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขใหม่โดยใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัวในผู้ป่วยนอก และจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคร่วมกับผู้ป่วยใน อาจมีจุดอ่อนคือ ผู้ให้บริการรับความเสี่ยง เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ปฏิเสธไม่ยอมรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยจิตเวชไว้ในทะเบียน นอกจากนั้นโรงพยาบาลอาจลดความเสี่ยงต้นทุนด้วยการให้บริการต่ำกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับ/ต้องการ รวมถึงอาจกระทบต่อคุณภาพบริการ ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้สนับสนุนให้มีการวิจัยผลกระทบต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชภาพรวมระดับประเทศ และกรณีศึกษา⁶ โดยบุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และศุภสิทธิ์ พรณารุณเฑียร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบาย 30 บาท วิเคราะห์แบบแผนการให้และการใช้บริการจิตเวชของผู้ป่วยในประเทศไทยและผลกระทบตลอดจนการปรับตัวของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 เนื่องจากเป็นการศึกษาที่จะช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงขอนำรายละเอียดจากบทคัดย่อมานำเสนอดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ทำการศึกษาย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2544 - 2545 ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมดที่มีบริการผู้ป่วยในทางจิตเวช เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน ระบบฐานข้อมูล 12 แฟ้ม หรือระบบอื่นๆ ที่เหมือนกัน และแบบรายงานการรับและจ่ายเงินงบประมาณ สจ.ร.ง.1031, เงินบำรุง, สจ.ร.ง. 1032 และ เงิน สป.ร.ง.102 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/FW, Visual Foxpro, Excel และ Arc View

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: การศึกษาแบบแผนการใช้และการให้บริการทางจิตเวชของไทย ปีงบประมาณ 2544 และ 2545 พบว่า ประเทศไทยมีสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศที่ให้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชประมาณ 720 และ 985 แห่ง ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยในทางจิตเวชปีละกว่า 70,000 ราย ส่วนใหญ่ใช้บริการของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิสูงถึงร้อยละ 57 รองลงมาใช้บริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต สถานพยาบาลที่ให้บริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ และโรงเรียนแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 36, 6 และ 1 ตามลำดับ จิตแพทย์ของไทยในปี พ.ศ.2544 มีจำนวนทั้งหมด 387 คน เป็นจิตแพทย์สังกัดภาครัฐประมาณร้อยละ 80 ที่เหลืออยู่ในภาคเอกชน จิตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของภาครัฐที่มีการให้บริการผู้ป่วยในมีจำนวน 211 คน คิดเป็นจิตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 0.34 คน ต่อ 100,000 ประชากร การกระจายตัวของจิตแพทย์ไม่เท่าเทียม เห็นได้จากจำนวนจิตแพทย์มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร การใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีการใช้บริการข้ามเขตระดับจังหวัดสูงร้อยละ 30 ในขณะที่มีการใช้ข้ามเขตระดับสาธารณสุข และเขตมหาดไทยมีค่าใกล้เคียงกันคือร้อยละ 14 จังหวัดที่มีการใช้และให้บริการสูงมักเป็นจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลที่มีความสามารถให้บริการทางจิตเวชได้ และ/หรือ มีจิตแพทย์อยู่ กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตชนิดจิตเภท (Schizophrenia and Acute psychotic disorders) รองลงมา เป็นความผิดปกติจากการติดยาและสารเสพติดชนิดต่างๆ (Substance Related disorders) โรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety disorders) และ โรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorders) ตามลำดับโดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อรายเพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มมีจำนวนผู้ป่วยลดลง และมีการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อรายลง

ส่วนที่ 2 : การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544-2545 พบว่า มีสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ สถานพยาบาลเหล่านี้มีสัดส่วนการใช้เงินงบประมาณสูงถึงร้อยละ 80-90 มีอัตราคืนทุนที่คิดจากค่าบริการที่เรียกเก็บได้จากค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมดตั้งแต่ร้อยละ 14-37 โดยภาพรวมมีเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นในช่วงที่ทำการศึกษสถานพยาบาลได้รับเงินงบประมาณไม่แตกต่างกัน สถานพยาบาลมีการปรับตัวต่อนโยบาย 30 บาท โดยจัดระบบติดตามเรงรัดหนี้สินและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง

ในการอภิปรายผลทางผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ว่าการบริการผู้ป่วยในทางจิตเวชมีการข้ามเขตกันสูงมาก เนื่องจากการกระจายตัวของจิตแพทย์และสถานพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ทั่วถึง และชื่อเสียงของสถานพยาบาลเฉพาะทางที่มีมานาน การใช้นโยบาย 30 บาท มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้และการใช้บริการผู้ป่วยในทางจิตเวชคือสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีการเพิ่มจำนวน

ผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อราย ในขณะที่สถานพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตจะลดจำนวนผู้ป่วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อรายลง ส่วนกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางในเขตภาคเหนือพบว่า สถานพยาบาลไม่ได้รับผลกระทบทางด้านการเงินมากนัก เนื่องจากแหล่งเงินทุนใหญ่คือเงินงบประมาณยังคงมีการจัดสรรเช่นเดิม (ปีงบประมาณ 2544-2545) แม้การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโครงการ UC จะมีมูลค่าน้อยกว่าที่สถานพยาบาลเคยได้รับจากโครงการ สปร. เดิมก็ตาม เนื่องจากเงินส่วนนี้เมื่อเทียบกับสัดส่วนของเงินงบประมาณแล้วเป็นสัดส่วนน้อย อนึ่ง สถานพยาบาลได้มีการปรับตัวที่สำคัญมาก คือ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลลดต้นทุนบริการลงได้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเป็นระยะเวลาสั้นๆ ของช่วงเปลี่ยนผ่านของการใช้นโยบาย 30 บาท ผลการศึกษาจึงอาจไม่ชัดเจนนัก อย่างไรก็ตามสามารถสรุปผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์และปัญหาได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลสิ่งที่เกิดขึ้นกับระบบบริการจิตเวช ประโยชน์และปัญหา

ระบบ	สิ่งที่เกิดขึ้น	ประโยชน์	ปัญหา
บริการสาธารณสุข	- จำนวนผู้ป่วยนอก/ใน เพิ่มขึ้น - จำนวนวันนอนและค่าบริการที่เรียกเก็บต่อราย เพิ่มขึ้น	- การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น - การดูแลใกล้บ้าน - ลดค่าใช้จ่ายของระบบ - ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ	- การวินิจฉัยผิด - คุณภาพการให้บริการ
บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลเฉพาะทาง	- จำนวนผู้ป่วยนอก/ใน ลดลง - จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายต่อรายในการบริการลดลงเล็กน้อย	เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา	- ประสิทธิผล - ความอยู่รอดของโรงพยาบาลจิตเวชในระยะยาว

จากการสรุปผลที่เกิดขึ้น แม้จะเป็นการศึกษาในช่วงสั้น ๆ จะพบว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งระบบจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งในระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลจิตเวช สภาพเช่นนี้คงดำเนินไประยะหนึ่ง เมื่อประชาชนมีความมั่นใจในการบริการมากขึ้น การส่งต่อข้ามพื้นที่น้อยลงก็คงจะมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชลดลง โดยที่ผู้ป่วยจิตเวชในระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

จำนวนวันนอนและค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยในต่อครั้งของโรงพยาบาลในระบบสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การรับผู้ป่วยใน 3 วันเพิ่มขึ้นเป็น 4 วัน และค่าบริการเพิ่มขึ้นจาก 995 บาทต่อราย เป็น 2,658 บาทต่อราย ส่วนของโรงพยาบาลจิตเวชลดจำนวนวันลงจากผู้ป่วยใน 52 วัน เป็น 48 วัน ส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ดังในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2544-2545 จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล

มัชฌิมเลขคณิต (mean)			
	ประเภทสถานพยาบาล	ปี 2544	ปี 2545
1	สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	52	48
2	โรงเรียนแพทย์	10	13
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	6	5
4	สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ	3	4

ตารางที่ 6 ค่าบริการที่เรียกเก็บต่อราย ปีงบประมาณ 2544 - 2545 จำแนกตามประเภทของสถานพยาบาล

มัชฌิมเลขคณิต (mean)			
	ประเภทสถานพยาบาล	ปี 2544	ปี 2545
1	สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	13,967	13,903
2	โรงเรียนแพทย์	7,861	11,682
3	สถานพยาบาลที่มีบริการทางจิตเวชเป็นพิเศษ	2,398	3,451
4	สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ	995	2,658

แนวโน้มที่เกิดขึ้นหากมองในด้านประโยชน์จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น สามารถได้รับการดูแลใกล้ชิด ซึ่งทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนค่าใช้จ่ายของทั้งระบบด้วยเพราะการดูแลที่สถานบริการสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าที่โรงพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้ปัญหาที่สำคัญก็คือ ปัญหาคุณภาพการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยแยกโรควิตกกังวลกับโรคซึมเศร้า การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ปัญหาคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ ข้อจำกัดโดยเฉพาะบุคคลและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลทั่วไป สุดท้ายปัญหาการบริหารจัดการ ได้แก่ เกณฑ์กำหนดภาวะจิตเวชฉุกเฉินที่สามารถใช้สิทธิกรณีฉุกเฉินได้ ในหน่วยบริการที่ไม่ได้ถูกระบุเป็นโรงพยาบาลในบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง 30 บาท) รายนั้นๆ

สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มที่จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งเป็นส่วนที่มองได้ว่าเป็นการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา แต่สิ่งที่ควรกังวลก็คือ ประสิทธิภาพของการรักษาแต่พบว่าแนวโน้มที่ผ่านมายังไม่เป็นปัญหามากนักโดยพิจารณาจากร้อยละของผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาภายใน 1 ปี มีแนวโน้มลดลง ในปี 2544 และปี 2545 (ดังตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ อีกทั้งโรงพยาบาลจิตเวชมีการขยายงานบริการเข้าสู่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

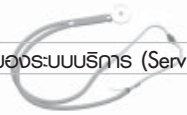
ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยในเป็นคน ครั้ง จำนวนวันนอน และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทางจิตเวช

รายการ	ปี 2544			ปี 2545		
	กรม สุขภาพจิต	นอกกรม สุขภาพจิต	ภาพรวม	กรม สุขภาพจิต	นอกกรม สุขภาพจิต	ภาพรวม
1 จำนวนสถานพยาบาล	14	706	720	14	971	985
2 จำนวนผู้ป่วยใน	23,146	43,704	66,850	24,972	46,813	71,785
3 จำนวนผู้ป่วยใน (ครั้ง)	27,574	48,704	76,278	28,571	51,283	79,854
4 Readmit (ครั้ง)	4,428	16.1	5,466	11.2	9,428	12.4
(ร้อยละ)	3,599	12.6	4,470	8.7	8,069	10.1
5 Readmit (คน)	1,363	2,377	3,740	1,303	1,815	3,118
(ร้อยละ)	5.9	5.4	5.6	5.2	3.9	4.3
6 admit (มากกว่า 2 ครั้ง)	1.19	1.11	1.14	1.14	1.1	1.11
7 admit เฉลี่ย ต่อปี	2.62	2.3	2.42	2.16	2.35	2.27
(ครั้ง/คน)						

เมื่อประเมินสถานะการเงินในรายงานวิจัยดังกล่าว พบว่าระบบการจัดสรรงบประมาณเป็นการจัดสรรจากกรมโดยตรง สำหรับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิแหล่งที่มาของเงินทุนมาจากหลายทาง ส่วนใหญ่ของเงินทุนร้อยละ 80-90 มาจากงบประมาณ ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ในระหว่างปีงบประมาณ 2544 - 2545 เงินทุนที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 10 - 20 มาจากเงินบำรุง ซึ่งเงินบำรุงก็มาจากหลายทาง เช่น เงินค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง เงินที่เรียกเก็บย้อนหลังให้การรักษายาบาลในผู้ป่วยที่ไม่ได้ชำระเงินเอง (เดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยในโครงการ สปร. แต่ในตอนปลายปีงบประมาณ 2544 รวมทั้งตลอดปีงบประมาณ 2545 ผู้ป่วยกลุ่มนี้คือผู้ป่วยในโครงการ UC 30 บาท) ดอกเบี้ยเงินฝาก เงินบริจาค ฯลฯ

ในการศึกษาเฉพาะกรณีภาคเหนือเงินบำรุงสุทธิระหว่างปีงบประมาณ 2544 - 2545 มีจำนวนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.75 โดยเงินบำรุงสุทธิเพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และโรงพยาบาลสวนปรุง คิดเป็นร้อยละ 31.20 และ 1.21 ตามลำดับ ส่วนศูนย์พัฒนาการเด็กทางภาคเหนือมีเงินสุทธิลดลง คิดเป็นร้อยละ 27.37 แต่การลดลงของเงินบำรุงมิได้เกิดจากการนำเงินไปใช้ในการรักษายาบาล หากเกิดจากการพัฒนาปรับปรุงระบบของสถานพยาบาล ดังนั้นเงินบำรุงสุทธิจึงไม่มีการลดลงในทั้ง 3 แห่ง

อัตราเรียกคืนที่คิดจากค่าบริการที่เรียกเก็บกับเงินที่เก็บได้จริง พบว่า มีค่าเท่ากับร้อยละ 14 - 37 โดยโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์มีค่าสูงสุดร้อยละ 37 รองลงมาเป็น โรงพยาบาลสวนปรุง และศูนย์พัฒนาการเด็กภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 17-18 และ 14-15 ตามลำดับ (ศึกษาเฉพาะกรณี ภาคเหนือ) ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลจิตเวช ยังอยู่ได้ คือ การลดจำนวนนอนลงซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อต้นทุนการรักษายาบาลผู้ป่วย



3. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

จาก 2 ประเด็นแรกที่กำลังกล่าวไปนั้น จะมีข้อเสนอแนะทั้งในส่วนของการให้บริการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการกับโรคเฉพาะกลุ่ม และการปรับปรุงทั้งระบบในระยะยาว ดังต่อไปนี้

3.1 การบริการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

เป็นปัญหาใหญ่เฉพาะหน้าที่ต้องให้การปรับปรุงก่อน เพราะเป็นความจำเป็นและมีความสำคัญเร่งด่วนกว่าบริการด้านอื่น ๆ จุดที่สำคัญก็คือ

3.1.1 บริการพื้นฐานของจิตเวช มักจะเริ่มต้นที่การตรวจและรักษาในโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น CUP ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น จะต้องมีการยกระดับทั้งคุณภาพและจริยธรรมของการให้บริการ ในด้านคุณภาพสิ่งสำคัญคือ การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่หาย เช่น การไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรควิตกกังวลกับโรคซึมเศร้า การไม่สามารถจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การให้ยาบำบัดโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้าที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย หรือแม้กระทั่งการให้ยาไม่เหมาะสมกับโรค รวมถึงขาดการให้การปรึกษาควบคู่ไปกับการใช้ยาของผู้ป่วย ส่วนในด้านคุณธรรมที่สำคัญคือการส่งต่อผู้ป่วยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ในเมื่อสถานพยาบาลจะต้องไปตามจ่ายจากรักษาที่สูงในกรณีส่งต่อ สถานพยาบาลบางแห่งก็อาจมิได้ส่งต่อทั้ง ๆ ที่จำเป็น ซึ่งย่อมเป็นผลเสียอย่างมากต่อการรักษาผู้ป่วยและการดูแลของครอบครัว มาตรการดังกล่าวอาจรวมถึงการประกันคุณภาพโรงพยาบาลการสนับสนุนทางวิชาการแก่โรงพยาบาลชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพในการรับและพิจารณาการร้องทุกข์ การกำกับติดตามโดยโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตเขต

3.1.2 บริการส่งต่อที่ผ่านมามีการข้ามเขตจำนวนมาก เนื่องจากความแตกต่างและเหลื่อมล้ำของระบบบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดบริการจิตเวชโดยจิตแพทย์ในระดับ รพศ./รพท. ดังนั้นจังหวัดใดที่ไม่มีแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลระดับจังหวัด หรือมีแผนกจิตเวชแต่ยังไม่มีบริการผู้ป่วยในเป็นการเฉพาะซึ่งสำคัญมากในการดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute care) จะต้องถือเป็นมาตรการเร่งด่วนของระบบที่จะต้องจัดให้มีบริการ รวมทั้งการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้านการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การพัฒนาแพทย์อื่นมาดูแลทางจิตเวช หรือ การหมุนเวียนจิตแพทย์มาประจำที่โรงพยาบาลและการจัดทีมจิตเวช (ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์) มาสนับสนุนงาน เป็นต้น ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพจะต้องจ่ายส่วนที่เกิน 15 วันกรณีผู้ป่วยในให้กับ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย ที่สามารถดูแลผู้ป่วยในแบบบริการตติยภูมิได้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต

3.1.3 ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้แสดงความรุนแรงทันที ทั้งยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีโอกาสเจ็บป่วยเรื้อรังการดูแลโดยผ่านการสนับสนุนของบริการปฐมภูมิจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การลดความรังเกียจหรืออคติต่อผู้ป่วยของเพื่อนบ้านและชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่น ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

3.2 การบริการส่งเสริมป้องกัน

ในชุดสิทธิประโยชน์ของการบริการส่งเสริมและป้องกันควบคุมโรคของโครงการโดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจะต้องเป็นโอกาสสำคัญในการผสมผสานงานสุขภาพจิต โดยมุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มเป้าหมายสำคัญ ๆ คือ

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์
1. การส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิตเด็ก โดยเฉพาะเด็กทารกและเด็กปฐมวัย	การดูแลสุขภาพเด็ก (3)
2. การป้องกันความเครียดและภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์	การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ (2)
3. การป้องกันติดยาเสพติดและติดสุราในกลุ่มเสี่ยง (ผู้ที่เริ่มใช้ยา ผู้ที่มีประวัติอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดและสุรา)	การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม (9)
4. การดูแลผู้ป่วยโรคจิตโดยครอบครัวและลดความรังเกียจหรืออคติของเพื่อนบ้านและชุมชนได้	การเยี่ยมบ้านและการดูแลที่บ้าน (7)

3.3 การจัดการกับโรคเฉพาะกลุ่ม

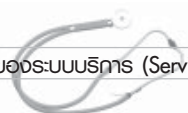
ดังที่ได้กล่าวในตารางที่ 1 ว่าโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาและก่อให้เกิดภาวะตาม DALYs ที่สำคัญ มีเพียง 6 โรคคือ การติดสารเสพติด การติดสุรา โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และโรควิตกกังวล

3.3.1 กลุ่มปัญหาทางพฤติกรรม ได้แก่ การติดสารเสพติดและติดสุรา ซึ่งจะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดและการดื่มสุรา

3.3.2 กลุ่มปัญหาทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวน (Manic depressive disorder) และโรคสมองเสื่อม ซึ่งจะเกิดขึ้นจากปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นหลัก

3.3.3 กลุ่มปัญหาทางอารมณ์ ได้แก่ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ซึ่งเกิดขึ้นจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีความเครียดเรื้อรัง โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นองค์ประกอบด้วย

เมื่อจับเฉพาะปัญหาหลักและเข้าใจสาเหตุหลักของกลุ่มโรคเหล่านี้ก็จะสามารถประสานกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการแก้ปัญหาตามสาเหตุได้ดังนี้



แนวทางการแก้ปัญหาตามกลุ่มโรคและสาเหตุ

กิจกรรม	ปัญหาทางพฤติกรรม : ติดสารเสพติดและติดสุรา	ปัญหาทางจิต : โรคจิตเภท อารมณ์แปรปรวน และสมองเสื่อม	ปัญหาทางอารมณ์ : โรควิตกกังวลและซึมเศร้า
การส่งเสริมป้องกัน	ป้องกันกลุ่มเสี่ยง คือผู้ที่เริ่มใช้ยาและดื่มสุราด้วยการให้คำปรึกษาและการมีส่วนร่วมของชุมชน	เนื่องจากเป็นปัจจัยทางกรรมพันธุ์ จึงควรเฝ้าระวังครอบครัวผู้ป่วย และใช้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Care) ในการเพิ่มศักยภาพครอบครัวและชุมชน	ป้องกันกลุ่มเสี่ยงในผู้ที่ต้องปรับตัวในปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม โดยการให้คำปรึกษาและการมีส่วนร่วมของชุมชน
การดูแลรักษาเบื้องต้น	การรักษาเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ คือ จิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก	วินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่น ๆ และต่อเนื่องอย่างถูกต้อง จะช่วยลด morbidity	การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่พอเพียง และเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
การดูแลเฉพาะทางและการฟื้นฟูสมรรถภาพ	การรับส่งต่อผู้ที่เป็นกลุ่มซับซ้อน ได้แก่ ผู้เสพติดเรื้อรัง ผู้ที่มีอาการทางจิต ผู้ที่มีโรคร่วม (comorbidity)	- ให้การรักษาใน severe Acute episode และ Chronic case ที่มี psychosocial morbidity - การใช้ยาที่มีประสิทธิผล แต่ราคาไม่แพง - การสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ยุงยาก เช่น ผู้ป่วยดื้อยาและผู้ป่วยวัยรุ่น

3.4 การปรับปรุงทั้งระบบในระยะยาว

3.4.1 ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชให้เข้ามาอยู่ในระบบ UC อย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเตรียมโครงสร้างของโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิให้พร้อมในด้านคุณภาพ การปรับเปลี่ยนจะต้องอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงในการตัดสินใจ และอาจใช้เกณฑ์เป็นตัวตั้งให้ระบบค่อย ๆ เปลี่ยน เมื่อจังหวัดได้นำร่องเกณฑ์ก็ให้เข้าสู่ระบบ UC

3.4.2 ปรับบทบาทกรมวิชาการ ให้เปลี่ยนจากการให้บริการเองมามุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ โดยมียุทธศาสตร์ชี้ชัดชัดเจน เช่น การทำให้จังหวัดในเซตรับผิดชอบมีบริการที่ดีเยี่ยม การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีการใช้ CPG เป็นแนวทางร่วมกัน⁷ โดยให้การกิจเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของกรมและหน่วยงานในสังกัด

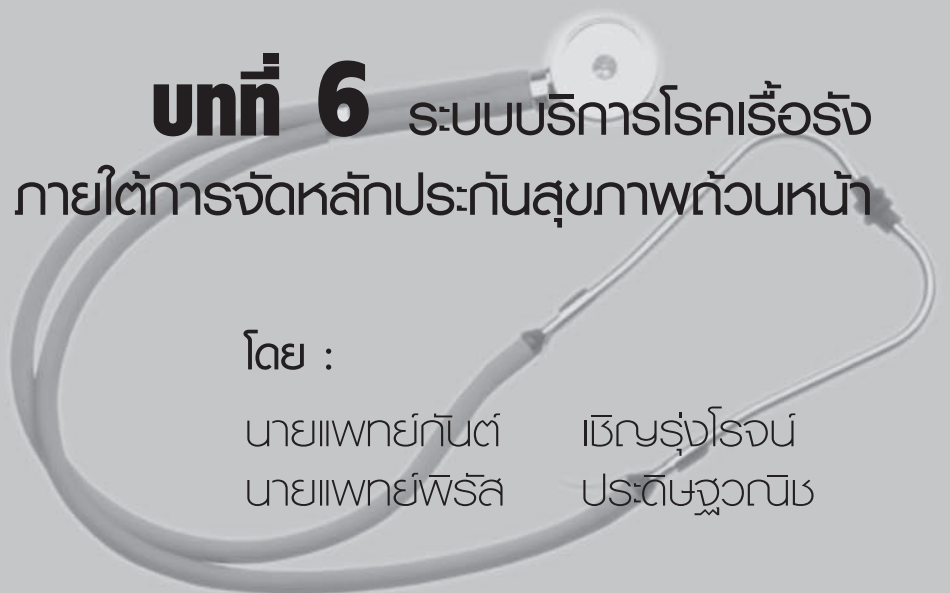
3.4.3 แยกระบบการดูแลผู้ป่วยออกจากระบบสวัสดิการสังคม เพราะผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตจำนวนมากไม่ต้องการ medical care ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าแต่ต้องการการดูแลทางจิตสังคมในระยะยาว จึงควรแยกไปเข้าระบบบริการสวัสดิการสังคมแทน และทำในหลายรูปแบบ เช่น ให้ครอบครัวดูแลและสนใจโดยลดยาหรือจ่ายค่าดูแลให้ครอบครัวโดยตรงในกรณีที่ครอบครัวมีรายได้ไม่น้อย ให้องค์กรศาสนาหรือองค์กรเอกชนเข้ามาจัดบริการ เป็นต้น

3.4.4 ปรับระบบประกันสังคมให้มีสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจิตเท่าเทียมกับระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคทางจิตเวช สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

■ ระบบประกันคุณภาพกับการพัฒนาระบบบริการ ในการดูแลสุขภาพระยะยาว : กรณีผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย.นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2542.
2. กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2546.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2542 - 2543 : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
4. U.S. Department of Health and Human Service. Healthy People 2010 Understanding and Improving Health Volume I and II. The United States of America: Jones and Bartlett Publishers International ; 2000.
5. World Health Organization. The World Health Report; 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva : World Health Organization. 2001.
6. บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ผลกระทบของนโยบาย 30 บาท ต่อระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช : ภาพรวมระดับประเทศ และกรณีศึกษาสถานพยาบาลเฉพาะทางในภาคเหนือของประเทศไทย, รายงานฉบับร่างเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
7. สำนักงานประสานเครือข่ายแนวทางเวชปฏิบัติ.แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1/2545. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: 2545.



บทที่ 6 ระบบบริการโรคเรื้อรัง ภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย :

นายแพทย์กัมต์

นายแพทย์พีริส

เชิณรุ่งโรจน์

ประดิษฐ์วณิช

1. ความนำ

สุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนนอกจากจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันแล้วนั้น ยังจัดได้ว่าเป็นหน้าที่ร่วมกันของสมาชิกทุกคนในสังคมที่จะต้องดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง จากรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันซึ่งได้กำหนดว่ารัฐต้องเป็นหน่วยงานหลักในการสร้างประกันให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพและมีทางเลือกในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะได้รับการบริการพื้นฐานด้านสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการบาดเจ็บจึงเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลชุดปัจจุบัน

จากการดำเนินการสร้างระบบหลักประกันถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544 ทำให้ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข ด้านบุคลากร และงบประมาณ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการภาครัฐซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ประชาชนเป็นส่วนใหญ่ และจากผลของนโยบายนี้ทำให้ระบบบริการภาครัฐได้ขยายความครอบคลุมไปสู่ประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาในระบบบริการสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากปริมาณผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในสถานบริการของรัฐ และจากธรรมชาติของการเกิดโรคและความเรื้อรังของโรคซึ่งมีความแตกต่างอย่างชัดเจนจากการดูแลรักษาโรคเจ็บป่วยเฉียบพลันดังนั้นจะต้องมีพัฒนาระบบการดูแลและการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพที่ดีของประชาชนไทย

2. โรคเรื้อรังและการดูแล

2.1 ความหมายของโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อยๆ ลุกขึ้นมามีอาการรุนแรงมากขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะทำให้อาการทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ถ้าไม่สามารถได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอ และไม่ดูแลตนเอง อาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กว้างขึ้นคือพยาธิสภาพที่รักษาไม่หายโดยวิธีการของแพทย์ แต่ต้องการกลวิธีในการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้า ลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับความช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องสร้างศักยภาพของผู้ป่วยให้มีความสามารถดูแลตนเอง ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดกับบุคคลคือ ความซึมเศร้าจากการเจ็บป่วย (depression) ภาวะที่ต้องพึ่งพา

(dependency) ซึ่งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งนโยบายและระบบการคลังสาธารณสุขต้องมีความสอดคล้องกับรูปแบบของการให้บริการสาธารณสุขที่แตกต่างจากระบบผู้ป่วยเฉียบพลันที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งๆ และการบริการแบบเป็นครั้งคราว

2.2 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากธรรมชาติของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นไม่ได้จำกัดเพียงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องยังรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรค เช่น การดูแลตนเอง การประเมินผลการรักษาด้วยตนเองด้วย แม้ว่าการประชุมขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่าการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องคือการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการแพทย์ (medical instructions) ซึ่งพบว่าคำว่า การใช้คำว่า ด้านการแพทย์อาจมีขอบเขตที่ไม่ครอบคลุม และคำว่า instruction ก็มีความหมายว่าผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องการแผนการดูแลจากทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา เพราะว่าการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย เช่น การไปพบแพทย์ การรับประทานยา การรับวัคซีน การดูแลตนเองสำหรับโรคหอบหืด หรือ เบาหวาน การงดการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานมิใช่เป็นเพียงการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเท่านั้น ดังนั้นการประเมินระบบบริการสุขภาพโดยรวม ควรพิจารณาถึง สัดส่วนของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะระบบสุขภาพที่ดีนั้นต้องเป็นระบบที่ผู้ป่วยควรได้รับการที่เหมาะสมเพียงพอต่อการดำรงสถานะสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ได้จากการใช้ระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการดูแลรักษาโรคเรื้อรังจึงเป็นระบบที่

1. เป็นการผสมผสานระหว่างการบริการทางการแพทย์และการบริการทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ด้วยตนเอง
2. เป็นการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ที่อาจจะไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้นแล้ว
3. สามารถรองรับศักยภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการดำรงสถานะทางสุขภาพของตนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง
4. เป็นการผสมผสานของการดูแลระหว่าง แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ครอบครัว เพื่อน องค์กรในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3 ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยคือ ความครอบคลุมของระบบบริการ และการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเนื่องจากธรรมชาติของโรคเรื้อรังคือผู้ป่วยมีอาการไม่เด่นชัด มีระยะที่ไม่แสดงอาการนาน และต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีประชาชนที่ดำรงชีวิตได้โดยที่ไม่ได้รับการรักษาในชุมชน ซึ่งอาจจะมารับบริการเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว และเมื่อผู้ป่วยทำการรักษาแล้วก็อาจจะหยุดการรักษาเนื่องจากไม่มีอาการ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยรวมทั้งระบบประกันที่ผู้ได้รับการคุ้มครองว่าเอื้อต่อการดูแลรักษาตนเองหรือไม่ นอกจากระบบการรักษาภายในสถานบริการแล้ว ระบบบริการที่บ้านเพื่อการฟื้นฟูก็เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพิจารณาเพราะว่าระบบบริการที่ดีนั้นต้องมีความครอบคลุมถึงบริการที่ผู้ป่วยควรได้รับด้วย

2.4 ผลกระทบของการดูแลรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง

การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยที่สำคัญ การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผล' ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และประสิทธิภาพของการรักษาจะลดลงอย่างมากถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาถึงประสิทธิภาพการรักษาโรคเรื้อรังเช่น โรคซึมเศร้า และโรคติดเชื้อ HIV พบว่าประสิทธิภาพของการลดจำนวนเชื้อจะขึ้นอยู่กับรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่การรักษาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจะเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยแล้ว เมื่อประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ซึ่งการรักษาที่ต่อเนื่องลดการใช้บริการทางการแพทย์ที่เสียค่าใช้จ่ายสูงอันเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน ภาวะฉุกเฉิน และยังสามารลดผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการลางาน ขาดงาน และผลกระทบทางสังคมด้วย

มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้จะส่งผลดีต่อการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนลดลง การใช้บริการลดลงและเสียค่าใช้จ่ายลดในการดูแลรักษาลดลงด้วย เมื่อมีการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ และการจัดการต่อภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ความจำเป็นในการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกลดลง เมื่อติดตามเป็นระยะ 3 ปีพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ 1 ใน 10

การดื้อยาเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่เป็นผลจากการรักษาโรคเรื้อรังที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะมีผลทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นแล้ว ค่าใช้จ่ายสำหรับการวิจัยยาชนิดใหม่สำหรับเชื้อที่ดื้อยาก็คือค่าใช้จ่ายมหาศาลซึ่งเราอาจจะไม่จำเป็นต้องลงทุนสำหรับการคิดค้นยาใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาคือเชื้อที่ดื้อยาที่เกิดจากการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง และสามารถนำงบประมาณส่วนนี้ไปคิดค้นยาอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ จากการศึกษาการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS พบว่าการดื้อยาจะเกิดขึ้นเมื่อมีการขาดการต่อเนื่องจากการรักษาประมาณ 50-85 % ซึ่งเป็นสัดส่วนส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยรับยาในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ในการรักษาวัณโรค

จะพบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่มีผลกระทบซึ่งกันและกัน ปัญหาความยากจนทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจากการขาดแคลนอาหาร ยารักษาโรค การเข้าถึงบริการได้ยาก ในขณะที่เดียวกันปัญหาทางด้านสุขภาพก็ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจากการไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ปัญหาการได้รับบริการทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการดูแลโรคเรื้อรังทำให้ครอบครัวที่ยากจนต้องมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาระจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติแล้วผู้ใกล้ชิดยังต้องดูแลผู้ป่วยด้วยทำให้ปัญหาการรักษาโรคเรื้อรังซึ่งต้องการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย

จากการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคติดเชื้อการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังจะเห็นได้อย่างชัดเจนจากอัตราการตายของทารกแรกเกิดที่ลดลง อัตราการเกิดที่คงตัว อัตราการตายที่ลดลง รวมทั้งอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดระยะเวลาสามทศวรรษที่ผ่านมาปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลสำเร็จอย่าง

ดังกล่าวข้างต้นได้แก่ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งในส่วนดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น การผลิตยาที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมคุณภาพของอาหารและยา ประกอบกับการดำเนินการดูแลในเรื่องของสาธารณสุขโรค การจัดหาแหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาดถูกสุขอนามัย ความก้าวหน้าของความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ได้แก่การค้นพบโรคในระยะที่เร็วขึ้นทำให้รักษาได้อย่างทันท่วงที และ ตลอดจนการรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้นของตนเองในระดับที่ดีเพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ข้างต้น การขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรของประเทศ ทำให้สถานการณ์โรคของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงจากการระบาดของโรคติดต่อมาสู่การระบาดของโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ (chronic disease and injury)

มีข้อมูลสำคัญหลายประการที่สามารถอธิบายถึงสถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้มของปัญหาโรคเรื้อรังในอนาคต ข้อมูลจากการประมาณการพบว่าสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่สูงขึ้นชัดเจน² ประชากรกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มอื่นๆ³ โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในประชากรกลุ่มนี้อันดับแรกๆ ได้แก่ ปวดเข่า/เข่าอักเสบ ปัญหาเกี่ยวกับตา (ต้อกระจกหรือต้อกระจก) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ อัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น^{4,5} ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้ส่งผลต่อเนื่องถึงการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเกษียณอายุจากงานประจำแล้ว รายได้มักลดลงหรือไม่มีรายได้พึ่งพาตัวเองได้น้อยลงในหลายๆ ด้าน จึงทำให้ยากต่อการดูแลตัวเองได้ดีตามที่ควรจะเป็น หากไม่มีบุตรหลานหรือผู้เลี้ยงดูที่คอยให้ความดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาจากการพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีผลสืบเนื่องถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มโรคเรื้อรังอีกด้วย ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมหรือวัฒนธรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนไปกินอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล หรือแคลอรีสูง และให้ความสำคัญกับการกินอาหารเสริมสุขภาพ^{6,7} ส่งผลให้ความชุกของโรคอ้วนในคนไทยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 12.1 จากเดิมที่เป็นร้อยละ 0 (ข้อมูลจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในคนไทยโดยรวมอาจลดลง^{8,9,10} แต่กลุ่มเยาวชนที่มีอายุน้อย (15-24 ปี) ทั้งชายและหญิงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายใหม่ของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติมากขึ้นซึ่งเป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นคล้ายกันทั่วโลก ซึ่งหากมี exposure ตั้งแต่อายุน้อยโอกาสเกิดโรคเรื้อรังก็มีมากกว่าถึงโอกาสที่จะเลิกก็ยากตามไปด้วย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีแนวโน้มสูงขึ้นมากหลังผ่านวิกฤตเศรษฐกิจในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา^{11,12} เยาวชนที่มีอายุน้อย (15-24 ปี) มีสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงถึงกว่าร้อยละ 30.7 ในปี 2541¹³ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 32.6 ในปี 2544¹⁴

พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อนมีแนวโน้มที่คล้ายกันคือ จะขึ้นกับสภาพทางเศรษฐกิจของประเทศโดยก่อนวิกฤตเศรษฐกิจจะมีสัดส่วนของประชากรที่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายและการพักผ่อนสูงกว่าหลังวิกฤตเศรษฐกิจ¹⁵ ดังนั้นหากคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจช่วงนี้เริ่มฟื้นตัวแล้วแนวโน้มในพฤติกรรมส่วนนี้ก็จะมีดีขึ้นด้วย ส่วนพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพของประชากรเมื่อเจ็บป่วยพบว่ายังมีสัดส่วนของการไม่พึ่งพาสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนอยู่ถึงร้อยละ 32.1 ในปี 2544

(ไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 5.4 รักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ ร้อยละ 2.5 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 24.2)¹⁶ ซึ่งหากไม่มีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ดีพออาจเกิดผลเสียได้เช่นกัน

ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าการนำเข้าสารเคมีอันตรายเพื่อการอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมเพิ่มขึ้นในช่วงหลังปี 2541 ซึ่งมักเป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจภายในประเทศที่เริ่มฟื้นตัวเช่นกัน (ข้อมูลปริมาณการนำเข้าของเคมีวัตถุ พ.ศ. 2536-2544, กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์) สารเหล่านี้มีโอกาสแพร่กระจายจากแหล่งกำเนิดออกสู่สิ่งแวดล้อมทำให้เกิดมลพิษได้ง่าย จากการสำรวจของกรมควบคุมมลพิษในพื้นที่ภาคเหนือ 8 จังหวัด พบสารตกค้างในดินและน้ำถึงร้อยละ 20.1 ของตัวอย่างทั้งหมด ในปี 2542¹⁷ เรื่องนี้มีผลต่อการเกิดปัญหาโรคเรื้อรังในกลุ่มประชากรที่ต้องสัมผัสกับสารเหล่านี้ได้ในระยะยาว

อัตราป่วยของกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญเช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งในปี 2540 มีสัดส่วนที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่นๆ (การติดเชื้อ HIV/AIDS และอุบัติเหตุทุกประเภท)¹⁸ จนกลายเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญของประชากรไทยแทนที่กลุ่มโรคติดต่อไปโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มโรคโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นมา อัตราตายจากกลุ่มโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นมากตั้งแต่ปี 2525 และยังไม่สามารถทำให้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 40 ต่อประชากร 100,000 คนได้ (ยังเป็น 68.44 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2544) ทั้งนี้ยังไม่นับอัตราตายจากกลุ่มโรคหัวใจ (ซึ่งอาจมีการความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกในมรณบัตรในช่วงที่ผ่านมา) อัตราตายและความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost หรือ YLLs) ของโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งในปี 2541 รวมกันมีมากกว่าของกลุ่มอุบัติเหตุทุกประเภทรวมกันถึง 49.7 ต่อประชากรแสนคนหรือคิดเป็น 3.68 แสน YLLs จากฐานข้อมูลเดียวกันหากเทียบในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง แต่ไม่รวมโรคจิตประสาท) กับโรค AIDS แล้วก็ยิ่งมากกว่าเช่นกัน คือคิดเป็นร้อยละ 30 ต่อร้อยละ 21

ตารางที่ 1 อัตราตายและความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost หรือ YLLs)¹⁹

กลุ่มโรค	อัตราตาย (ต่อแสนคน)	YLLs (ปี)
กลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ		
- โรคหัวใจทุกชนิด	39.8	586,441
- โรคเบาหวาน	12.6	179,135
- โรคเบาหวาน	60.5	866,464
อุบัติเหตุทุกประเภท	63.2	1,263,807
ส่วนต่าง*	49.7	368,233

* ส่วนต่าง = กลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ (รวมในส่วนของโรคหัวใจทุกชนิด โรคเบาหวาน และโรคเบาหวาน) - อุบัติเหตุทุกประเภท

ผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรและการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาส่งผลให้เกิดภาระโรคที่คิดเป็น Disability Adjusted Life Years (DALYs) มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากจากปี 2530-2536 ในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ร้อยละ 43.6-50.8 ซึ่งเป็นรองเพียงแค่กลุ่มอุบัติเหตุเท่านั้น²⁰ หากแนวโน้มของการเกิดโรคในกลุ่มนี้ยังสูงอยู่จะส่งผลกระทบต่อภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรไทยต่อไป โกล์เคียงการประเมินสถานการณ์และแนวโน้มเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ โดยองค์การอนามัยโลกที่จัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่เป็น “medium income, low to medium level of aging, medium burden of communicable disease...but rapidly aging and thus facing an increase in chronic disease and disability”²¹ นั่นคือสถานการณ์โรคติดเชื้อมีอยู่ในระดับปานกลางหรือไม่น่าเป็นห่วงแล้ว แต่ในขณะที่กลุ่มโรคเรื้อรังและทุพพลภาพจะเป็นปัญหาสำคัญที่เพิ่มมากขึ้น

ในปี 2545 ประชาชนไทยตายจากโรคหัวใจหลอดเลือดประมาณ 32,000 คน หรือชั่วโมงละ 4 คน ตายจากโรคมะเร็ง 45,000 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน ตายจากอุบัติเหตุทางบก 13,000 คน หรือชั่วโมงละ 2 คน ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนี้เป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละการตายที่ทราบสาเหตุของประชากรไทย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ การมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จากการสำรวจระดับประเทศล่าสุดในปี 2543 พบว่ามีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 5 ล้านคน และมีภาวะเบาหวานประมาณ 3 ล้านคน

4. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการให้ความสำคัญกับการดูแลปัญหาโรคเรื้อรังมากขึ้นเป็นลำดับ นอกเหนือจากงานด้านวิชาการทางคลินิก งานด้านระบาดวิทยา และการวางแผนทางป้องกันและการให้การศึกษา หรือการตรวจเพื่อคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยนี้เป็นการเฉพาะ มีงานศึกษาวิเคราะห์ระบบการให้บริการในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม มีโครงการรณรงค์เพื่อลดปัญหาการเกิดโรคในกลุ่มดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับทั้งจากของภาครัฐและหน่วยงานที่มีไม่ภาครัฐ²² รวมถึงการรณรงค์เพื่อระดมเงินทุนที่เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเหล่านี้

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นทางด้านสุขภาพได้²³ โดยหลักการของโครงการนี้เน้นว่าเป็นประโยชน์ต่อการเข้าถึงบริการ (access to care) ของผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการในระดับปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ และบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคส่วนบุคคลหรือส่วนครอบครัว (personal and family preventive and promotive services) หรืออาจรวมถึงทุติยภูมิในบางส่วนอีกด้วย

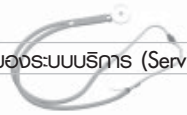
สาระสำคัญอื่นๆ ของโครงการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการกลุ่มโรคเรื้อรังระบุถึงความเป็นระบบที่ต้องสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) การระงับไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็นโดยมีกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบปลายปิด (closed end) การจ่ายเงินโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) เป็นหลักการที่ดีและมีความพยายามในการนำไปปฏิบัติใช้กันหลายประเทศมีปัญหาบางอย่างน้อย

บ้างต่างกันไป โดยทั่วไปหลักการนี้จะเป็นหลักการที่ใช้กับกรณีทั่วไปหรือเป็นเบื้องต้น ในระยะกลาง และระยะยาวจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาโยบายเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคใดกลุ่มโรคหนึ่งตาม ความเร่งด่วนและความสำคัญของปัญหานั้นๆต่อไป เพื่อให้การดำเนินการต่างๆสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เฉพาะนั้นๆ

จากการเปลี่ยนแปลงระบบการคลังสาธารณสุขที่รัฐบาลได้รับประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานของ ประชาชน โดยที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการรักษาครั้งละ 30 บาท ซึ่งระบบการจ่ายแบบต่อครั้ง (per visit) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการนั้นเหมาะสำหรับการเจ็บป่วยเป็นครั้งคราว เช่น การติดเชื้อไข้หวัด ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลจากระบบบริการหลายครั้งและต่อเนื่อง ดังนั้นระบบบริการที่มีอยู่จึงอาจไม่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจมีอาการไม่เด่นชัดเช่น โรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีอาการจึง ไม่มาทำการรักษาหรือมาอย่างสม่ำเสมอ ระบบที่ดีจะต้องช่วยตรวจค้นพบโรคได้เร็วตั้งแต่ระยะแรก และติดตามผู้ป่วยกลับมารักษาได้อย่างต่อเนื่อง

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเน้นไปเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นการทั่วไปมากกว่า แม้ว่าจะเป็นระบบที่ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างสะดวกมากขึ้น แต่อาจ ไม่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของระบบบริการโรคเรื้อรัง ปัญหาที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังในประเทศไทยยังเป็นเรื่อง ความครอบคลุมของระบบบริการ และการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของประชาชนและข้อมูลจากสำนักตรวจราชการ พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของประชากรของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจวัดความดันอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา และพบว่าน้อยกว่าร้อยละ 40 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจ วัดระดับน้ำตาล และจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนของ InterAsia study พบว่ามีเพียงร้อยละ 50 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทราบว่าตนเองเป็นมีความดันโลหิตสูง และ ประมาณร้อยละ 25 ได้รับการ การดูแลรักษา และเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการดูแลจนกระทั่งสามารถควบคุมระดับความ ดันสู่ระดับปกติ จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นจะเกิดผลกระทบคือมี ผู้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นจากผลแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น การเกิดโรคเส้น โลหิตในสมองตีบหรือแตก และการตายจากโรคเส้นโลหิตในสมองตีบหรือแตกเป็นสาเหตุที่สำคัญของ การตายจากโรคหลอดเลือดในประเทศไทย

จะเห็นได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นระบบบริการต้องให้ความครอบคลุมกับประชาชนที่เจ็บ ป่วยแต่ไม่ได้เข้าระบบบริการ และต้องเอื้อต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยด้วยเพื่อลดปัญหาที่เกิด จากการความไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องของระบบบริการอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีประเด็นอีกมากที่จำเป็นต้อง มีการดำเนินการทั้งในเรื่องการประสานการดูแลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งที่อยู่ในกลุ่มงานเดียวกัน ต่างงานกัน เช่น ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลทั้งที่อยู่สังกัดเดียวกันและต่างสังกัด ยิ่งถ้าเป็น หน่วยงานที่ทำงานต่างกันและอยู่คนละสังกัดแล้วยิ่งเป็นเรื่องที่ยาก เช่นงานด้านสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจยังไม่มีมีการประสานกับการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมกับทางการ แพทย์เป็นต้น รวมถึงเรื่องการเงินการคลัง และสิทธิประโยชน์ต่างๆซึ่งจะได้กล่าวในส่วนต่อไป ดังนั้น ในภาพรวมแล้วจำเป็นต้องมีการดำเนินการอีกมากเพื่อให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถส่งเสริมให้ เกิดบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ดีได้



5. ระบบบริการโรคเรื้อรังในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

เนื่องจากที่ระบบบริการของประเทศไทยที่ผ่านมาไม่มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจนนักสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพิ่งเริ่มเห็นความสำคัญของกลุ่มโรคนี้ซึ่งเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้น ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะศึกษาถึงระบบบริการที่มีอยู่ต่อกลุ่มโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ แม้แต่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เพิ่งดำเนินการก็ตามดังที่กล่าวแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตามในภาพรวมของการให้บริการกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญพอจะจัดหัวข้อได้ดังนี้

5.1 การให้บริการของภาครัฐ

ภาพรวมการให้บริการสุขภาพโรคเรื้อรังโดยตรงยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นเป็นช่วงที่รัฐดำเนินการจัดสรรทรัพยากร (input) และจัดระบบงานที่เหมาะสม (process) โดยเป็นการดำเนินการมาก่อนโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่การรักษาในสถานพยาบาลไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือการดูแลตัวเอง โดยทั่วไปโรคเรื้อรังที่เป็นไม่มากหรือไม่รุนแรง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ผู้รับบริการก็มักจะเข้าไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐใกล้บ้านซึ่งมักเป็นสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิเป็นอย่างมาก เช่น สถานีอนามัย รพ.ชุมชน เป็นต้น อาจมีประชากรส่วนหนึ่งที่ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน ทั้งนี้ก็ขึ้นกับพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยด้วย ซึ่งในแง่ของการดูแลรักษาเองแล้วถือว่ามีส่วนดีในการที่มีสถานบริการในระดับต้นๆ เพื่อให้บริการโรคในกลุ่มนี้ เพราะโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานแม้จะไม่ต้องรับการรักษาด้วยยาแล้วก็ตาม รวมถึงมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคที่ดำเนินกันไปแบบคู่ขนาน เช่น โครงการณรงค์ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคหัวใจและเบาหวาน โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบ โครงการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็ง เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังเป็นการยากที่จะบอกถึงผลสำเร็จของการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (outcome) จำเป็นต้องใช้เวลาซึ่งอาจนานกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ และต้องมีการวางระบบอย่างดีพอ

ในแง่การติดตามการรักษาก็มีส่วนสำคัญเพื่อไม่ให้กลับมามีอาการซ้ำหรือกำเริบได้อีกหรือให้สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพชีวิตที่ดีพอสมควรตามอัตรภาพ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยยา เครื่องมือ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นพิเศษส่วนใหญ่ต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ใหญ่ขึ้นหรือให้การบริการที่จำเพาะเจาะจงกับโรคบางกลุ่มมากขึ้น เช่น รพ.ประจำจังหวัดหรือรพ.ศูนย์ซึ่งมักมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากกว่ารพ.ชุมชน รพ.หรือสถาบันเฉพาะโรค เช่น รพ.โรคทรวงอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันโรคหัวใจหรืออื่นๆ ซึ่งรวมถึงโรงเรียนแพทย์ของรัฐที่มีอยู่ด้วย

อย่างไรก็ดีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยเป็นการเฉพาะเหล่านี้ก็ยังมีปริมาณไม่มากนักเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทั่วประเทศ (ในกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลเฉพาะทางและสถาบันเฉพาะโรค 19 แห่ง โรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง ในต่างจังหวัดทั้ง 4 ภาคมีโรงพยาบาลเฉพาะทางและสถาบันเฉพาะโรค 41 แห่ง โรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง)²⁴ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ หรือหากเข้าถึงได้บางครั้งก็เข้าไปผลการรักษาอาจไม่ดีนักหรืออาจเสียชีวิตไปก่อนไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอคิวเข้ารับการรักษาเป็นพันรายต่อปี ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รอรับการตรวจรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติในแต่ละวัน ผู้สูงอายุที่เข้าคิวรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์เพื่อรักษาต้อกระจกตามรพ.ในต่างจังหวัด

■ ระบบบริการโรคเรื้อรังภายใต้การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังที่มีอาการกำเริบหรือเข้าชั้นวิกฤตต้องเข้ารับการรักษานใน ICU ฉุกเฉินอาจต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนไปก่อนซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

การรักษาที่ไม่เชื่อมโยงระหว่าง ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคและได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละโรคมักได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนานซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงและได้รับยาที่อาจมากกว่าความต้องการ

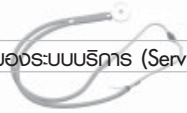
5.2 สิทธิประโยชน์

ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ดำเนินการโดยกลไกภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการที่หลากหลายทำให้เกิดความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์^{25,26,27} นอกจากนี้การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 พบว่า มีประชากรเพียงประมาณร้อยละ 71 ของประชากรทั้งหมดที่ได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลระบบใดระบบหนึ่ง กล่าวคือ ก่อนที่จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพของรัฐที่อยู่สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71 และมีประชากรอีกประมาณร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมดที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ²⁸

ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีงบประมาณต่อหัวสูงกว่าระบบอื่นของรัฐจึงจะทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุด²⁹ ส่วนโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาพยาบาล (สปร.) จะมีงบประมาณต่อหัวต่ำกว่าระบบอื่นของรัฐจึงจะทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์ต่ำที่สุด ซึ่งทำให้บางครั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ และยิ่งพบอีกว่าในระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจหรือโครงการบัตรสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่วมออกเงินซื้อบัตรสุขภาพเพื่อประกันความเสี่ยงล่วงหน้า และรัฐจัดเงินอุดหนุน สมทบโครงการดังกล่าวประมาณ 249 บาทต่อคนต่อปีในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2538-2542 ซึ่งเป็นโครงการภาคสมัครใจทำให้ผู้ที่มีโอกาสใช้บริการสูงหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องเข้ารับบริการบ่อยๆ มีแนวโน้มจะสมัครเข้าเป็นสมาชิกมากกว่า (adverse selection) ส่วนผู้ที่สุขภาพดีจะไม่สมัครเข้าเป็นสมาชิก ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงแคบ (limited risk pooling) การคลังของโครงการอาจไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาวแม้จะมีงบประมาณอุดหนุนร้อยละ 50 ก็ตาม

จากการทบทวนความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบที่มีพบว่า ยังมีการให้ความสำคัญสำคัญกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มากนัก นอกจากระบบประกันสังคมที่มีการกำหนดให้มีการเบิกจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมสำหรับโรคเรื้อรัง 8 โรคได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ นอกจากนั้นแล้วมักเป็นการกำหนดเพื่อจำกัดสิทธิเสียมากกว่าโดยหากเป็นระบบที่มีการควบคุมไม่มากหรือไม่ควบคุมก็อาจไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย แต่จะพบว่ารายจ่ายจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งบางครั้งก็อาจเกินความจำเป็น เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว ซึ่งในช่วงหลังรัฐอาจมีการพิจารณามาตรการบางอย่างเพื่อลดภาระในส่วนดังกล่าว และหากเป็นระบบที่มีการควบคุมก็จะจำกัดสิทธิในการเบิกจ่ายมากขึ้น ๆ ตามสภาพการควบคุมนั้นหรือบางครั้งไม่คุ้มครองเลย จนบางครั้งโดยเฉพาะในบางรพ.ของรัฐอาจทำให้มีการอุดหนุนข้ามระบบ (cross subsidy) เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ กันนี้ด้วย

เมื่อรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 ซึ่งทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้นโดยรวมและโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีความคุ้มครองมาก่อนแต่การเข้ารับบริการใน



ระดับตติยภูมิขึ้นไปนั้นยังเป็นเรื่องที่ต้องมีการติดตามต่อ สภาพการณ์ที่ระบบต้องสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) และไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็นโดยมีกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบปลายปิด (closed end) อาจทำให้เกิดปัญหาการให้บริการในระดับตติยภูมิได้ หรือแม้แต่ว่าระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิในระยะยาว เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น

การจ่ายเงินโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) เป็นอีกหลักการสำคัญของโครงการที่ต้องทำให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจตรงกันจะวัดอย่างไรเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่ ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังแล้วจะต่างจากกลุ่มโรคติดเชื้อส่วนใหญ่อย่างชัดเจน อาจต้องติดตามกันเป็นเวลานานทั้งระดับบุคคลและระดับประชากร และต้องมีการสร้างหรือจัดระบบมารองรับให้เพียงพอก่อน ดังนั้นหากเชื่อมโยงเรื่องนี้เข้ากับการจ่ายเงินจะมีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นมาก ตัวอย่างเช่น การดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่คาดว่าจะเห็นผลในอีก 5-10 ปีข้างหน้า แต่โครงการจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการจะจัดระบบการจ่ายเงินอย่างไรเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายได้

นอกจากนี้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการเป็นไปในแนวทางที่ส่งเสริมให้สถานบริการจัดการบริการในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ รวมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคส่วนบุคคลหรือส่วนครอบครัว (personal and family preventive and promotive services) เป็นหลัก โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและเน้นการให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ทางสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในสิทธิประโยชน์ส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับทุติยภูมิบางส่วนขึ้นไป อาทิเช่น การต้องใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงรวมทั้งอวัยวะเทียมต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด เช่น การรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน การให้เคมีบำบัด (chemotherapy) หรือรังสีรักษา (radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery bypass surgery) การรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (cryptococcal meningitis) ฯลฯ

สิทธิประโยชน์อาจไม่ครอบคลุมการบริการที่มีความจำเป็นในการรักษาโรคเรื้อรังบางกลุ่มโรค เช่น การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาว (cost containment system) และการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบปลายปิด (closed end) โดยนัยนี้จะพบว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในระดับตติยภูมิขึ้นไป เช่น โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ จะได้รับผลกระทบทางการเงินสูงกว่าโรงพยาบาลที่ให้บริการในระดับต่ำกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัย แม้จะได้รับงบประมาณเพิ่มเติมบ้างก็ตาม และโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่านี้มักเป็นสถานที่สุดท้ายที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มาสิ้นสุดการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิตจะเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั้งชีวิตของผู้ป่วยเลยทีเดียว

จุดอ่อนที่คล้ายกันอีกในหลายประเทศคือการจัดสิทธิประโยชน์ที่เน้นการรักษาหรือป้องกันเป็น “ครั้งคราว” ยังไม่เน้นการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่องมากนักซึ่งไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของโรค อันจะกระทบถึงผลการรักษาในระยะยาวรวมทั้งการวางระบบการเบิกจ่ายงบประมาณที่เป็นเครื่องมือใน

การสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลจัดบริการให้เหมาะสมอีกด้วย

5.3 การจัดการการเงินการคลัง

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นี้กำลังจะกลายเป็นภาระทางการเงินการคลังของประเทศในระยะยาว เนื่องจากจำนวนที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น การรักษาที่มีการพัฒนาไปไกลมากขึ้น ทางเลือกในการรักษามีหลากหลายมากขึ้นและค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในภาพรวมของประเทศยังไม่มีจัดการการเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังโดยตรง แหล่งการเงินที่สำคัญของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากครัวเรือนของภาคเอกชนซึ่งมากถึงร้อยละ 60-70³⁰ หากต้องรักษาในระยะยาวหรือมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากในบางคราวแล้ว จะเป็นภาระแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ประเมินการจากภาพรวมของประเทศที่มีภาระโรคในกลุ่มโรคต่างๆ สูงขึ้นน่าจะมีส่วนให้รายจ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นนอกเหนือจากสาเหตุอื่นๆ ด้วยเช่นกัน โดยในปี 2543 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อยถึงร้อยละ 6.09 ของ GDP โดยเฉพาะในส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาจะมีสัดส่วนที่สูงเป็นพิเศษถึงร้อยละ 34.3 ของรายจ่ายด้านสุขภาพซึ่งโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ก็ต้องพึ่งยาไม่มากนักน้อย

สำหรับการจัดสรรงบประมาณภาครัฐตามตัวเลขของสำนักงานประมาณ ยังให้ความสำคัญกับการรักษามากอยู่เหมือนที่ผ่านมา มาคือเกือบร้อยละ 90 (รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) งานด้านการป้องกันหรือการให้ความรู้กับประชาชนหรือกับบุคลากรทางการแพทย์เองยังน้อยอยู่รวมกันไม่ถึงร้อยละ 10 ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับงานในเชิงรับมากกว่าเชิงรุกเป็นอย่างมาก และในระยะยาวคงไม่สามารถรับมือกับปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ได้ ในขณะที่ทรัพยากรยังมีจำกัดและจำกัดมากขึ้นทุกปีด้วยจากระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจำนวนครั้งของการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นโรคความดันโลหิตสูงรับการรักษาเฉลี่ยปีละประมาณ 3 ครั้ง

5.4 คุณภาพ มาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการ

ยังไม่มีระบบคุณภาพที่เป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ จำเป็นต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กันเพราะจะเชื่อมโยงไปสู่เรื่องการประเมินผลการดำเนินงานและงานด้านการเงินการคลังอีกด้วย ดังนั้นในการดำเนินการด้านการควบคุมคุณภาพ และการกำหนดมาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภคต้องมีการตั้งมาตรฐานเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการควบคุมคุณภาพและต้องพิจารณาถึงวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐานด้วยซึ่งการดำเนินการต้องพิจารณาถึงตัวชี้วัดที่สามารถบอกถึงความครอบคลุมและประสิทธิภาพของระบบบริการด้วย เช่น การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพของระบบบริการ (health performance indicators) และ (Input Process Outcome Impact indicators)

จากระบบบริการปัจจุบันนั้น พบว่าระบบข้อมูลที่ใช้ในการประเมินความครอบคลุม แลคุณภาพของระบบบริการนั้นยังไม่ได้พัฒนาอย่างเป็นระบบในประเทศไทย จากการที่ไม่มีระบบประเมินความครอบคลุมและคุณภาพของระบบบริการ ทำให้การดำเนินการควบคุม ป้องกัน และ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มที่ ภายใต้ระบบข้อมูลสุขภาพปัจจุบันที่เน้นที่ระบบรายงานจากสถานบริการ เช่นระบบการรายงานผู้ป่วยใน ระบบการเบิกจ่ายเงิน (DRG) หรือระบบการร้องเรียน จะเห็นได้ว่าระบบดังกล่าวไม่สามารถชี้ให้เห็นถึงบทบาทภาระที่สถานบริการให้การบริการด้านสุขภาพแก่

ประชาชน ตัวอย่างเช่น จากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 5 ของประชากรซึ่งประมาณได้ 3 ล้านคน ดังนั้นในประชากร 10,000 คนต้องมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 500 คน แต่จะพบว่าระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขมิได้ดูแลผู้ป่วยต้องการข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นสถานบริการจึงไม่พยายามที่ทำการค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเพื่อเข้ามาใช้บริการ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการค้นหาจึงไม่ได้รับการบริการการรักษาและอาจจะมาโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและระบบข้อมูลสุขภาพปัจจุบันไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพของระบบบริการได้ ดังนั้นระบบข้อมูลที่สามารถแสดงสถานะสุขภาพของประชาชน ควรได้รับการพัฒนาและสนับสนุนเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการ

การประเมินผลต้องมีการประเมินทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ด้วย (Input Process Outcome Impact indicators) ที่เกิดขึ้นจากระบบบริการและระบบประกันสุขภาพ หน่วยงานที่เป็นผู้ตัวแทนของประชาชน (purchaser) ต้องมีระบบที่สามารถประเมิน การจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ทั้งทรัพยากรด้านบุคคล ด้านงบประมาณ และ การจัดการ รวมทั้งผลการดำเนินการของสถานบริการสาธารณสุข (provider) ที่จะต้องนำเสนอข้อมูลเหล่านี้แก่สาธารณสุขเพื่อให้ประชาชน (ผู้รับบริการ) ได้ทราบถึงผลกระทบจากการทรัพยากรของระบบบริการ

5.5 พฤติกรรมการรับบริการของประชาชน

เรื่องนี้มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการประชากรอยู่ไม่น้อยนอกเหนือไปจากการจัดบริการตามความชุกและความลักษณะของความเจ็บป่วยของประชากรเป้าหมาย ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีเศรษฐกิจดี ซึ่งมักอยู่ในเขตเมืองก็มักจะเลือกความสะดวกและการบริการที่ดีเป็นหลักและมักไม่มีปัญหาต่อการเข้าถึงบริการ แต่กลุ่มที่มีลักษณะตรงกันข้ามไม่มีโอกาสเลือกมากนักหรือหากมีก็อาจไม่ทราบถึงสิทธิที่ตัวเองมีในการเลือก การให้บริการสุขภาพในส่วนนี้จึงมักเป็นไปตามความคุ้นเคยที่มีอยู่เป็นประจำ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิเป็นส่วนใหญ่ เช่น สถานีอนามัย รพ.ชุมชน เป็นต้น สถานบริการเหล่านี้สามารถให้บริการโรคเรื้อรังที่เป็นไม่มากหรือไม่รุนแรง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือการตรวจคัดกรองเบื้องต้น จากพื้นฐานที่กล่าวนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งในการจัดระบบบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

5.6 เรื่องอื่น ๆ

- ระบบข้อมูลทางคลินิก-ระบบข้อมูลทางคลินิกที่ไม่เพียงพอถึงแม้ว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้พยายามจัดการปัญหาการใช้บริการที่ไม่ต่อเนื่องโดยการเน้นที่การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการพื้นฐานกับสถานบริการระดับสูง การเปลี่ยนแปลงสถานบริการของผู้ป่วยของผู้ป่วยเอง ทำให้ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยยังขาดความเชื่อมโยง โดยเฉพาะผู้ที่ปัญหาโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค จึงจำเป็นต้องมีการวางระบบฐานข้อมูลที่ดีซึ่งอาจต้องลงทุนเป็นจำนวนมาก และควรมีการเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆที่จำเป็นต้องทำงานประสานกัน (coordinated or integrated system) ด้วย
- กำลังคนในระบบบริการ-โดยเฉพาะกำลังคนทางด้านสุขภาพทั้งหมดไม่เฉพาะแพทย์หรือพยาบาลเท่านั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมการล่วงหน้าเป็นเวลานาน และในสภาพปัจจุบันในภาพรวมก็มีความขาดแคลนอยู่แล้วหากนโยบายการพัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยโรค

เรื่องได้รับการสนับสนุนจำเป็นต้องมีการกำหนดนโยบายในด้านอัตราค่าสิ่งประกอบไปพร้อมกันด้วย

- ระเบียบปฏิบัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง-นโยบายบางเรื่องอาจจำเป็นต้องบังคับหรือตราเป็นสิทธิหรือกฎหมายเพื่อให้มีผลบังคับอย่างจริงจัง บางเรื่องจำเป็นต้องมีการแก้ไขระเบียบต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับระบบงานที่เปลี่ยนไป จำเป็นต้องมีการทบทวนไปพร้อมกันด้วย

6. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดระบบบริการโรคเรื้อรังตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของการดำเนินการจัดการดูแลโรคเรื้อรังภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่น่าจะเป็นคือ

- ประชาชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและสามารถเสนอประเด็นต่อสาธารณะในเรื่องนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ระบบการบริการดูแลโรคเรื้อรังที่สมบูรณ์ในทุกชุมชน
- สถานบริการสุขภาพจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของโรคเรื้อรัง
- โครงสร้างการบริหารจัดการต้องเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ระบบการเงินและการคลังต้องสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ
- นโยบายสาธารณะและนโยบายด้านสุขภาพต้องเอื้อต่อการใช้ของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการได้รับประโยชน์และมีความพึงพอใจ
- จัดระบบการศึกษาอบรม และการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยต้องเป็นการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

การดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการจัดวางแนวทางในเรื่องที่สำคัญๆ ดังนี้

6.1 นโยบายการให้บริการโรคเรื้อรัง

การให้ความสำคัญกับการวางแผนทางหรือนโยบายสาธารณสุขที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นไปที่ความสำคัญในภาพรวมของระบบที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ความไม่เสมอภาค ประสิทธิภาพ คุณภาพของการบริการ หรือความครอบคลุมของบริการและประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฯลฯ นโยบายที่เกี่ยวกับกลุ่มโรคที่เฉพาะเจาะจงยังมีไม่มากนัก จนกระทั่งการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยามีความชัดเจนขึ้นเป็นลำดับ ภาระโรค (burden of diseases) ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคเริ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง การดูแลมีความซับซ้อนมากขึ้น ระบบที่ดีจำเป็นต้องมีการประสานการดูแล (coordination of care) ที่ดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องนอกเหนือไปจากบุคลากรทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคม พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เปลี่ยนไปซึ่งมีผลต่อความต่อเนื่องหรือความสม่ำเสมอต่อการรักษา (adherence to long-term therapies) ในระยะยาว

จากประสบการณ์ในหลายประเทศพบว่า การกำหนดนโยบายให้มีพื้นฐานแนวคิดรองรับเป็นแบบผสม (mix position) ในสัดส่วนที่พอเหมาะระหว่างให้ความสำคัญกับอรรถประโยชน์สูงสุดต่อประชากร (utilitarian) การให้ความสำคัญกับความเสมอภาค การเข้าถึงบริการ หรือสิทธิของผู้รับ

บริการ (liberitarian) และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่สังคมคาดหวังหรือต้องการจะเป็น (communitarian) จะเป็นคำตอบที่น่าจะสอดคล้องกับสภาวะการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าเดิม โดยพยายามให้เกิดสมดุลระหว่างความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล (personal responsibility) และความต้องการการช่วยเหลือจากสังคม (public service need) ที่เป็นที่ยอมรับกันได้ และในระยะยาวต้องให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตัวเองให้มากที่สุดในเรื่องที่ควรจะได้ เพื่อลดภาระของรัฐไปด้วย

ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ซึ่งมีหลักการคล้ายกับด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงนโยบายทางสังคมอื่นๆ จำเป็นต้องระบุกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการให้ชัดเจน และต้องมีการกำหนดสิทธิให้ชัดเจนเพื่อเชื่อมโยงไปถึงเรื่องของการเงินการคลังอีกด้วย โดยในเรื่องกลุ่มเป้าหมายจะเน้นเฉพาะกลุ่มคนจนหรือประชาชนทั่วไปทั้งหมด ซึ่งมีทางเลือกอยู่ 3 ทางได้แก่ 1) การจัดนโยบายสำหรับกลุ่มคนจนโดยเฉพาะ 2) การจัดนโยบายสำหรับกลุ่มคนจนเป็นหลักและจ่ายเงินผ่านระบบปกติที่ดูแลคนทั่วไปทั้งหมด และ 3) การจัดนโยบายสำหรับกลุ่มคนทั่วไปทุกกลุ่มทั้งหมด

ซึ่งโดยทั่วไปแล้วกลุ่มคนจนมักเป็นเป้าหมายแรกๆ ที่จะต้องเข้าไปดูแลเนื่องจากจะได้รับผลกระทบที่มากที่สุด อย่างไรก็ตามนโยบายที่ดำเนินการผ่านกลุ่มคนทั่วไปที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเช่น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ยังสามารถส่งผลไปถึงกลุ่มคนจนได้ซึ่งหากทำได้ดีแล้วจะสามารถลดปัญหาที่จะติดตามมากับนโยบายเฉพาะกลุ่มคนจนได้อีกด้วย เช่น เรื่องของคุณภาพที่อาจต่ำกว่ามาตรฐานปกติ เป็นต้น

นอกจากนี้กลุ่มที่ไม่ใช่คนจนก็สมควรได้รับการดูแลด้วยเช่นกันหากมีทรัพยากรหรืองบประมาณเพียงพอ เพราะโรคเรื้อรังมีโอกาสก่อให้เกิดภัยพิบัติทางการเงิน (catastrophic disease) ต่อผู้ป่วยหรือครอบครัวได้แม้ว่าจะมีฐานะดีก็ตาม นอกจากนี้การดูแลจากครอบครัวก็จะลดลงไปตามการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรรวมถึงผู้สูงอายุเข้าสู่ภาคแรงงานมากขึ้นทำให้ขาดคนดูแล ความเชื่อหรือความคาดหวังของประชาชนในสังคมเรื่องการช่วยเหลือจากภาครัฐโดยนำเงินจากภาษีมาจ่ายจะมีมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยเฉพาะในประเทศที่รัฐสนับสนุนนโยบายในเชิงประชานิยม

สำหรับนโยบายการกำหนดสิทธิหรือขอบเขตของสิทธิของการเข้ารับบริการกลุ่มโรคเรื้อรัง มีแนวคิดประกอบหลายด้านและอาจใช้แนวทางการพิจารณาลำดับกับสิทธิโครงการ 30 บาทที่ถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนมิใช่เรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชนได้ อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปจะกำหนดเป็นสิทธิหรือไม่นั้น มักขึ้นกับความสามารถในการหาเงินมาดำเนินโครงการ ความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่าย การกระจายของผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือการกระจายบริการไปสู่กลุ่มประชากร และอาจรวมถึงความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง และการยอมรับในสังคมต่อนโยบายอีกด้วย

ในที่สุดแล้วนโยบายที่กำหนดต้องตอบสนองต่อรูปแบบ (model) ของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีเป้าหมายเน้นไปที่การควบคุมไม่ให้เกิดการป่วยเป็นโรคในกลุ่มประชากรเพิ่มขึ้นโดยการพยายามป้องกันหรือลดภาวะการเจ็บป่วยและการตาย (illness recovery) การเพิ่มคุณภาพและช่วงเวลามีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยให้มีชีวิตอย่างมีคุณค่า นอกจากนั้นจะต้องให้ความสำคัญไปที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (prevention / health promotion) มิให้เกิดผู้ป่วยใหม่โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงด้วยการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย (health education) การตรวจคัดกรองที่ดี ทั้งนี้ต้องมีการดูแลกันต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต หากพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคแล้ว โดยมีการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้ในระดับที่เหมาะสม (chronic disease self-management) มีการจัดระบบการรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพของโรคตั้งแต่การจัดการเรื่องยา (pharmacy

management) การจัดการการรักษาโรค (evidence-based chronic disease management) การจัดระบบบริการสุขภาพให้ครบถ้วน (broad spectrum of health care organization) รองรับความต้องการของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ก็มีภาวะทุพพลภาพอยู่ด้วย (rehabilitation and functional support or long term care support) รวมถึงการบริการทางสังคมอื่นๆ ทั้งหมดนี้ต้องสอดประสานกันเป็นอย่างดี (coordinated care) ซึ่งรวมความถึงเรื่องการจัดหาแหล่งการเงินที่เหมาะสมและยั่งยืนสำหรับการดำเนินการทั้งหมดนี้ด้วย

การดำเนินการตามรูปแบบที่กล่าวอาจไม่สามารถทำได้พร้อมกันหมดทุกกลุ่มโรคเรื้อรัง รัฐอาจต้องเลือกกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหามาก และมีความเป็นไปได้ต่อการดำเนินการตามระบบดังกล่าวมากที่สุดก่อน แล้วทำให้เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป ซึ่งเมื่อได้มีการจัดระบบการดำเนินการที่ดีสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแล้วบ่อยครั้งสามารถใช้ระบบการดำเนินการนั้นสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นได้ด้วย แม้ว่าอาจต้องเพิ่มทรัพยากรบางอย่างเข้าไปด้วยก็ตาม แต่ก็ไม่ถึงกับจำเป็นต้องลงมือทำใหม่ทั้งหมด และบ่อยครั้งโรคเรื้อรังที่พบบ่อยๆ ก็มักมีความสัมพันธ์เกี่ยวของกันอยู่แล้วเช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดัน เป็นต้น

นโยบายอื่นๆ ที่อาจทำควบคู่กันไปด้วยเพื่อลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบได้แก่ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกันทั้งบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ เทคโนโลยีและสารสนเทศต่างๆ การพยายามลดการรักษาที่ไม่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยช่วงสุดท้ายของชีวิต (end of life care) ซึ่งมักมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากเป็นพิเศษ เป็นต้น

6.2 ระบบการเงินการคลัง

ระบบการเงินการคลังก็มีแนวคิดคล้ายกับนโยบายในภาพรวมคือ ต้องเป็นความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคน (personal responsibility) และความรับผิดชอบของภาครัฐ (public responsibility) หรือความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ (public service need) ที่เป็นที่ยอมรับกันได้ ในทางปฏิบัติอาจแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อที่มากพอ (sufficiently high purchasing power) สำหรับการรักษาที่แพงหรือต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานได้ ทั้งจ่ายเองหรือมีผู้จ่ายให้เช่น ประกันของภาคเอกชน กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อไม่มากพอหรือไม่มีเลยสำหรับการรักษาพยาบาลที่แพงหรือต่อเนื่องเป็นเวลานาน กลุ่มนี้รัฐควรมีการกำหนด safety net ของการเข้าถึงบริการขั้นต่ำที่กลุ่มบุคคลเหล่านี้ควรได้รับนั่นคือประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ในส่วนของภาครัฐหลายประเทศมีการพัฒนารูปแบบของความคุ้มครองหรือการประกันสุขภาพให้เป็นลักษณะการรวมกองทุนอาจรวมแบบรวมจริงเป็น 1 กองทุน (single fund) หรือรวมเพื่อเชื่อมโยงในแง่การบริหารจัดการ (merge or link by technology to be virtual single fund) ในกองทุนนั้นๆ อาจจะมีหลายระดับชั้น (multiple tiered system) สำหรับตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละระดับตามสิทธิที่จะต้องมีการจัดลำดับที่ว่าจะกำหนดสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับตามที่กล่าวแล้วและค่อยๆ เพิ่มสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพิ่มขึ้นไปในระดับที่สูงขึ้น

การมีระดับชั้นมากแม้จะตอบสนองความต้องการได้ดีมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและปกป้องความเสี่ยงในส่วนของผู้ป่วยได้มากขึ้น หากจัดระบบบริการได้เช่นนี้ก็สามารทำให้บรรลุดัตุประสงค์เรื่องของการเข้าถึงบริการ รวมถึงสามารถดึงดูดความสนใจของคนในแต่ละระดับให้เข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพได้มากขึ้นเพราะสามารถตอบสนองความต้องการได้ตรงกับแต่ละกลุ่มเป็นอย่างดี

ดี แต่ขณะเดียวกันจะเพิ่มความยุ่งยากในการจัดระบบและนำไปสู่ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการที่เพิ่มตามมาเช่นกัน รวมถึงประสิทธิภาพของระบบที่อาจลดลงไปด้วยเนื่องจากระบบที่มีความซับซ้อนมากนั่นเอง และแนวโน้มที่พบในระยะยาวเมื่อทำไประยะหนึ่งคือ จะมีการใช้บริการที่มากขึ้นเนื่องจากระบบเอื้อต่อการเข้าถึงบริการทำให้สิทธิประโยชน์การคุ้มครองในระยะยาวจะถูกจำกัดลงไปอีกเป็นวัฏจักรเช่นนี้

นอกจากนี้หลักเกณฑ์ในการจ่ายควรมีการปรับไม่ควรเป็นการจ่ายต่อครั้งเพราะจะทำให้ไม่เป็นที่พอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การจ่ายต่อครั้งอาจทำให้ผู้ให้บริการหัดบอยให้ยาน้อย ผู้ป่วยมีความไม่สะดวกในการติดตามการรักษา ควรเน้นที่ผลลัพธ์ของการรักษาในระยะยาว (long term health outcome)

การจัดสรรงบประมาณของภาครัฐควรพิจารณาปรับสัดส่วนให้ความสำคัญกับการป้องกันมากขึ้น การทำเช่นนี้จะมีส่วนสำคัญในการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศได้ในระยะยาว บางครั้งอาจต้องแลกกับงบประมาณการรักษาบางส่วนไปบ้างในระยะสั้น ซึ่งอาจเลือกที่จะแลกกับการรักษาในส่วนที่พอรอได้ ไม่ค่อยจำเป็นหรือไม่ค่อยสำคัญ ยังไม่ได้รับการรับรองผลที่แน่นอนหรืออยู่ระหว่างค้นคว้าวิจัย (แต่ต้องมีงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนาแยกต่างหาก) หรือมีทางเลือกอื่นที่คุ้มค่ากว่าไปก่อน สำหรับสัดส่วนที่เหมาะสมของงบประมาณด้านการป้องกันรวมถึงการให้ความรู้กับประชาชนหรือกับบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการศึกษาหาตัวเลขที่เหมาะสมต่อไป

ระบบการประกันสุขภาพของเอกชนจะมีบทบาทมากขึ้นโดยเฉพาะในส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลโดยเน้นไปที่ผลประโยชน์ระยะยาวของผู้ป่วยหรือจนตลอดชีวิต ซึ่งเรื่องนี้รัฐอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนประกันสุขภาพของเอกชนได้ในบางเรื่องเช่น เรื่องแรงจูงใจทางด้านภาษีสำหรับบริษัทเป็นต้น โดยแต่ละบุคคลยังมีส่วนรับผิดชอบตัวเองอยู่มากบ้างน้อยบ้างไปตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ด้วยการจ่ายเงินสมทบ (co-payment) ตามสัดส่วนที่เหมาะสมโดยใช้หลักการดังกล่าวร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วยเพื่อจะให้เกิดสมดุลระหว่างความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคน (personal responsibility) และความรับผิดชอบของภาคระบบประกัน (insurance responsibility) ที่ยอมรับกันได้ โดยทั่วไปจำเป็นต้องมีกลุ่มความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดโรคที่เข้าระบบด้วยมากพอเพื่อเป็นการรวมความเสี่ยง (risk pooling) เพื่อที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายให้กับกลุ่มที่จำเป็นต้องใช้บริการจริง มิฉะนั้นแล้วค่าธรรมเนียม (premium) หรือการจ่ายสมทบในแต่ละครั้งก็จะมีสัดส่วนที่สูงจนอาจเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้

นอกจากนี้การซื้อประกันจากกลุ่มเสี่ยงน้อยอาจไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนักเพราะคนกลุ่มนี้มักมีอายุยังไม่มาก การใช้จ่ายเงินจะคำนึงถึงความจำเป็นเฉพาะหน้าหรือในระยะสั้นและระยะกลางมากกว่าระยะยาวแบบโรคเรื้อรังซึ่งเขาอาจเป็นหรือไม่เป็นก็ได้เพราะความเสี่ยงต่ำอยู่แล้ว ดังนั้นหากจะให้กลุ่มนี้ซื้อก็ต้องมีค่าธรรมเนียมที่ต่ำมาก ๆ ซึ่งก็อาจทำให้ได้เงินไม่เพียงพอต่อการดำเนินการได้

6.3 การหาแหล่งเงินทุนสนับสนุนในระยะยาว

การเก็บภาษีเพิ่มเติมเป็นแหล่งรายได้ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐบาลกลางซึ่งจะมีวิธีการหลายวิธีแต่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพโดยตรงคือ ภาษีตราบาป (sin tax) เป็นภาษีกลุ่มสินค้าที่มีผลต่อสุขภาพโดยตรง เช่น สุรา ของมันเมา บุหรี่ ในช่วงสงกรานต์ของทุกปีจะเห็นสถิติการตายจากอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นผลสืบเนื่องจากการดื่มสุรา และยังมีผลระยะยาว

ที่ตามมาอีกมากมายเช่นเดียวกับการบริโภคบุหรี่ ภาษีส่วนนี้สามารถเรียกเก็บได้ทั้งส่วนการปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐบาลกลาง คล้ายกับภาษีน้ำมัน ในปี 2543 ภาษีสุรา เบียร์มียอด 34,714 ล้านบาท ภาษียาสูบ 28,134 ล้านบาท หากสามารถเก็บภาษีกลุ่มนี้เพิ่มได้ จะได้เงินเพิ่มเติมอีกไม่น้อยและยังช่วยลดการบริโภคสินค้าเหล่านี้ไปในตัวด้วย อย่างไรก็ตามการเพิ่มภาษีในส่วนนี้มักมีแรงต้านสูงจากกลุ่มนายทุนผู้ผลิตทั้งในและนอกประเทศที่มีอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงหรือฐานเสียงและการสนับสนุนทางการเมืองได้

นอกจากนี้ยังจะมีการขยายความครอบคลุมไปสู่กลุ่มสินค้าบริการหรือกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพด้วย เช่น สถานบริการที่มีบริการทางเพศแฝงอยู่ แม้จะสร้างความผ่อนคลายแต่ก็อาจตามมาด้วยพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วย โดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากและเป็นปัญหาสังคมตามมา กิจกรรมบางประเภทที่ทำให้เกิดความเครียดต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น การแข่งรถยนต์มอเตอร์ไซด์ ฯลฯ พวกนี้ควรต้องมีการพิจารณามิติของภาษีพิเศษในกลุ่มนี้ทั้งสิ้นตามความเกี่ยวข้องมากน้อยต่างกันไป

หากจะตีความให้กว้างไปอีกกลุ่มสินค้า บริการ หรือกิจกรรม ที่มีผลทางอ้อมก็ควรพิจารณาในเรื่องนี้ด้วย เช่น กลุ่มอุตสาหกรรมที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมแล้วอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แม้ว่าจะมีการดำเนินการมาตรการทางด้านสิ่งแวดล้อมแล้วก็ตาม ก็อาจมีการพิจารณาการเก็บเงินสมทบหรือภาษีในส่วนที่เกี่ยวข้องมาถึงเรื่องสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าว โดยผู้ได้ประโยชน์จากการนั้นๆ จะต้องเป็นผู้จ่ายให้แก่รัฐอาจเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรัฐบาลกลางก็ได้ เช่น โรงไฟฟ้าที่ใช้ถ่านหินอาจสร้างปัญหาระยะยาวด้านสุขภาพได้ ก็ควรมีการเรียกเก็บเงินในส่วนนี้เพิ่มเติมหรือกลุ่มอุตสาหกรรมอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง อาหารหวานเมื่อบริโภคมากๆ ก็จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่างๆ ตามมามากก็ควรเข้าข่ายได้รับการพิจารณาเช่นกัน ซึ่งเริ่มมีการเห็นความสำคัญในการเก็บภาษีกับอาหารที่เกิดโทษต่อสุขภาพในบางประเทศในยุโรปแล้ว

ในทางตรงกันข้ามสินค้า บริการ หรือกิจกรรมที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีรัฐก็ควรพิจารณามิติทางภาษีเพื่อลดหย่อนหรือยกเว้นให้กลุ่มเหล่านั้นด้วยเพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการบริโภคแล้วจะทำให้สุขภาพดีตามมา ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาวลดลงได้ในที่สุด

สำหรับแหล่งรายได้อื่นๆ อาจไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงเช่น การออกสลากการกุศลเป็นครั้งคราว ก็เป็นมาตรการหารายได้เพิ่มเติมที่สามารถทำได้ แต่ไม่ควรทำเป็นประจำเพราะวัตถุประสงค์ของการออกสลากโดยรวมแล้วไม่ได้เป็นไปเพื่อการนี้แต่เป็นไปเพื่อการพัฒนาประเทศโดยรวม ดังนั้นรายได้จากส่วนนี้จึงไม่ยั่งยืนแต่อาจใช้เป็นมาตรการชั่วคราว โดยเฉพาะในยามจำเป็นหรือฉุกเฉินหรือเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ปกติ และรายได้ในส่วนนี้ก็มักจะไม่มากนัก

หรือการจัดเก็บภาษียบุคคลหรือนิติบุคคลทั่วไปเพิ่มขึ้น การเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้น ก็เป็นวิธีการทั่วไป ที่รัฐสามารถนำมาใช้ได้แต่งบประมาณในส่วนนี้จะต้องนำไปพิจารณาการจัดสรรร่วมกับการพัฒนาประเทศที่มีความสำคัญในด้านอื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ด้านความมั่นคง ปัญหาสังคม ยาเสพติด การพัฒนาอุตสาหกรรม ฯลฯ ซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายที่สำคัญของรัฐบาลเช่นกัน หรือเป็น competing priorities ดังนั้นจึงมีโอกาที่จะถูกตัดทอนไปได้และอาจไม่ยั่งยืนในระยะยาว

มาตรการเสริมอื่นๆ อาจทำเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินที่มีอยู่ให้เกิดผลอย่างเต็มที่รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของการประสานทรัพยากรที่มีอยู่มาจัดสรรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป (coordinated care) ได้แก่ การให้กองทุนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบมากขึ้นในระยะยาวมากขึ้น

อาทิ กองทุนประกันภัยตาม พ.ร.บ. คัมครองผู้ประสบภัยจากรถ อาจต้องรับผิดชอบต่อความสูญเสีย หรือ ความพิการทางร่างกายต่อเนื่องในระยะยาวมากขึ้น กองทุนเงินทดแทนอาจเป็นอีกตัวอย่างที่มีการดำเนินการในเรื่องนี้ แต่ระยะยาวต้องดูที่ผลของการรักษาให้มากขึ้นเพื่อประกอบกับการจ่ายเงินค่าบริการให้กับสถานพยาบาลนอกเหนือจากการดูแลการรักษาในช่วงต้นๆ และการควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาว

6.4 เรื่องอื่นๆ

ทั้งในเรื่องของฐานข้อมูลที่เป็นและสอดคล้องกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวางแผน อัตรากำลังและการผลิตกำลังคนทางด้านสุขภาพ การส่งเสริมองค์ความรู้ทางด้านโรคเรื้อรังรวมถึง การศึกษาและวิจัยต่างๆ การให้ความรู้ความเข้าใจและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้มีส่วนรับผิดชอบในการดูแลตัวเองมากขึ้น การปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องต่างๆ การจัดระบบ ตรวจสอบและประเมินผลที่น่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับโดยเน้นผลต่อสุขภาพของประชากรในระยะยาวเป็นต้น

7. ประเด็นที่นำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ

7.1 ใครเป็นผู้ที่รัฐให้การสนับสนุนจากระบบปัจจุบัน รัฐให้ทุกคนภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นรัฐควรพิจารณาผู้ที่ควรได้รับการดูแลจากรัฐเป็นพิเศษ เนื่องจากรัฐไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพกับทุกคนได้ ผู้ที่สนับสนุนถ้ารัฐไม่ทำ งบประมาณที่รัฐ

7.2 สิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ

ก. Institutional care co-payment per episode หรือ เหมาจ่ายเป็นรายโรคต่อปี

ข. Home care การครอบคลุมของการใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

1) การฟื้นฟูเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น

2) การฟื้นฟูเพื่อมิให้สุขภาพแย่ลง

ค. Social care การให้บริการทางสังคม

การชดเชยในลักษณะของทางด้านการเงิน สิทธิพิเศษทางภาษี หรือการลดการเหมาจ่ายรายปี

7.3 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการดูแลโรคเรื้อรัง

7.4 การพัฒนาบุคลากรในภาคบริการในการดูแลโรคเรื้อรัง

7.5 ระบบตรวจสอบและประเมินผลของระบบบริการในระดับต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1 Dunbar-Jacob J, Eren JA, Shlenk EA, Ryan CM, Sereka SM, Doswell WM. Adherence in Chronic Disease.
- 2 จิระพันธ์ กัลลประวัติ. การปรับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2563. 2541.
- 3 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2541. ผลการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- 4 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2543. รายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2541. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- 5 พิรสิทธิ์ คำฉ้วนศิลป์ และคณะ. 2542. การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541. (เอกสารอัดสำเนา)
- 6 ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. 2539. การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน. รายงานการวิจัยได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- 7 ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. 2543. ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.
- 8 กองโรงงานยาสูบ. 2543. สถิติการผลิตบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2543. กองโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง.
- 9 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 10 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 11 กรมสรรพสามิต. 2543. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.
- 12 กองโรงงานอุตสาหกรรม. 2543. จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์และไวน์ พ.ศ. 2543. กองโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม.
- 13 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจสถานะเยาวชนไทย, 2541.
- 14 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 15 การสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของคนกรุงเทพฯ ที่เปลี่ยนไปในสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ, บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2541.
- 16 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2545. รายงานสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2544. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 17 กรมควบคุมมลพิษ. 2543. ร่างรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2542. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม.
- 18 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2541. ผลการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- 19 จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. 2543. “รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทยระยะที่ 1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- 20 บุณย์ชัย สมุทรภักษ์ และคณะ. 2540. การวัดระดับความสูญเสียจากโรคที่กระทบต่อสังคมไทย แนวการจัดลำดับความปัญหาสุขภาพ. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- 21 World Health Organization. Lessons for Long-term Care Policy. The Cross-Cluster Initiative on Long-term Care. 2002.
- 22 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. โครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการในประเทศไทย: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
- 23 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2544. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
- 24 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
- 25 ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย. 2543. “ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. บริษัทดีไซร์ จำกัด.
- 26 ภูษิต ประครองสาย. 2545. “หน่วยที่ 14 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” ใน จรรยา ด้านพูน บรรณาธิการผู้ช่วย, เอกสารการสอนชุดวิชาหลักเศรษฐศาสตร์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. นนทบุรี โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- 27 วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชณา ณ ระนอง .2545. “การติดตามประเมินผลการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45)” รายงานหลักโครงการติดตามประเมินผลการจัดการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีที่1 (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.
- 28 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2544. “ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย” เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย เรื่อง ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 29 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: บทเรียนของการจ่ายตามบริการที่ไร้การควบคุม. ใน ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย, นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
- 30 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2543. รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2542 (ม.ป.ท.).

บทที่ 7 ระบบบริการเภสัชกรรม

โดย :

รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์



1. บทบาทของบริการเภสัชกรรม

บริการเภสัชกรรมเป็นทั้งเป้าหมายและเงื่อนไขของการจัดระบบประกันสุขภาพ

เป้าหมายของการจัดระบบประกันสุขภาพในส่วนของระบบบริการเภสัชกรรมคือ การจัดให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาและบริการทางด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ มีการใช้อย่างเหมาะสม มีมาตรการป้องกันและแก้ไขผลเสียจากการใช้ยา

ในขณะเดียวกัน ยาและบริการเภสัชกรรมก็เป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายของระบบ สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ายา คิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพ¹ การบริหารระบบบริการเภสัชกรรมให้ดียิ่งเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการจัดสรรทรัพยากรที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพโดยรวมของระบบ (system efficiency) ซึ่งมีผลต่อความยั่งยืนของการจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพ

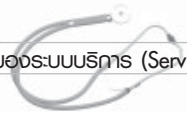
บทบาทหน้าที่ของบริการเภสัชกรรมครอบคลุมกิจกรรมตั้งแต่การคัดเลือกชนิดของยาที่เหมาะสมจะมีไว้ให้บริการ จัดหาผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ การเก็บรักษายาให้คงสภาพดี การตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของยาที่จะจ่ายให้กับผู้ป่วย การจ่ายยาพร้อมการให้ข้อมูลชื่อยา ความแรง ขนาดการใช้ การให้คำแนะนำผู้ป่วย ให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ที่มารับบริการและแก่บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ การติดตาม ประเมินและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ตลอดจนการปฐมนิเทศ การผสมยาตามใบสั่ง²

คำถามหลักของการจัดระบบบริการเภสัชกรรมภายใต้การประกันสุขภาพ ได้แก่ คำถามที่ว่าระบบประกันสุขภาพจะ

- 1) ครอบคลุมสิทธิประโยชน์อะไร ทั้งด้านผลิตภัณฑ์ยาและบริการเภสัชกรรม : (pharmaceutical benefits)
- 2) จ่ายค่ายาและค่าบริการด้านยาจากแหล่งเงินใด : (sources of finance)
- 3) จ่ายค่ายาและค่าบริการด้านยาแก่ผู้ให้บริการอย่างไร : (payment mechanisms)
- 4) จัดองค์กรบริการอย่างไร : (service delivery organization)
- 5) ประกันและตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา การส่งจ่ายยาและการบริการอย่างไร (product and service quality assurance)

คำถามทั้งห้านี้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับการเข้าถึงยาและบริการด้านยา (access) คุณภาพผลิตภัณฑ์ยาและบริการด้านยา (quality) ประสิทธิภาพการให้บริการและประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพ (efficiency) หลักการจัดระบบบริการสุขภาพ ควรคำนึงถึงประเด็นต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่อไปนี้

- Access : ให้มีการเข้าถึงยาที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ทั้งการรักษาโรค การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
- Quality of service-rational use of drugs : ได้รับบริการด้านยาที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมต่อสถานะสุขภาพ
- Quality of products : ได้รับผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ
- Efficiency : มีความคุ้มค่า ส่งเสริมประสิทธิภาพโดยรวมของระบบประกันสุขภาพ
- Consumer choice and convenience: ผู้มีสิทธิในระบบประกันได้รับความสะดวกในการใช้บริการ ระบบเปิดให้มีทางเลือกและมีความเหมาะสมในบริการที่จะได้รับ



2. สองทศวรรษแห่งการพัฒนาเรบบกับผลลัพธ์ที่จำกัด

สองทศวรรษที่ผ่านมา เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสิ่งแวดล้อมของการบริการสุขภาพในประเทศไทยและในส่วนอื่นๆของโลก กระแสปฏิรูประบบสุขภาพและแนวคิดทางด้านการบริหารระบบ รวมถึงการจัดบริการ ได้มีผลต่อรูปแบบวิธีการของการจัดบริการเภสัชกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ดำเนินมาตรการนโยบายหลายประการซึ่งมุ่งแก้ปัญหาและพัฒนาเรบบ ทั้งในส่วนที่มุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบริการเภสัชกรรมโดยตรง และในส่วนที่เป็นระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ในหัวข้อนี้จะประมวลและวิเคราะห์ปัจจัยแนวคิดและมาตรการต่างๆที่มีผลต่อประเด็นคำถามหลัก 5 ประการข้างต้น ในช่วงประมาณสองทศวรรษก่อนและช่วงต้นของการเข้าสู่ยุคประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ปัจจัยหลักเหล่านี้ บางส่วนเป็นนโยบายของรัฐ บางส่วนเป็นความพยายามขององค์กรและบุคลากรทางด้านสุขภาพ บางส่วนเป็นผลจากแนวคิดทางบริการเภสัชกรรมจากต่างประเทศ

1. นโยบายยา

นโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรกประกาศใช้เมื่อพ.ศ. 2524 ต่อมาได้มีการปรับปรุงเมื่อปี 2536 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน สารแนนโยบายยาส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการเภสัชกรรม ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับการจัดหาและกระจายยาที่ “ปลอดภัย มีคุณภาพดี ราคาพอสมควร” “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” “จัดให้มีการควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย และสรรพคุณของยา โดยการขยายขอบข่ายงานทางด้านการตรวจวิเคราะห์ยา” “การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งภาครัฐและเอกชน”³ สารของตัวนโยบายดังกล่าว ตลอดจนกลวิธีและมาตรการในการดำเนินการที่บรรจุในนโยบายแห่งชาติด้านยา กำหนดเป็นแนวทางกว้างๆ ซึ่งในทางปฏิบัติต้องมีการจัดทำมาตรการรายละเอียดอีกทีหนึ่ง

การนำนโยบายไปปฏิบัติในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา เป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการจัดโครงสร้างองค์กรการตัดสินใจนโยบายในรูปคณะกรรมการซึ่งเป็นไปตามวาระของคณะรัฐมนตรี การปรับเปลี่ยนคณะรัฐมนตรีบ่อยครั้ง เป็นเหตุให้ต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาใหม่บ่อยครั้ง การทำงานขาดช่วง และองค์ประกอบของคณะกรรมการมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย สาเหตุอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการจัดโครงสร้างองค์กรการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ต้องอาศัยการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงาน ทั้งในภาครัฐและเอกชน แต่กลไกการประสานงานและการดำเนินการตามนโยบายที่เกิดขึ้น ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองภาระในการผลักดันนโยบายให้เป็นจริง ผลของนโยบายยาโดยรวมที่เป็นรูปธรรมต่อระบบบริการเภสัชกรรมโดยตรงไม่เด่นชัดนัก⁴ องค์ประกอบของนโยบายแห่งชาติด้านยา 2 มาตรการคือ บัญชียาหลักและราคากลาง มีผลกระทบที่เป็นรูปธรรมต่อบริการเภสัชกรรม ซึ่งจะแยกพิจารณาเป็นหัวข้อต่อไป

2. บัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของนโยบายแห่งชาติด้านยาองค์ประกอบแรกที่มีการประกาศใช้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติของไทย พัฒนา

มาจากแนวคิดการจัดทำบัญชีรายการยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก และการจัดทำเภสัชตำรับโรงพยาบาลซึ่งมีการดำเนินการอยู่แล้วในประเทศไทย บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรกประกาศใช้เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2524 (ในช่วงเวลาเดียวกับนโยบายแห่งชาติด้านยา) พร้อมกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการซื้อขายด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2524 โดยมีวัตถุประสงค์ของการใช้บัญชีเพื่อเป็นมาตรการสำหรับการลดค่าใช้จ่ายโดยการควบคุมการจัดซื้อยาของหน่วยราชการ แต่ในช่วงแรกมีผลบังคับใช้เฉพาะในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ต่อมา ได้ขยายไปสู่ส่วนราชการอื่นๆ ในปี 2529

การปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมบัญชียาหลักแห่งชาติมีขึ้นเป็นระยะโดยคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา อย่างไรก็ตาม ช่วงระยะเวลาการปรับปรุงแก้ไขไม่มีช่วงเวลาที่เหมาะสม

ตั้งแต่เริ่มแรก บัญชียาหลักแห่งชาติมีวัตถุประสงค์ และมีการบังคับใช้ในภาคปฏิบัติ เฉพาะในด้านของการจัดหายาในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น แต่หลังจากวิกฤติเศรษฐกิจในปีพ.ศ.2540 คณะรัฐมนตรีได้มีมติในช่วงต้นปีพ.ศ.2541 ให้จำกัดการเบิกจ่ายค่ายาภายใต้สวัสดิการรักษายาของข้าราชการเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้นยกเว้นในกรณีที่แพทย์รับรองว่ามีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย นับเป็นครั้งแรกที่บัญชียาหลักแห่งชาติถูกนำมาใช้เป็นบัญชียาในการเบิกจ่ายค่ายารักษาพยาบาล เพิ่มเติมจากวัตถุประสงค์เดิมคือการควบคุมการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์

มติดังกล่าวนำไปสู่การปรับปรุงบัญชียาหลักครั้งใหญ่ เป็นบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปี 2542 ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรกมีรายการยาตามชื่อสามัญทางยาประมาณ 400 รายการ การปรับปรุงในฉบับต่อๆ มา มีจำนวนรายการยาไม่ต่างกันมากนัก แต่การปรับปรุงหลังการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นบัญชีสิทธิประโยชน์ด้านยาของข้าราชการ มีผลให้มีจำนวนรายการยาเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 900 รายการ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2542 จัดหมวดยาเป็นรายการยาสำหรับสถานบริการและบัญชียาสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับบัญชียาของสถานบริการมีการกำหนดให้มีบัญชีรายการยาจำเพาะอีกถึง 5 บัญชีย่อยเป็นครั้งแรก ประกอบด้วย บัญชี ก. ข. ค. ง. จ. สถานพยาบาลทุกแห่งสามารถให้ยาในบัญชี ก. ซึ่งถือว่าเป็นรายการยาที่มีความจำเป็นสำหรับทุกระดับ รายการยาในบัญชี ข. มีการจำกัดการใช้ในสถานพยาบาลบางระดับ หรือจำกัดข้อบ่งใช้สำหรับอาการหรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชี ก. ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชี ก. ชั่วคราว เนื่องจากจัดซื้อยาในบัญชี ก. ไม่ได้ บัญชี ค. คือ รายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ บัญชี ง. คือ รายการยาที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้สำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง และ/หรือมีราคาแพงมาก การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุสมผล เกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรม และจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation) รายการยาในบัญชี จ. อนุญาตให้ใช้เฉพาะในโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม โดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการ- การพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในทางปฏิบัติ ยังมีช่องว่างระหว่างวัตถุประสงค์และข้อกำหนดของนโยบาย กับการดำเนินการนโยบายหลายประการ เช่น (ในที่นี้จะวิเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็นตัวบัญชีรายการยาและการเบิกจ่ายโดยไม่กล่าวถึงส่วนที่ผูกพันกับระเบียบการจัดซื้อยา)

1) การปรับปรุงบัญชียาหลักมีช่วงเวลาที่ไม่สม่ำเสมอ :

ในระยะเวลาที่มีการประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ. 2524) มีการออกฉบับปรับปรุงและฉบับเพิ่มเติมสม่ำเสมอ ต่อมาก็ทั้งช่วงห่าง และมีความไม่แน่นอนว่าจะมีการปรับปรุงเมื่อไร ด้วยวิธีการใด

2) ข้อกำหนดเรื่องการจำกัดการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยา มิได้รับการปฏิบัติตามอย่างทั่วถึงและจริงจัง :

บัญชียาหลักแห่งชาติโดยเฉพาะฉบับปีพ.ศ. 2542 ได้บรรจุข้อกำหนดพิเศษสำหรับการใช้ยาในบัญชีก. ข. ค. ง. เพื่อเป็นเงื่อนไขในการใช้รายการเหล่านั้น เช่น ข้อกำหนดบัญชีก. ให้จำกัดการใช้ในสถานพยาบาลบางระดับ หรือจำกัดข้อบ่งใช้สำหรับอาการหรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชีก. ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชีก. ชั่วคราว บัญชี ค. ซึ่งประกอบด้วยรายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยทั่วไป การใช้บัญชีก. ในภาคปฏิบัติในสถานพยาบาลต่างๆ ก็ไม่ได้รับการใช้ตามข้อกำหนด สำหรับยาในบัญชีก. ซึ่งกำหนดว่าต้องทำ drug use evaluation ในทางปฏิบัติ มีโรงพยาบาลเพียงน้อยแห่งเท่านั้นที่ได้ดำเนินการทำ drug use evaluation และก็มีมักไม่ครอบคลุมยาทุกตัวในบัญชีก. อีกทั้งไม่มีการทำอย่างสม่ำเสมอด้วย จึงเป็นปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่สำคัญประการหนึ่ง

3) ความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลในการเบิกจ่ายค่ายา :

โรงพยาบาลแต่ละแห่งนำบัญชียาหลักไปใช้เป็นบัญชียาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับสวัสดิการรักษายาบาล โดยมีวิธีการที่แตกต่างกัน มีรูปแบบอย่างน้อยใน 2 ด้าน กล่าวคือ ในด้านหนึ่ง ความเข้าใจของแต่ละโรงพยาบาลในเรื่องชนิดของยาที่ให้ข้าราชการเบิกได้มีความแตกต่างกันโรงพยาบาลบางแห่งให้ถือว่ายาในบัญชียาการยาของโรงพยาบาล (ซึ่งมีรายการมากกว่าหรือน้อยกว่าบัญชียาหลัก) เป็นบัญชียาที่เบิกได้โดยไม่ต้องรับรองความจำเป็นในการใช้ ในขณะที่บางแห่งยึดตามรายการยาในบัญชียาหลัก

ในอีกด้านหนึ่งวิธีการที่ให้แพทย์รับรองความจำเป็นของการใช้ยานอกบัญชียาหลักก็แตกต่างกัน โรงพยาบาลบางแห่งรวบรวมใบสั่งยานอกบัญชียาหลักให้ผู้บริหารลงนามรับรองในขณะที่บางแห่งมีการลงนามไว้ล่วงหน้า เมื่อแพทย์สั่งยานอกบัญชียาหลักให้ผู้ป่วยรายใด ก็สามารถกรอกในเอกสารที่ลงนามไว้แล้วได้เลย อย่างไรก็ตาม ในทั้งสองวิธีนี้ ไม่ได้มีการพิจารณาความจำเป็นของการใช้เป็นรายๆ ไปดังเช่นความมุ่งหมายของเงื่อนไขที่กำหนดขึ้น แต่กลับเป็นการเพิ่มขึ้นตอนและปริมาณงานของโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการให้มีการลงนามรับรอง

4) การใช้ข้อกำหนดเดียวกันสำหรับสิทธิประโยชน์ในระบบประกันที่มีแรงจูงใจต่อการสั่งใช้ยาต่างกัน :

ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่มีวิธีการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันในปัจจุบัน ความเสี่ยงทางการเงินที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องแบกรับภายใต้ระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกันย่อมแตกต่างกันด้วย กล่าวคือ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่าบริการ (รวมค่ายา) แบบเหมาจ่ายรวมต่อหัวผู้มีสิทธิ เช่น ระบบ 30 บาทและประกันสังคม ผู้ให้บริการเป็นผู้รับความเสี่ยงทางการเงิน ส่วนในระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่าบริการและค่ายาแบบตามรายการ เช่นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันเอกชน ผู้ให้ประกันหรือผู้บริหารกองทุนเป็นผู้รับความเสี่ยงทางการเงินความแตกต่างในเรื่องภาระความเสี่ยงภายใต้แต่ละระบบนี้เอง ทำให้ผู้ให้บริการคือ โรงพยาบาลบางราย มีการตอบสนองโดยการกำหนดมาตรการปฏิบัติในการบริหารด้านยาของโรงพยาบาลสำหรับระบบประกันแต่ละระบบที่ไม่เหมือนกัน

ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลหลายแห่งใช้บัญชีรายการยามากกว่า 1 บัญชี คือกำหนดรายการยาที่ให้จ่ายได้สำหรับระบบ 30 บาทและประกันสังคม ซึ่งเหมาะจ่ายต่อหัว ในจำนวนรายการที่น้อยกว่ารายการสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันเอกชน และผู้ป่วยจ่ายเอง ซึ่งเป็นการจ่ายตามรายการ การกำหนดให้จ่ายยาจากบริษัทต้นแบบได้เฉพาะในรายที่มีการจ่ายเงินค่ายาตามรายการเท่านั้น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การจัดทำบัญชียาหลักแม่ในปัจจุบัน ซึ่งอยู่ภายใต้สภาวะที่มีระบบประกันหลักที่ใช้มาตรการจ่ายเงินที่แตกต่างกันเช่นนี้ ยังคงมีความมุ่งหมายให้ใช้บัญชีเดียวกัน ภายใต้ข้อกำหนดอย่างเดียวกัน สำหรับระบบประกันภาครัฐทุกระบบในทางปฏิบัติ กระบวนการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักและกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ไปใช้ในการเบิกจ่ายค่ายาภายใต้กรอบการคิดไม่ให้มีการจ่ายยามากเกินจำเป็น ซึ่งเป็นกรอบการคิดในการควบคุมการใช้ยาภายใต้ระบบที่จ่ายค่ายาตามรายการ โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขป้องกันการจ่ายยาต่ำกว่าที่จำเป็น ภายใต้ระบบที่จ่ายค่ายาแบบเหมาจ่ายต่อหัว ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการบริการผู้ป่วย

3. มาตรการด้านราคา

มาตรการด้านราคาของรัฐบาลที่ผ่านมามีความมุ่งหมายที่แตกต่างกันระหว่างภาครัฐและเอกชน การควบคุมราคาขายยาในภาคเอกชนอยู่ในความดูแลของกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ ดำเนินการตามประกาศคณะกรรมการกลางกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด ฉบับที่ 1 พ.ศ.2522 เรื่องการกำหนดสินค้าควบคุม โดยมี 2 ลักษณะ คือ 1) การควบคุมที่เน้นราคาสู่ผู้บริโภค เป็นการควบคุมราคาขายปลีกในภาคร้านยา รวมถึงการติดราคาขายปลีกบนบรรจุภัณฑ์ และ 2) ราคาตาม price list ของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า การดำเนินการควบคุมที่เป็นรูปธรรมจริงจึงในส่วนนี้เกิดขึ้น 2 ช่วง คือ ช่วงที่มีการประกาศใช้ระบบภาษีมูลค่าเพิ่มเมื่อปีพ.ศ. 2535 กับช่วงที่มีการประกาศใช้ระบบอัตราแลกเปลี่ยนแบบลอยตัว เป็นผลให้ค่าเงินบาทลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับสกุลเงินต่างประเทศเมื่อปีพ.ศ. 2540 กรมการค้าภายในได้ทำการควบคุมราคาขายของยาโดยการตั้งอัตราเพดานที่อนุญาตให้ปรับราคาในแต่ละกลุ่ม

ในส่วนของภาครัฐ ภายใต้กรอบการบริหารที่สถานพยาบาลภาครัฐเป็นหน่วยราชการ และมีรัฐบาลเป็นเจ้าของมาตรการทางด้านราคาจึงเป็นมาตรการที่มุ่งไปที่การบริหารยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยราชการเป็นหลัก ซึ่งมีมาตรการ 2 ประเภทคือ 1) การกำหนดราคาเพดานสำหรับการจัดซื้อยาในสถานพยาบาลภาครัฐ และ 2) การกำหนดแนวทางการตั้งราคาขายของยาในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การกำหนดราคาเพดานสำหรับการจัดซื้อยาเป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ โดยให้สถานพยาบาลภาครัฐ ซื้อยาในอัตราที่ไม่เกินราคากลางมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2529 ราคากลางเป็นข้อกำหนดที่มีเป้าหมายเพื่อลดค่าใช้จ่าย โดยวิธีการควบคุมการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลในภาครัฐ ในส่วนของราคาขายยาสู่ผู้บริโภค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางปฏิบัติให้สถานพยาบาลในสังกัดตั้งราคาขายของยา โดยให้บวกเพิ่มจากราคาซื้อในช่วงระหว่างร้อยละ 15-30 ส่วนสถานพยาบาลภายใต้สังกัดอื่นอาจกำหนดราคาด้วยหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกันไป

ถึงแม้ว่าจะมีการตั้งราคาเพดานและมีข้อกำหนดอัตราเพิ่มสำหรับการกำหนดราคาขายแต่ในทางปฏิบัติ ราคาที่สถานพยาบาลของรัฐจัดซื้อ มีช่วงการกระจายค่อนข้างมาก พบว่าทั้งในกรณีที่ป็นยาชนิดเดียวกัน (ชื่อสามัญเดียวกัน) จากผู้ผลิตคนละรายกัน และแม้แต่ยาชนิดเดียวกันจากผู้ผลิตรายเดียวกัน สถานพยาบาลต่าง ๆ ก็จัดซื้อได้ในราคาที่แตกต่างกันมาก⁵ นอกจากความแตกต่างในราคาซื้อแล้ว

ราคาขายของยาในโรงพยาบาลต่างๆ สำหรับยาชนิดเดียวกัน จากผู้ผลิตเดียวกัน (ซื้อการค้าเดียวกัน) ก็มีการกระจายค่อนข้างมาก และมีช่วงกระจายมากกว่าราคาซื้อ นั่นหมายความว่า โรงพยาบาลคิดค่ายาในอัตราที่แตกต่างกันในช่วงที่กว้างเป็นเหตุให้ผู้ซื้อยาสุดท้ายซึ่งหมายถึงผู้บริโภคหรือผู้ให้ประกันแล้วแต่กรณี มักต้องจ่ายค่ายาเดียวกันในราคาที่แตกต่างกันมาก

4. สิทธิผูกขาดในการผลิตและจำหน่ายยา

ในขณะที่มาตรการด้านราคามุ่งหมายที่จะให้สถานพยาบาลของรัฐและผู้บริโภคสามารถซื้อยาในราคาที่ไม่สูง ในอีกด้านหนึ่ง รัฐก็ขยายขอบเขตของกฎหมายที่ให้การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาด้วย และกำหนดมาตรการบริหารอื่นๆ ซึ่งมีผลให้ผู้ประกอบการธุรกิจบางรายมีสิทธิผูกขาดในการผลิตและจำหน่ายยา นโยบายดังกล่าวมี 2 รูปแบบคือ การให้สิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาซึ่งเริ่มใช้ตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535 และมาตรการติดตามความปลอดภัยของยาตาม Safety Monitoring Program (SMP) ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่พ.ศ. 2536 ทั้งสองเป็นนโยบายที่มีได้มีอยู่ในนโยบายแห่งชาติด้านยา การให้สิทธิตามสองมาตรการดังกล่าวก่อให้เกิดสภาวะที่มีการขายยาบางรายการจากผู้จำหน่ายเพียงรายเดียวในประเทศ (monopolistic supply) และผู้จำหน่ายเพียงรายเดียวซึ่งถือสิทธินั้นสามารถตั้งราคาขายที่สูงได้ เนื่องจากการไม่มีการแข่งขัน

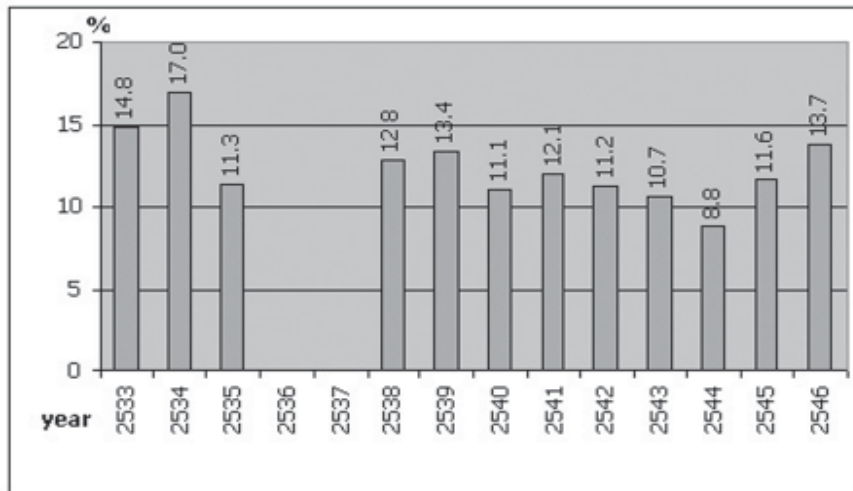
5. มาตรการด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา

ความไม่มั่นใจในคุณภาพยาที่ไม่ใช่ยาต้นแบบเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความพยายามส่งเสริมให้มีการใช้ยาตามชื่อสามัญทางยาจากผู้ผลิตในประเทศซึ่งมีราคาถูกกว่า ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

มาตรฐานคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาถูกกำหนดภายใต้กฎหมายหลักคือ พระราชบัญญัติยา ส่วนในด้านมาตรฐานของกระบวนการผลิตกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มผลักดันให้มีการผลิตยาตามหลักเกณฑ์ของ Good Manufacturing Practice (GMP) มาตั้งแต่พ.ศ. 2527 โดยในช่วงแรกเป็นการส่งเสริมให้ผู้ผลิตเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ต่อมาในปีพ.ศ. 2546 ได้กำหนดเป็นข้อบังคับตามกฎหมายกระทรวงในเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการผลิตยาแผนปัจจุบัน ถึงแม้ว่าความพยายามในเรื่อง GMP จะดำเนินการมาประมาณ 20 ปีแล้วก็ตาม ณ ช่วงเวลาที่เริ่มต้นจะให้มีการใช้หลักเกณฑ์ GMP แบบบังคับนี้ พบว่า มีผู้ผลิตเพียงร้อยละ 79 เท่านั้นที่ได้รับการรับรอง GMP หมวดใดหมวดหนึ่ง⁷ และทั้งนี้ตัวเลขดังกล่าวก็ได้หมายความว่าผู้ที่ได้รับ GMP ทุกรายจะสามารถดำเนินการตามมาตรฐานดังกล่าวสำหรับยาทุกหมวดที่ผลิต

แม้จะได้มีความพยายามพัฒนากระบวนการผลิตยาคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา ยังคงเป็นปัญหาที่ดำรงอยู่ รายงานผลการตรวจวิเคราะห์ยาจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบจำนวนยาผิดมาตรฐานอยู่ราวกว่าร้อยละ 10 ดังแสดงในแผนภาพที่ 3.6.1 อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของปัญหาคุณภาพของยาชนิดต่างๆ ก็มีไม่เท่ากัน บางกลุ่มพบปัญหาน้อย ในขณะที่บางกลุ่มพบปัญหารุนแรง

แผนภาพที่ 3.6.1 ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ยาจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แสดงร้อยละของยาผิดมาตรฐานที่พบในแต่ละปี



ที่มา : ข้อมูลปี 2533-35 จาก”ระบบยาของประเทศไทย 2537” หน้า 341 ข้อมูลปี 2538-2543 เป็นค่าเฉลี่ยซึ่งคำนวณจากตัวเลขที่แสดงใน”ระบบยาของประเทศไทย 2545” หน้า 599 โดยไม่รวมตัวอย่างที่เอกชนส่งตรวจเพื่อประกอบการเสนอขาย ข้อมูลปี 2544-2546 จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ณ 19 มกราคม 2547 สำหรับปี 2536 และ 2537 ไม่มีข้อมูล

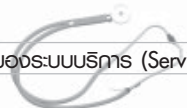
6. การขยายกำลังคนด้านเภสัชกรรมในภาครัฐ

การขยายกำลังคนสำหรับงานบริการสุขภาพเป็นนโยบายที่มีมานาน โดยมีมาตรการหลายด้านด้วยกัน มาตรการสำคัญมาตรการหนึ่งคือการกำหนดให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในด้านที่ขาดแคลนจากมหาวิทยาลัยของรัฐต้องทำงานใช้ทุนในหน่วยงานภาครัฐ สำหรับการให้ทุนของบุคลากรด้านเภสัชกรรม ได้มีมติคณะรัฐมนตรีในปีพ.ศ. 2526 ให้เภสัชกรที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยของรัฐ ต้องไปทำงานใช้ทุนในหน่วยงานภาครัฐเป็นเวลา 2 ปี นโยบายนี้ มีผลให้จำนวนของเภสัชกรในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยประมาณเพิ่มขึ้น 3 เท่าในช่วงระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่เริ่มมีการใช้ทุนในปีพ.ศ. 2532^๑ อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขการใช้ทุนนี้ได้ถูกยกเลิกในปีพ.ศ. 2543 ซึ่งจะส่งผลให้บัณฑิตเภสัชศาสตร์ที่สำเร็จการศึกษาดังแต่พ.ศ. 2548 เป็นต้นไปไม่ต้องทำงานใช้ทุนในภาครัฐ

การเพิ่มกำลังคนทางด้านเภสัชกรรมเป็นปัจจัยที่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลสามารถขยายบทบาทการให้บริการด้านยาให้มีความกว้างขวางและหลากหลายมากขึ้น เช่น การจัดให้คำแนะนำพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ใช้ยาเฉพาะบางรายการเช่น warfarin การติดตามการรักษาโดยตรวจระดับยาในเลือด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การขยายบทบาทใหม่ๆ ในการบริการด้านยาก็มิได้การเพิ่มขึ้นอย่างเป็นสัดส่วนกับการเพิ่มจำนวนเภสัชกรในโรงพยาบาลรัฐ

7. การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรให้ครอบคลุมกิจกรรมในด้านการดูแลผู้ป่วย

การแพร่เข้าสู่ประเทศไทยของแนวคิด clinical pharmacy และ pharmaceutical care ส่งผลให้มีความพยายามปรับบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรจากบทบาทหลักที่มีอยู่เดิม คือ การจ่ายยา การจัดซื้อยา



และการผลิตยาบางชนิดภายในโรงพยาบาล โดยเพิ่มบทบาทงานทางด้านการดูแลผู้ป่วยขึ้นอีกด้านหนึ่ง จุดเน้นของงานเภสัชกรรมเริ่มเปลี่ยนมาสู่การเน้นบริบาลผู้ป่วยในรูปแบบที่เรียกว่า clinical pharmacy ในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ทศวรรษ 1960s ปรับเปลี่ยนมโนทัศน์จากบทบาทในสถานพยาบาลที่เน้นเพียงการจัดการผลิตภัณฑ์ยาไปเป็นการให้บริการทางด้านยาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-oriented practice) และต่อมาได้ปรับเปลี่ยนเป็นแนวคิดบริบาลเภสัชกรรม (pharmaceutical care) ในช่วงต้นของทศวรรษ 1990s แนวคิดนี้เน้นการให้บริการที่ครบวงจร โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ (outcomes) และคุณภาพชีวิตจากการบริบาลด้วยยา⁹ ภายใต้กรอบแนวคิดเหล่านี้ บทบาทบริการเภสัชกรรมในสถานพยาบาลขยายจากบทบาทการจ่ายยาและการให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับยาที่มีอยู่เดิมเพิ่มงานประเภทการติดตามการใช้ยา การร่วมทำงานในทีมบริบาล ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีความหลากหลายและครบวงจรมากขึ้น

ในปีพ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านเภสัชกรรมบริการขึ้นใหม่¹⁰ โดยได้บรรจุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานทางด้านดูแลผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังนี้

- ให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย (patient drug counseling)
- ตรวจติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (drug use monitoring) ในด้านการใช้ยาตามสั่ง (drug compliance) และการติดตามปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction monitoring)
- การตรวจติดตามการรักษาในระดับยาในเลือด (therapeutic drug monitoring) (ข้อนี้ไม่รวมเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน)
- จัดทำแบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย (patient drug profile)

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทเภสัชกรขึ้นใหม่ตั้งแต่ปี 2536 แต่การดำเนินการตามบทบาทดังกล่าวก็มิได้เกิดขึ้นอย่างทันทีและทั่วถึงทุกโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะเดียวกัน แนวคิดทางด้านทางด้าน pharmaceutical care ที่แพร่เข้ามาในประเทศไทย ก็ส่งผลให้มีการพัฒนาบริการเภสัชกรรมโดยทั่วไปไม่จำกัดเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จากการสำรวจงานเภสัชกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ (N = 758) ในปีพ.ศ. 2545¹¹ พบว่า งานบริการเภสัชกรรมตามบทบาทใหม่ ได้รับการนำไปปฏิบัติในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ และในโรงพยาบาลเอกชนด้วย แต่อาจเป็นบริการในระดับที่แตกต่างกัน ในภาพรวม มีโรงพยาบาลร้อยละ 83.8 ตอบว่าให้บริการด้านการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา (counseling) ร้อยละ 79.2 ให้บริการด้านติดตามปัญหาการใช้ยา เช่น ADR, drug interaction ร้อยละ 67.9 ให้บริการเภสัชสนเทศ มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 10.6 เท่านั้นที่ให้บริการด้านตรวจติดตามรักษาระดับยาในเลือด (ตารางที่ 3.6.1) อย่างไรก็ตาม ตัวเลขเหล่านี้ก็ยังมีได้ชี้ถึงระดับของบริการแต่ละด้าน ว่าครอบคลุมผู้ป่วย โรค และยามากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 3.6.1 งานเภสัชกรรมโรงพยาบาลที่มีการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

งานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ที่มีการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน	สังกัด									
	รพศ.	รพท.	รพช.	กรม การแพทย์	กรม สุขภาพจิต	กลาโหม	มหาดไทย	มหาวิทยาลัย (ภาครัฐ)	อื่น ๆ (ภาครัฐ)	รวม
N	21 (100%)	60 (100%)	491 (100%)	12 (100%)	4 (100%)	33 (100%)	7 (100%)	8 (100%)	8 (100%)	758 (100%)
บริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
บริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	99.74
การให้คำแนะนำนำศึกษาด้านยา	90.48	90.00	86.56	66.67	75.00	69.70	100.00	87.50	62.50	83.77
การติดตามปัญหาการใช้ยา เช่น ADR, drug interaction	100.00	90.00	87.58	66.67	75.00	24.24	57.14	75.00	50.00	79.16
การตรวจติดตามรักษาระดับยาในเลือด	33.33	20.00	8.55	8.33	25.00	9.09	0	25.00	0	10.55
การจัดซื้อ-จัดหาเวชภัณฑ์	100.00	100.00	98.37	100.00	100.00	96.97	100.00	100.00	87.50	98.02
การจัดการคลังเวชภัณฑ์	100.00	100.00	98.98	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	99.08
การบริหารเภสัชสนเทศ	95.24	88.33	70.88	75.00	75.00	33.33	71.43	87.50	62.50	67.94
การเตรียมผลิตภัณฑ์ปราศจากเชื้อ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย	80.95	40.00	7.94	33.33	0	9.09	0.00	75.00	12.50	14.25
การบริการผู้ป่วยทางเภสัชกรรมที่บ้าน	52.38	45.00	25.66	8.33	0	15.15	0	0	0	23.22
การบริการปฐมภูมิ (Primary care unit; PCU)	90.48	85.00	87.78	33.33	0	54.55	42.86	50.00	75.00	75.33
งานเภสัชกรรมอื่น ๆ เช่น คัดกรอง ผู้บริโภค แผนไทย	23.81	5.00	19.35	16.67	0	3.03	14.29	12.50	12.50	15.30

หมายเหตุ : N หมายถึง จำนวนโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล
ที่มา : ปรับจาก เสาแวงและคณะ (2546)

8. หลักสูตร Doctor of Pharmacy

กระแสแนวความคิดในเรื่องการบริหารเภสัชกรรม และการปรับเปลี่ยนหลักสูตรเภสัชศาสตร์ในสหรัฐอเมริกาให้ผลิตเภสัชกรโดยเน้นทางด้านบริหารเภสัชกรรม โดยมีปริญญาเป็น Doctor of Pharmacy (Pharm.D) นอกจากจะส่งผลให้มีความพยายามปรับบทบาททางเภสัชกรรมในประเทศไทย และยังมีผลให้มีการจัดหลักสูตรบริหารเภสัชกรรม (Pharm.D) ขึ้นในประเทศไทย โดยมีขึ้นที่มหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นหลักสูตรแรก และต่อมา คณะเภสัชศาสตร์ในมหาวิทยาลัยอื่นๆ อีกหลายแห่งก็ได้จัดทำหลักสูตรทางด้าน Pharm.D ขึ้นเช่นกัน หลักสูตรนี้มุ่งผลิตบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้นสำหรับบทบาทในการบริหารผู้ป่วย

9. นโยบายสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost)

มาตรการปรับระบบบริหารเวชภัณฑ์ภายใต้ นโยบายสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ ประกาศใช้โดยกระทรวงสาธารณสุขในช่วงต้นปีพ.ศ. 2541 เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางด้านยาภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ประกอบด้วยมาตรการทางด้านการจัดซื้อยา การสำรองยา การจำกัดจำนวนรายการยาที่ให้ใช้ได้ ในบัญชียาของสถานพยาบาลระดับต่างๆ กำหนดสัดส่วนรายการยาที่เป็นยาในบัญชียาหลักที่ให้ใช้ในบัญชียาของสถานพยาบาล และการส่งเสริมให้ใช้ชื่อสามัญทางยา มาตรการนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลส่วนหนึ่งปรับลดจำนวนรายการยาในโรงพยาบาล และเพิ่มจำนวนรายการยาให้มีการจัดซื้อร่วม¹²

10. การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

10.1 โรงพยาบาล

ความพยายามที่จะให้เกิดกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มขึ้นมากกว่า ทศวรรษแล้ว สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ตั้งขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2541 เพื่อเป็นองค์กรที่บริหารจัดการการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล งานบริการเภสัชกรรมเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกิจกรรมที่ต้องได้รับการตรวจรับรองด้วย การตรวจเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นแรงผลักดันสำคัญแรงหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ดำเนินการบริการอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนและตรวจสอบได้ การขยายตัวของประกันสุขภาพระบบต่างๆ และการกำหนดให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเงื่อนไขในการเข้าร่วมระบบ โดยเฉพาะในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่งผลให้โรงพยาบาลจำนวนมากมีความตื่นตัวในการปรับระบบเพื่อให้ได้มาตรฐานการรับรอง จำนวนโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจรับรองและได้รับการรับรองคุณภาพเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังการเริ่มต้นของระบบประกันสุขภาพตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

10.2 ร้านยา

ร้านยาเป็นหนึ่งในช่องทางบริการเภสัชกรรมที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด การวิจัยจำนวนมากในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาพบปัญหาคุณภาพการให้บริการในร้านยาได้มีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพร้านยา โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับสมาคมที่เกี่ยวข้อง ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เช่นในปีพ.ศ. 2530, 2531, 2535, 2538, 2539, 2540 ความพยายามเหล่านี้ดำเนินการในรูปแบบโครงการภายใต้ชื่อต่างๆ กัน อาทิ ร้านยามาตรฐาน ร้านยาพัฒนา แต่ไม่ได้รับการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาการบริการในภาคร้านยา¹³

ในปีพ.ศ. 2545 สภาเภสัชกรรมได้เริ่มพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการรับรองคุณภาพร้าน

ยา ประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้านด้วยกันคือ 1) สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ 2) การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ 3) การบริการเภสัชกรรมที่ดี 4) การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม 5) การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม การตรวจรับรองร้านยาได้เริ่มขึ้นในปีถัดมา โดยในรอบแรกมีร้านยาที่ได้รับการตรวจรับรองคุณภาพแล้วจำนวน 26 ร้าน

11. การแยกบทบาทการสั่งยาและการจ่ายยาภายใต้ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่

ร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณา มีข้อกำหนดในเรื่องการแยกบทบาทการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกัน (prescribing-dispensing separation) หากร่างดังกล่าวได้รับการประกาศใช้เป็นกฎหมาย จะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำมาซึ่งรูปแบบใหม่ในการให้บริการด้านยา ที่มีระบบการแยกการวินิจฉัยและสั่งยา กับการตรวจสอบความเหมาะสมและจ่ายยาออกจากกัน เป็นการให้บทบาทการบริการผู้ป่วยตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงเป็นอีกมาตรการหนึ่งในเรื่องคุณภาพของบริการด้านยา

ตารางที่ 3.6.2 ประมวลมาตรการหลักทางด้านยาของภาครัฐในช่วงประมาณสองทศวรรษ ตามลำดับปีที่เริ่มใช้

พ.ศ.	มาตรการ	เป้า (target)	เป้าหมาย (goal)
2522	ยาเป็นสินค้าควบคุมราคา	ราคาขายปลีก	• ลดภาระผู้บริโภค
2524	นโยบายแห่งชาติด้านยา	หลายองค์ประกอบ	• หลายด้าน
2524	บัญชียาหลักและระเบียบจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์	การจัดซื้อยาในโรงพยาบาลภาครัฐ (ในช่วงแรก: เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข)	• ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ • เพิ่มคุณภาพบริการ
2529	ระเบียบพัสดุ-ราคากลาง	การจัดซื้อยาในโรงพยาบาลภาครัฐ	• ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ
2532	เภสัชกรใช้ทุนในภาครัฐ	กำลังคน	• เพิ่มคุณภาพบริการ
2535	สิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา	การผลิตและขายยาใหม่	• คัดกรองทรัพย์สินทางปัญญา
2536	SMP	การผลิตและขายยาใหม่	• คัดกรองทรัพย์สินทางปัญญา • เพิ่มคุณภาพ
2536	บทบาทหน้าที่บริการเภสัชกรรมคลินิก	ขอบเขตงานบริการ	• เพิ่มคุณภาพบริการ
2541	กำหนดข้าราชการเบิกจ่ายค่ายาได้เฉพาะยาในบัญชียาหลัก	สิทธิประโยชน์ของข้าราชการ	• ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ
2541	Good health at low cost	การจัดซื้อและยาคลัง	• ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ
2541	รับรองคุณภาพโรงพยาบาล	ระบบคุณภาพของโรงพยาบาล	• เพิ่มคุณภาพบริการ
2545	GMP	กระบวนการผลิตยา	• เพิ่มคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา
2545	ปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	การบริหารระบบ	• ลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ
2545	รับรองคุณภาพร้านยา	ระบบคุณภาพของร้านยา	• เพิ่มคุณภาพบริการ

หมายเหตุ : การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมและนโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน มิได้มีมาตรการเฉพาะทางด้านยา

โดยรวมแล้ว มาตรการต่างๆ ของรัฐที่เกี่ยวกับระบบยาในช่วงประมาณสองทศวรรษที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายและพัฒนาคุณภาพ นโยบายจำนวนหนึ่งได้รับการผลักดันอย่างจริงจังเพียงในช่วงระยะแรก ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งได้รับการดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการผลักดันและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้มีในระดับที่ค่อนข้างจำกัด

3. การปฏิรูปสู่ประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลต่อการบริหารด้านยา

ในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมา นโยบายของรัฐในด้านระบบสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนจากการที่รัฐจัดบริการและให้สวัสดิการ ไปเป็นรัฐจัดระบบประกัน โดยเริ่มใช้ในประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะก่อน แล้วขยายขอบข่ายความครอบคลุมออกไป การเกิดขึ้นของโครงการบัตรสุขภาพและระบบประกันสังคมส่งสัญญาณการเปลี่ยนทิศทางนโยบาย และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพที่สำคัญ 3 ประการคือ

- 1) การเกิดระบบประกันสุขภาพที่จัดโดยรัฐเป็นส่วนเสริมระบบสวัสดิการสำหรับประชากรบางกลุ่ม
- 2) การคลังแบบที่กลุ่มเป้าหมายของระบบประกันมีส่วนร่วมในรูปของเบี้ยประกัน โดยรัฐสนับสนุนส่วนหนึ่ง
- 3) วิธีการจ่ายเงินที่ให้ผู้ให้บริการคือโรงพยาบาลมีส่วนเป็นผู้รับความเสี่ยงทางการเงิน

ต่อมาในปี 2544 เมื่อนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคได้เริ่มดำเนินการ ทิศทางของนโยบายที่รัฐปรับบทบาทเป็นผู้จัดระบบประกันก็ชัดเจนยิ่งขึ้น และได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ต่อระบบสุขภาพของไทย หากพิจารณาจากประเด็นเชิงโครงสร้าง 3 ประเด็นข้างต้น ระบบประกันสุขภาพภายใต้ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นการรวมเอาระบบสวัสดิการที่จัดโดยรัฐสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่มีอยู่เดิม (ยกเว้นข้าราชการ) และโครงการประกันภายใต้บัตรสุขภาพเข้าสู่ระบบเดียวกัน ใช้การคลังบนฐานภาษี และใช้วิธีการจ่ายเงินที่ให้ผู้ให้บริการรับความเสี่ยงทางการเงิน

การเกิดขึ้นของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ในขณะนี้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลัก 4 ระบบด้วยกัน คือ ประกันสังคม ประกันสุขภาพภายใต้ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันเอกชน (ซึ่งมีความหลากหลาย) มาตรการด้านยาที่กำหนดโดยระบบประกันสุขภาพเหล่านี้ มีรายละเอียดในระดับที่แตกต่างกันมาก ประกันสังคมและนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งรวมค่าใช้จ่ายด้านยากับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทางด้านการรักษาที่จ่ายให้กับผู้ให้บริการในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวต่อปี มีข้อกำหนดเพียงกว้างๆ ให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นรายการสำหรับยาที่ผู้เอาประกันพึงได้รับ โดยหลักการถือเป็นรายการยาขั้นต่ำส่วนประกันเอกชนบางรายอาจมีข้อกำหนดเบิกจ่ายเป็นพาดานสำหรับค่ายาแต่ไม่มีรายละเอียดลงในระดับรายการสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปัจจุบันกำหนดให้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นบัญชีเบิกจ่าย (โดยมีข้อยกเว้น) โดยหลักการถือเป็นบัญชียาพาดาน และให้มีการปฏิรูปซึ่งมีข้อกำหนดการบริหารด้านยาในรายละเอียดหัวข้อนี้จะกล่าวถึงเฉพาะส่วนที่เป็นมาตรการบริหารด้านยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

ถึงแม้ว่าระบบประกันภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคจะไม่มีมาตรการรายละเอียดในเรื่องยา แต่การเริ่มดำเนินการของระบบประกันสุขภาพขนาดใหญ่ มีผลให้โรงพยาบาลจำนวนมากออกมาตรการบริหารด้านยาสำหรับโรงพยาบาลขึ้นเอง

ยาเป็นเป้าหรือเครื่องมือลำดับต้นๆ ของการควบคุมค่าใช้จ่าย ไม่ว่าผู้ควบคุมนั้นจะเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่บริหารระบบหรือเป็นผู้ให้บริการก็ตาม ในอดีตนั้น การใช้มาตรการบัญชียาหลัก ราคากลาง และการจัดซื้อรวมศูนย์ ล้วนเป็นไปโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดการประหยัดงบประมาณค่ายาในส่วนของภาครัฐเมื่อมีการใช้ระบบประกันสุขภาพซึ่งจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายที่ส่งผลให้ผู้ให้บริการเป็นผู้รับภาระความเสี่ยงทางการเงินแรงจูงใจในการประหยัดค่าใช้จ่ายจึงเป็นเหตุให้โรงพยาบาลบางแห่งมีการกำหนดมาตรการบริหารทางด้านยาและการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่แตกต่างกันสำหรับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่าง เช่น

- **Original-generic discrepancy:** การจ่ายยาต้นแบบ (original) หรือยาจากผู้ผลิตที่ไม่ใช่ต้นแบบ (generic drugs) ซึ่งราคาถูกกว่า โดยขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพระบบใด โดยทั่วไป ผู้ป่วยภายใต้ระบบ 30 บาทและประกันสังคมซึ่งมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหัวรวมค่ายา จะได้รับยา generic ส่วนผู้ป่วยภายใต้ระบบสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการและประกันเอกชน ซึ่งจ่ายค่ายาตามรายการ จะได้รับยา original
- **High-low tech discrepancy:** การเลือกใช้ยาชนิดที่มีราคาถูกกว่าสำหรับผู้ป่วยในระบบประกันที่จ่ายเงินแบบเหมาจ่าย และยาชนิดที่แพงกว่าสำหรับผู้ป่วยในระบบประกันที่จ่ายค่ายาตามรายการ สำหรับผู้ป่วยที่มีสถานะโรคแบบเดียวกัน รูปแบบการบริหารจัดการด้านยาที่มักพบคือ โรงพยาบาลบางแห่งมีบัญชีรายการยามากกว่า 1 บัญชี ทั้งนี้ โดยใช้บัญชีที่มีรายการยาน้อยกว่าและชนิดของยาที่ราคาถูกกว่า สำหรับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันแบบเหมาจ่าย ในขณะที่โรงพยาบาลบางแห่งอาจมีบัญชีรายการยาบัญชีเดียวแต่กำหนดเงื่อนไขการจ่ายยาที่เข้มงวดกว่าสำหรับผู้ป่วยในระบบประกันแบบเหมาจ่าย
- **Inpatient-outpatient shift:** การเลือกทำการรักษาผู้ป่วยในแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้สามารถเบิกค่ายาได้ในกรณีที่ได้รับการจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยนอกแบบตามรายการ และผู้ป่วยในแบบเหมาจ่ายต่อครั้ง หากการเกิด inpatient-outpatient shift เป็นไปตามแนวโน้มปกติของการพัฒนาเทคโนโลยี จะเป็นข้อดีในการพัฒนาคุณภาพบริการและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ แต่หากเกิดขึ้นเพียงเพราะเหตุของวิธีการจ่ายเงินที่ต่างกัน จะเกิดคำถามในแง่ของคุณภาพบริการ
- **Price differential:** โรงพยาบาลบางแห่งมีบัญชีราคายามากกว่า 1 บัญชีสำหรับการคิดค่ายาสำหรับผู้ป่วยที่มีสถานะการประกันสุขภาพที่ต่างกัน

พฤติกรรมทางการบริหารที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นรูปธรรมของการตอบสนองต่อแรงจูงใจและความเสี่ยงทางการเงินที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม ควรต้องมีการศึกษาถึงรายละเอียดและระดับของพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ตลอดจนผลกระทบต่อคุณภาพของบริการว่ามีขนาดมากน้อยเพียงไร ในอดีตก่อนการเริ่มนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ก็พบปรากฏการณ์ 2 ข้อแรกในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ระบบสวัสดิการรัฐเช่นเดียวกันกล่าวคือ การจ่ายยาใหม่ซึ่งเป็นยาต้นแบบ สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการรักษา

พยาบาลข้าราชการ ซึ่งโรงพยาบาลได้รับการจ่ายค่ายาจากผู้ป่วยตามรายการ และจ่ายยาอื่นๆ ซึ่งผลิตโดยผู้ผลิตในประเทศ สำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย (สปร.) ซึ่งโรงพยาบาลมักได้รับงบประมาณน้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริง¹⁴

การใช้ยา generic เพิ่มขึ้น ถือเป็นการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี เนื่องจากช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ทั้งนี้ ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่า ยา generic ต้องมีคุณภาพดี และในกรณีที่มีข้อกำหนดเฉพาะต้องเทียบเท่ากับยาต้นแบบ (equivalent) การเลือกใช้ยาชนิดที่มีราคาถูกกว่าสำหรับการรักษาภาวะหนึ่งๆ ย่อมเป็นสิ่งที่ดี หากเป็นไปตามมาตรฐานการรักษา อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักประกันว่าเงื่อนไขทั้งสองดังกล่าวเป็นจริงทุกกรณี จึงควรต้องมีมาตรการพัฒนาไปสู่ทิศทางดังกล่าว

2. ปฏิรูปสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

ความพยายามที่จะปฏิรูปสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอย่างเป็นระบบมีมาตั้งแต่ช่วงพ.ศ. 2538 หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีการออกมาตรการเร่งด่วนในช่วงต้นปี 2541 ให้จำกัดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ภายใต้ระบบนี้เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยให้มีชื่อย่อวัน) แต่เนื่องจากไม่มีการตรวจสอบการเบิกจ่ายที่เพียงพอ จึงทำให้การดำเนินการตามนโยบายไม่ประสบผลสำเร็จ

ในระยะต่อมา กระทรวงการคลังได้เริ่มเตรียมการเพื่อนำมาตรการปฏิรูปในด้านต่างๆ มาดำเนินการในส่วนของยานั้น ข้อเสนอการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบหลักระบบเดียวที่มีอยู่ในประเทศในขณะนี้ ที่มีการกำหนดรายละเอียดด้านยาและบริการเภสัชกรรมโดยผู้ให้ประกัน (insurer) ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น มาตรการด้านยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการที่ดำเนินการปฏิรูปประกอบด้วย

1) ชนิดของยาที่เบิกจ่ายได้

ชนิดของยาที่ครอบคลุมภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการซึ่งผู้มีสิทธิเบิกจ่ายได้ จะมีการประกาศในบัญชีรายการยาผู้ป่วยนอก (Drug list) โดยจะแบ่งเป็น (1) บัญชียาที่สามารถขอเบิกค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมดตามราคาอ้างอิง (2) บัญชียาเสริมที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้บางส่วน และผู้มีสิทธิจะต้องร่วมจ่ายบางส่วน (เช่น ร้อยละ 50 หรืออื่นๆ) (อัตราการเบิกจ่ายจะประกาศโดยกระทรวงการคลัง และอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม) ซึ่งในภาพรวมจะทำให้ข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายเรื่องยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดหรือบางส่วนได้ในจำนวนรายการที่มากกว่าเดิม

2) อัตราการเบิกจ่ายค่ายา

ค่ายาผู้ป่วยนอก จะได้รับการเบิกจ่ายตามรายการ โดยแยกออกจากอัตราเหมาจ่ายต่อหัวสำหรับค่ารักษายาพยาบาล เป็นการจ่ายตามการบริโภคจริง อ้างอิงตามอัตราตามบัญชีราคายาที่กำหนด (Price list) ในรายการบัญชียา ที่จะจัดทำขึ้น

ผู้มีสิทธิต้องจ่ายร่วมกรณีค่ายาผู้ป่วยนอกที่มีส่วนเกินกว่าราคาตามบัญชียาที่กำหนดรวมทั้งกรณีการใช้ยาในบัญชีเสริมในสัดส่วนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

3) การใช้บริการด้านยาผู้ป่วยนอก

ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการสามารถเลือกซื้อยาได้จากสถานจำหน่ายยาที่ได้รับการรับรองในด้านคุณภาพและมาตรฐานจากระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งอาจเป็นห้องยาของโรงพยาบาลหรือร้านยาก็ได้ ไม่จำเป็นต้องซื้อยาจากสถานพยาบาลคู่สัญญาเท่านั้น

4) วิธีการเบิกจ่ายค่ายา

เมื่อไปรับยา ณ สถานบริการเภสัชกรรมที่ได้รับการรับรอง ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะต้องชำระค่ายาเฉพาะที่เป็นส่วนร่วมจ่าย สำหรับค่ายาในส่วนที่เบิกจ่ายได้ ผู้ให้บริการจะเป็นผู้จัดทำรายละเอียดพร้อมหลักฐานการจ่ายยาแล้วนำส่งตามขั้นตอนที่กำหนดเพื่อเบิกค่ายาจากกระทรวงการคลัง

การเบิกจ่ายต้องอาศัยใบเสร็จรับเงินและใบสั่งยาโดยแพทย์ประกอบการเบิกจ่ายพร้อมกัน ทั้งนี้ ใบเสร็จรับเงินต้องระบุข้อมูลชื่อผู้ป่วย หมายเลขประจำตัวสมาชิกกองทุนฯ ชื่อเภสัชกร หมายเลขผู้ประกอบวิชาชีพ ชื่อและที่อยู่ของสถานจำหน่ายยา รหัสยา ชื่อยาสามัญ (Generic name) จำนวนที่จ่าย ราคาที่จำหน่ายและราคารวม

ใบสั่งยาจะต้องระบุชื่อผู้ป่วย หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital number) ชื่อแพทย์ เลขที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชื่อที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานพยาบาล รายการชื่อยาและจำนวนยา ทั้งนี้จะไม่ให้เบิกจ่ายยาถ้าการส่งจ่ายยากระทำโดยไม่มีใบสั่งแพทย์

5) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

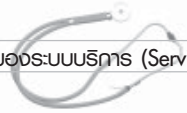
เพื่อให้การเบิกจ่ายดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขึ้นรองรับ ภารกิจการพัฒนานี้ส่วนหนึ่งจะเป็นของสถานพยาบาลหรือสถานจำหน่ายยาที่ประสงค์จะเข้าร่วมเครือข่าย

มาตรการเหล่านี้อยู่ในช่วงระหว่างการเตรียมความพร้อมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

ทิศทางหลักของนโยบายรัฐในขณะนี้ ได้ปรับไปสู่การดำเนินการด้วยระบบประกันสุขภาพอย่างชัดเจน มาตรการนโยบายทางด้านยาหลายๆ ประการจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกรอบการคิดหรือมโนทัศน์ (paradigm shift) ในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในบริบทของระบบยา

4. ทิศทางเพื่อการพัฒนา

เนื่องจาก “ยา” เป็นเป้า (target) แรกๆ ของการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการควบคุมระบบ การจัดการบริการทางด้านยาและเภสัชกรรมที่ดี จึงเป็นเงื่อนไขที่สำคัญยิ่งในการให้หลักประกันทางด้านคุณภาพของบริการโดยรวม ในหัวข้อนี้จะนำเสนอรูปแบบและวิธีการออกแบบบริการทางด้านเภสัชกรรม โดยพิจารณาตามประเด็นคำถามหลักสำหรับระบบประกันสุขภาพ 5 ประการที่ระบุไว้ในตอนต้น คือ 1) สิทธิประโยชน์ด้านยาที่ระบบประกันให้การครอบคลุม 2) แหล่งเงินสำหรับจ่ายค่ายาและค่าบริการด้านยา 3) วิธีการจ่ายค่ายาและค่าบริการด้านยา 4) การจัดองค์กรบริการ และ 5) การประกันและตรวจสอบคุณภาพ โดยที่สี่ประการแรกเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลักของระบบประกันสุขภาพ (main system components) และประการสุดท้ายเป็นปัจจัยที่เป็นกลไกสนับสนุนการดำเนินงานของระบบ (enabling mechanisms) ซึ่งในที่นี้จะเน้นเฉพาะในแง่มุมมองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึง คุณภาพ ประสิทธิภาพ และทางเลือกของผู้บริโภค ในการจัดการบริการทางด้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพเท่านั้น



1. สิทธิประโยชน์ทางด้านยา

การบริหารระบบประกันสุขภาพเป็นการจัดการใช้ทรัพยากรของระบบเพื่อให้สามารถบริการสุขภาพสำหรับประชากรที่ครอบคลุม จึงต้องจัดให้มีความสมดุลระหว่างทรัพยากรทางการเงินที่มีอยู่กับสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม ซึ่งจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของระบบ

ระบบประกันสุขภาพจึงมักมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมในระบบประกันไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการระบุขอบเขตของสิทธิและหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบ ในทางด้านยานั้น การกำหนดว่าระบบประกันสุขภาพจะให้ความครอบคลุมยาใด บริการที่เกี่ยวข้องกับยาใด มักจัดทำในรูปของชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านยา (Pharmaceutical Benefits Scheme) ซึ่งประกอบด้วย บัญชีรายการยาที่ให้เบิกจ่ายได้ เงื่อนไขในการเบิกจ่าย ราคาที่เบิกจ่าย บริการที่ครอบคลุม

ในการดำเนินงานภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อบริการ (service purchaser) กับผู้ให้บริการ (service provider) เป็นไปภายใต้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contract model) ซึ่งแตกต่างจากกรอบการคิดในการจัดระบบสุขภาพแบบเดิม ที่มีรัฐเป็นเจ้าของสถานพยาบาลและเป็นผู้จัดบริการเอง ภายใต้กรอบการคิดของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสัญญา ผู้ให้ประกันเป็นผู้กำหนดขอบเขตของสิทธิประโยชน์ (ต่ำสุดและสูงสุด) ที่ระบบประกันเบิกจ่ายให้ ในกรณีของสิทธิประโยชน์ทางด้านยา มีหลักคิดที่ต้องคำนึงถึงดังนี้

- 1) อำนาจ (authority) ในการกำหนดสิทธิประโยชน์ควรอยู่ที่ผู้ให้ประกัน (insurer) แทนที่จะเป็นผู้ให้บริการ (provider): ผู้ให้ประกันเป็นผู้กำหนดให้ชัดเจนว่า มาตรฐานและขอบเขตในเรื่องชนิด คุณภาพของยา และของบริการด้านยา ที่ผู้มีสิทธิพึงได้รับและผู้ให้บริการพึงจัดให้ ควรคืออะไรบ้าง
- 2) การตัดสินใจว่ามียาใดอยู่ในบัญชีรายการยาของระบบประกันสุขภาพเป็นการสะท้อนมุมมองการตัดสินใจทั้งในเชิงคุณค่า (value judgment) และในเชิงวิชาการ (technical judgment) ของระบบประกัน
- 3) การคัดเลือกยาเข้าบัญชีรายการยา ควรตัดสินใจบนหลักฐานประสิทธิผล ความปลอดภัย ความจำเป็นในการใช้ ความคุ้มค่าสมประโยชน์ โดยควรตั้งอยู่บนมาตรฐานการรักษาโรคและอาการต่างๆ และการเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันทางด้านราคาระหว่างยาที่ใช้ทดแทนกันได้
- 4) ควรมีความชัดเจนระหว่างขอบเขตและบทบาทหน้าที่การบริการในภาคของ individual health care กับ public health care
- 5) บัญชีรายการยาสำหรับระบบประกันที่ใช้วิธีจ่ายเงินค่ายาแบบตามรายการ (per item payment) กับแบบเหมาจ่ายต่อหัว (capitation payment) ควรมีข้อกำหนดเงื่อนไขที่ไม่เหมือนกัน: การกำหนดบัญชีรายการยาภายใต้ระบบที่มีวิธีการจ่ายเงินต่างกัน ต้องมีความหมายและเงื่อนไขที่แตกต่างกัน เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินที่ต่างกัน สร้างแรงจูงใจทางการเงินที่แตกต่างกัน และมีผลทำให้มีพฤติกรรมในการสั่งจ่ายยาที่แตกต่างกันไป โดยทั่วไปพบว่า การจ่ายเงินค่ายาแบบตามรายการ มีผลให้มีการใช้ยามากเกินจำเป็น ฉะนั้น บัญชีรายการยาที่ใช้ในระบบนี้ ต้องมีการกำหนดขอบเขตของการเบิกจ่าย และเงื่อนไขที่ให้อย่างชัดเจน แต่ต้องไม่เกินขอบเขตที่กำหนด เพื่อลดการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย ในทางตรงข้าม การจ่ายเงินค่ายาแบบแบบเหมาจ่าย มักพบว่ามีแนวโน้มไปสู่การสั่งจ่ายยาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ฉะนั้น บัญชีรายการยาที่ใช้ในระบบนี้ ต้องมีการกำหนดเงื่อนไขว่า ภายใต้สภาวะโรคหรืออาการหนึ่งๆ

ต้องให้ยาที่ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนด เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของบริการที่ผู้มีสิทธิพึงได้รับ

- 6) บัญชีรายการยาของระบบประกัน ไม่จำเป็นต้องเหมือนกับบัญชีรายการยาของสถานพยาบาล: บัญชีรายการยาของระบบประกันสุขภาพ เป็นการกำหนดขอบเขตและเงื่อนไขการจ่ายยาโดยใช้ทรัพยากรของระบบประกันสุขภาพ ในขณะที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้กำหนดรายการยาของตนเอง ให้เพียงพอกับการให้บริการ สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจให้บริการผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันมากกว่าหนึ่งระบบ

2. การคลัง

การคลังสำหรับสิทธิประโยชน์ทางด้านยาเป็นส่วนหนึ่งของการคลังระบบประกันสุขภาพโดยรวม และไม่มีควมจำเป็นที่ต้องแยกส่วนออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก ผลลัพธ์ที่มีความหลากหลายทั้งในด้านชนิด รูปแบบ ช่องทางการใช้ ซึ่งมักจะมีราคาแตกต่างกันด้วย ยาบางชนิดอาจมีข้อดีกว่ายาอื่นในกลุ่มบ้าง แต่ราคาแพงกว่ามาก เช่น ยาที่เพิ่ม compliance ในการใช้ยา เป็นต้น ซึ่งระบบประกันสุขภาพอาจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากยาที่มีข้อเหนือกว่าแต่มีราคาแพงกว่าเหล่านั้นได้ทั้งหมด ฉะนั้น หลายๆ ประเทศจึงได้นำเอาระบบการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย (copayment) มาร่วมเป็นแหล่งเงินสำหรับค่ายาด้วย การนำเอาระบบการมีส่วนร่วมจ่ายมาใช้นี้ เป็นการออกแบบระบบที่ให้เกิดความยืดหยุ่น โดยการเปิดโอกาสให้ทางเลือกเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่ระบบประกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพียงส่วนหนึ่ง ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนต่างด้วย

3. วิธีการจ่ายค่ายา

ในประเทศที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกประเทศ (ยกเว้นประเทศไทย) ระบบประกันสุขภาพใช้วิธีการจ่ายค่ายาแบบจ่ายตามรายการ (per item) ทั้งสิ้น แม้แต่ในระบบที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายต่อหัว (capitation) เช่น ประเทศอังกฤษ ก็ให้มีการจ่ายแบบตามรายการสำหรับค่ายาแยกออกมาต่างหาก โดยไม่รวมกับอัตราเหมาจ่ายต่อหัวสำหรับค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากคุณลักษณะเฉพาะของยาในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำหรับการบริการสุขภาพ 2 ประการ

- ยาเป็นเป็นเป้าแรกๆ ในการจำกัดการใช้เมื่อต้องการให้มีการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมทางเลือกใช้ยาที่แตกต่างกันตามแรงจูงใจหรือแรงกดดันทางการเงินที่ต่างกัน เช่นการเลือกใช้ยาชนิดที่มีราคาถูกกว่า จึงเป็นด้านที่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการได้ง่าย การกำหนดว่าผู้ป่วยมีสิทธิได้รับยาในขอบเขตใดในเชิงนโยบายควรอยู่ในอำนาจการพิจารณาของผู้ให้ประกัน แทนที่จะเป็นของผู้ให้บริการ การจ่ายค่ายาตามรายการทำให้อำนาจการกำหนดสิทธิประโยชน์ในรายละเอียดอยู่ที่ผู้ให้ประกัน
- เทคโนโลยีทางด้านยาพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ในแต่ละปีมียาใหม่เข้าสู่ตลาดจำนวนมาก ยาใหม่บางชนิดอาจไม่มีข้อเหนือกว่ายาที่มีอยู่แล้วอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ยาใหม่บางชนิดอาจทำให้สามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาจากผู้ป่วยในไปเป็นผู้ป่วยนอก หรือให้ผลการรักษาที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ฉะนั้น ในกรณีที่มีความเจ็บป่วยหนึ่งๆ มียาใหม่ที่น่าสนใจได้ สัดส่วนต้นทุนค่ายาในการบริบาลผู้ป่วยในแต่ละครั้ง จึงอาจมีความผันแปรเปลี่ยนแปลงได้เร็วมาก หาก

การจ่ายค่ายาเป็นแบบตามรายการ ความเปลี่ยนแปลงนี้จะถูกสะท้อนอยู่ในค่ายาแต่ละรายการ การปรับราคายาแต่ละรายการทำได้ง่ายกว่าแต่หากใช้วิธีจ่ายค่ายาแบบเหมาจ่ายไม่ว่าจะเป็นการเหมาต่อครั้งหรือเหมาต่อหัวก็ตามการคำนวณอัตราเหมาจ่ายใหม่เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมและทันสมัยเป็นสิ่งที่ทำได้ยุ่งยากกว่า และหากไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้ได้ทันก็จะเกิดความไม่เหมาะสมในอัตราเหมาจ่ายดังกล่าว และมีแรงจูงใจที่จะใช้ยาที่ราคาต่ำกว่าซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพในการบริบาลผู้ป่วย ฉะนั้นการกำหนดค่ายารวมในอัตราเหมาจ่ายจึงมีต้นทุนในเชิงบริหารและต้นทุนค่าเสียโอกาส (administrative and opportunity costs) ที่สูงกว่า

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าการจ่ายเงินค่ายาจะใช้วิธีแบบใด ก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจสอบและติดตามคุณภาพ ให้เหมาะสมกับวิธีการจ่ายเงินนั้นๆ ในระบบที่จ่ายค่ายาแบบตามรายการ การตรวจสอบและติดตามคุณภาพทำได้ง่ายกว่า เนื่องจากผู้ให้บริการต้องส่งรายละเอียดการจ่ายยาเพื่อเบิกค่ายาตามรายการ แต่ในระบบที่เหมาจ่ายนั้น การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นในการติดตามคุณภาพทำได้ยากกว่า

ประเด็นในเรื่องการจ่ายค่ายาที่ควรมีการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์อีกข้อหนึ่งคือระบบประกันสุขภาพต้องเป็นผู้กำหนดอัตราค่ายาและบริการเภสัชกรรมที่จ่ายแก่ผู้ให้บริการ การบริหารจัดการแต่เดิมนั้นทำในรูปแบบที่รัฐจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลภาครัฐเพื่อให้จัดบริการ ในขณะเดียวกัน รัฐก็จ่ายค่ายาให้แก่สถานพยาบาลภาครัฐ สำหรับการให้ให้บริการผู้มีสิทธิภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยไม่มีการควบคุมราคา กรอบการคิดเดิมคือการถ่ายโอนเงินของรัฐจากกระเป๋าหนึ่ง (กระทรวงการคลัง) ไปยังอีกกระเป๋าหนึ่ง (โรงพยาบาลรัฐ) ซึ่งอยู่ในภาครัฐเช่นกัน โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า อัตราค่ายาและบริการที่ตั้งเบิกจากหน่วยงานภาครัฐด้วยกัน เป็นอัตราขั้นต่ำที่มีได้มุ่งแสวงกำไรแต่ในทางปฏิบัติรัฐจ่ายเงินค่ายาให้แก่โรงพยาบาลภาครัฐในอัตราที่แตกต่างกันมากสำหรับยาเดียวกัน การจ่ายค่ายาและบริการภายใต้ความสัมพันธ์เชิงสัญญาของระบบประกันสุขภาพผู้ให้ประกันจึงควรเป็นผู้กำหนดราคาที่จะเบิกจ่ายให้ โดยให้เป็นราคาต่ำสุด ณ มาตรฐานที่กำหนด

4. การจัดองค์กรบริการ

การจัดองค์กรบริการต้องเอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบ และมีความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ใช้บริการ สถานบริการทางด้านยาที่อยู่ในโรงพยาบาลและร้านยาควรสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไร้ตะเข็บ (seamless care)

การจัดองค์กรบริการทางด้านยาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดองค์กรบริการสุขภาพโดยรวม ภายใต้การจัดองค์กรบริการสุขภาพแบบแบ่งผู้ป่วยสามารถไปรับบริการด้านยาจากห้องยาในโรงพยาบาลและร้านยาที่อยู่ในเครือข่ายที่ตนเลือก ภายใต้การจัดองค์กรบริการสุขภาพแบบขั้น¹⁵ ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการจากโรงพยาบาลและร้านยาที่หลากหลายมากขึ้นโดยร้านยาจัดเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งควรมีระบบที่เอื้อให้การส่งต่อผู้ป่วยและสารสนเทศเกี่ยวกับการใช้ยาระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับและประเภทต่างๆ เป็นไปได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์ และรวดเร็ว

เนื่องจากในปัจจุบัน การจัดองค์กรบริการในระบบประกันต่างๆ เน้นการให้บริการของภาคโรงพยาบาลเป็นหลัก บริการจากร้านยายังไม่ได้รับการครอบคลุมภายใต้ระบบประกัน ฉะนั้น ด้านที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การให้บริการดังกล่าวคือระบบการส่งต่อที่ดีและการผนวกร้านยาที่มีคุณภาพเข้า

สู่ระบบประกันสุขภาพในฐานะเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการเภสัชกรรมประเภทหนึ่ง โดยในเบื้องต้นต้องดำเนินการการรับรองมาตรฐานคุณภาพร้านยา ก่อนนำเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

5. ระบบประกันคุณภาพ

การจัดระบบประกันสุขภาพมีเป้าหมายหลักเพื่อให้สมาชิกของระบบมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ การให้บริการสุขภาพในระดับของคุณภาพที่เหมาะสม เป็นเงื่อนไขเบื้องต้นประการหนึ่งของประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว

การประกันคุณภาพของบริการสุขภาพควรต้องประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก ซึ่งดำเนินการเสริมกันคือ

- 1) accreditation: เป็นการรับรองมาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาลที่ให้เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลและร้านยา
- 2) monitoring: การติดตามคุณภาพในการให้บริการ ซึ่งต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (systematic and routine) เพื่อดูความเหมาะสมของการใช้ยา
- 3) auditing: การตรวจสอบคุณภาพในสถานพยาบาลสำหรับบริการที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งอาจดำเนินการโดดๆ หรือนำข้อมูลจาก 2 แหล่งมาเป็นจุดตั้งต้นในการตรวจสอบ คือ 1) ดำเนินการเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ โดยการนำผลจากการวิเคราะห์ในระบบการติดตามคุณภาพในข้อ 2 มาวางแผนการตรวจสอบ และ 2) ดำเนินการตรวจสอบเนื่องจากการร้องเรียน

นอกจากการประกันคุณภาพในส่วนของการบริการแล้ว ความจำเป็นที่มีอยู่ในประเทศไทยในการสร้างหลักประกันสำหรับบริการด้านยาอีกประการหนึ่ง ต้องมีระบบประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่ายาแบบเหมาจ่าย ไม่ว่าจะเหมาจ่ายต่อครั้งหรือต่อหัวก็ตาม ภายใต้สภาพที่ยังพบปัญหาคุณภาพผลิตภัณฑ์ยาในท้องตลาดอยู่ในขณะนี้ ข้อนี้เป็นโจทย์ซึ่งมักไม่พบในการจัดระบบบริการสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว

โดยสรุป บริการเภสัชกรรมเป็นทั้งเป้าหมายและเงื่อนไขของการจัดระบบประกันสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเข้าถึงยาและบริการด้านยาที่มีคุณภาพ และเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การประกันสุขภาพในสภาวะปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาองค์ประกอบทั้งทางด้านสิทธิประโยชน์ทางด้านยา องค์การบริหาร มาตรการทางการเงินการคลัง และระบบการประกันคุณภาพ



เชิงอรรถ

- 1 สุวิทย์ และคณะ (2545)
- 2 ประมวลสรุปจากข้อบังคับสภาเภสัชกรรม (2540)
- 3 คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2536)
- 4 ดุราลัยเอียดการประเมินนโยบายแห่งชาติด้านยาใน สุวิทย์และคณะ (2545)
- 5 สุวิทย์ (2537), สุวิทย์ (2545), เสาวคนธ์และคณะ (พ.ศ.2545)
- 6 เสาวคนธ์และคณะ (พ.ศ.2545)
- 7 คำนวนจากจำนวนสถานที่ผลิตยาที่ได้รับการรับรอง GMP อย่างน้อย 1 หมวด (ข้อมูล ณ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2546) ต่อจำนวนสถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบันทั้งหมดในประเทศไทย (ข้อมูล ณ 7 กันยายน พ.ศ. 2546) ข้อมูลจาก website สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ 12 มกราคม 2547
- 8 อำพล (?)
- 9 Helper & Strand (1990)
- 10 กิตติ (2537)
- 11 เสาวคนธ์ (2546)
- 12 การประเมินการดำเนินงานตามนโยบายใน สุวิทย์และคณะ (2545)
- 13 Ratanawijitrasin et al (2000)
- 14 ดุราลัยเอียดปัญหาประมาณสปร.ใน ศุภลลิต (2544)
- 15 ดุราลัยเอียดรูปแบบการจัดองค์กรบริการใน เสาวคนธ์ (2546)

เอกสารอ้างอิง

กิตติ พัทธกษนิพนธ์. “การปรับปรุงบทบาทหน้าที่เภสัชกรและเป้าหมายการพัฒนาเภสัชกรรม” เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพศ./รพท. ประจำปี 2537. พ.ศ. 2537.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พ.ศ. 2537.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542.

สภาเภสัชกรรม. “ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2540.”

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ตันติเวส (บก.). ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ. พ.ศ. 2545.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.). ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. พ.ศ. 2537. เสวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, อินทิรา กาญจนพิบูลย์, อนุชัย อีระเรืองชัยศรี, ภูริ อนันต์โชติ, ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์. รายงานการศึกษาระบบส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามราคาขายและรายการยาที่มีการเบิกจ่าย. เสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. พ.ศ. 2546

เสวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ภูริ อนันต์โชติ, อินทิรา กาญจนพิบูลย์, อาทร รวีไพบูลย์, ศิริพา อุดมอักษร. รายงานการศึกษาราคายา เสนอ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. พ.ศ. 2546.

เสวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2546.

ศุภลิตี พรณารุณทัตย์. “สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การคลัง และการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย” ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บก.). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พ.ศ. 2544.

อำพล จินดาวัฒนะ. “สถานการณ์แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน” สถานการณ์: เอกสารเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข. ฉบับที่ 19 (ไม่ปรากฏปี).

Helper CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy. 1990; 47: 533-543.

Ratanawijitrasin S, Bunditanukul K, Panyawoothikrai P, Suttajit S, Pongcharoensuk P, Pitayanon P, Hongsamoot D, Javroongrit Y. Thailand's Country Report: Towards Good Pharmacy Practice in Thailand and Vietnam: A Multi-Intervention Approach to Rationalize Drug Use through Private Pharmacies. Bangkok, Thailand: Health System Research Institute/ The European Commission. 2000.