กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

รายงานการศึกษาวิจัย

เรื่องการปฏิรูปประกาศด้านสาธารณสุข กับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ

โดย :

นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์

รายงานการวิจัย
การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
กับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ
The National Public Health Reforms and the Challenges of Primary Care Service Systems

โดย

เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2562

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบันและทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือน เมษายน – สิงหาคม พ.ศ. 2562 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ในเรื่องระบบบริการ ปฐมภูมิในอนาคต 20 ปี และทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี

ผลการศึกษา พบว่าการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย มีการพัฒนาแนวคิดมาโดยตลอด จนปี พ.ศ. 2562 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เนื่องจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด่านแรก ตลอดจนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน ทำให้ระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับด้วยเทคโนโลยีและการบริการด้วยทีมหมอครอบครัวแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างองค์รวมผสมผสานและต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง แต่ผลการศึกษายังมีข้อจำกัดที่จะต้องพัฒนา เพื่อให้เกิดความเข้าถึงบริการในพื้นที่เขตเมือง โรงงานหรือสถานประกอบการขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยจะลดข้อจำกัดในส่วนการบริหารและกฎระเบียบของภาครัฐ ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของประชาชน

คำสำคัญ : ปฏิรูประบบสาธารณสุข ระบบบริการปฐมภูมิ ทีมหมอครอบครัว

Abstract

The objectives of this study were to investigate the process of developing primary care service system in Thailand from past to present, and the direction of reforming the primary care service system suitable for Thailand in the future; and to provide the policy recommendations for reforming the primary care service system. The researcher conducted a qualitative study on the reform of the primary care service system in Thailand, collecting data by reviewing the documents, in-depth interview and group discussions from April to August 2019. In-depth interview and group discussions emphasized the primary care service system in the future 20 years and the direction of operating the primary care service system that contributes to good health.

The results of the study found that Thailand's primary care service system reform as a concept has been developed continuously until the year 2019, it was an important turning point due to the enforcement of the Primary Health System Act B.E. 2562 and the regulations of the Prime Minister's Office, District Quality of Life Development Board B.E. 2561 (2018). These create mechanisms and collaboration to provide primary health care services at the first stage as well as participation among public sectors, local government organizations, private and civil sectors. Those make the referral system of service recipients and link information between the service units at all levels through technological platforms and provide services by the family doctor team with multidisciplinary that enhance a holistic, integrated and continuing care. Additionally, people are aware of their own health management. However, the study found that there are still limitations that need to be developed for access to services in urban areas. Factories or large enterprises need to improve and develop cooperation between the local government organizations and the private sectors to participate in providing primary care services.

That helps reduce the limitations in the administration and government regulations' complication as well as increase the efficiency and accessibility to primary health care services of the people.

Keywords : The National public health reforms, Primary care system,
Family doctor team.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัย เรื่อง “การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ” นี้ สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทั้งอดีตและปัจจุบัน ตลอดจนผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาให้แนวความคิดและข้อเสนอแนะ โดยมองผลลัพธ์ที่สำคัญกับประชาชนและเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิให้รอบด้านในระบบสาธารณสุขทั้งของประเทศไทย เขตเมือง เขตชนบทและโรงงาน ซึ่งถือเป็นกลุ่ม Setting ที่สำคัญ

ท้ายที่สุดคณะผู้วิจัย ขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่สนับสนุนข้อมูล สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ จนทำให้การศึกษาวิจัยนี้สามารถดำเนินการสำเร็จเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ/แผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.3 ขอบเขตการวิจัย	3
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 สถานการณ์และบริบทระบบปฐมภูมิของประเทศไทย	6
2.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	16
2.3 การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ	34
2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ	45
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	55
3.2 ประชากรและกลุมตัวอย่าง	55
3.3 วิธีดำเนินการวิจัย	56
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4 ผลการวิจัย **หน้า**

4.1 ผลการทบทวนการพัฒนาและการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย จากอดีตถึงปัจจุบัน 59

4.2 ผลการศึกษาทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับ ประเทศไทยในอนาคต 65

บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย 75

5.2 อภิปรายผลการวิจัย 76

5.3 ข้อเสนอแนะ 81

บรรณานุกรม 84

ภาคผนวก

ก แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้ปฏิบัติ 88

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

2.1 การแบ่งขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 34
2.2 เปรียบเทียบการจัดบริการเขตเมืองประเทศต่างๆ 43

สารบัญภาพ/แผนภูมิ

ภาพที่ หน้า

2.1 การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 18
4.1 วิวัฒนาการสถานบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทย 60
4.2 การพัฒนาแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย 61

แผนภูมิที่

2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 54

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580)(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่งยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ 1) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และ 2) การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี และยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญการพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพระบบปฐมภูมิ กำหนดเป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน สังคมและประเทศชาติ ประกอบด้วย 1) ประชาชน : ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ไกลโรงพยาบาล บนหลักการสร้างนำซ่อม 2) สังคม : ประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบาง สามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน 3) ประเทศ : มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนไทย ด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน

การพัฒนาการระบบปฐมภูมิจากอดีตถึงปัจจุบัน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) ได้กล่าวถึงประวัติศาสตร์การพัฒนาของการสาธารณสุขไทย แนวคิดระบบปฐมภูมิ ถูกรับรู้และถูกให้ความหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ ที่ส่งผลให้งานปฐมภูมิให้ความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปแต่ละช่วงเวลา การจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทย ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหลัก ที่ถือว่ารัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดหาบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทุกคน แนวคิดนี้ รัฐจึงเป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุขระดับต้น ซึ่งถือกำเนิดขึ้นในประเทศอังกฤษและขยายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพราะรัฐต่างๆ ยังไม่สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรเพื่อสร้างโรงพยาบาลและกระจายแพทย์ไปยังทุกส่วนของประเทศได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลานานและต้นทุนในการผลิตที่สูง การจัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นที่สามาถกระจายไปในชุมชน จึงเป็นทางออกที่เป็นไปได้มากที่สุดในยุคแรกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ประเทศไทยจึงได้รับอิทธิพลจากแนวคิดดังกล่าวเช่นกัน

การบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ

(สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2558) เพราะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม เป็นบริการสาธารณสุขผสมผสาน โดยมีการจัดบริการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภครวมถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ แม้ว่าประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยได้รับผลกระทบจากหลายด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ปัญหาสิ่งแวดล้อมและมลพิษ การเคลื่อนย้ายประชากร เช่น แรงงานข้ามชาติ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการเกิดโรคระบาดรูปแบบใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนมีความต้องการรับบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น จนเป็นปัญหาที่ประเทศไทยกำลังเผชิญสิ่งที่ท้าทายที่สำคัญคือ ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เห็นได้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าเป็นจำนวน 293.93 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ. 2560 หรือเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 4.01 ครั้งต่อคนต่อปี และข้อมูลอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยสูง 104% โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) อัตราการครองเตียงเฉลี่ย 91% และโรงพยาบาลชุมชน อัตราการครองเตียงเฉลี่ย 79% โดยรวมแล้วอัตราการครองเตียงเฉลี่ยของโรงพยาบาลทุกระดับเท่ากับ 72% (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2561)

ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–พ.ศ. 2579) ของกระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2561) ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้การพัฒนาระบบบริการเป็นเลิศ เป็น 1 ใน 4 ยุทธศาสตร์ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้สอดรับกับแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่มีประเด็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้จากที่มาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้คณะผู้ศึกษาให้ความสำคัญทำการศึกษาเรื่อง การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1.2.1 ศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

1.2.2 ศึกษาทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1.3 ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสาร (Document review) องค์ความรู้และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยในอนาคตและการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้มีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นผู้บริหารระดับนโยบาย/ ผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติ ได้แก่ องคมนตรี ผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หัวหน้าผู้ตรวจราชการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รองปลัดกระทรวงแรงงาน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 8 ท่าน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิในจังหวัดราชบุรี ได้แก่ นายกเทศมนตรี สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 7 ท่าน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 15 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน – สิงหาคม พ.ศ. 2562

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม โดยดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ในลักษณะผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข หมายถึง การปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ เน้นส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกภาคส่วน นำหลักการ “ห่วงใยสุขภาพในทุกนโยบาย” หรือ Health in All Policy ไปแปลงสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมถึงพัฒนาระบบงานและองค์กรที่ทำงานด้านระบาดวิทยา

2. การปฏิรูประบบบริการ เน้นพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมกับระบบบริการระดับอำเภอและระบบบริการสุขภาพระยะยาว โดยจัดวางแผนระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ครอบคลุมทั้งรัฐ เอกชน และภาคส่วนอื่นๆ (Health service plan) ทบทวนนโยบาย ความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย เพื่อลดผลกระทบต่อการบริการคนไทย ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่น

3. ปฏิรูประบบการสร้างและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการวางแผนการผลิตและพัฒนาคนทุกสาขา ทั้งเชิงปริมาณ คุณภาพ การกระจาย ลดความเหลื่อมล้ำในการจัดบริการและในระหว่างวิชาชีพ ตลอดจนเพิ่มบุคลากรที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้มีปริมาณผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ อย่างสมดุล รวมทั้งสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมทางวิชาชีพและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

4. ปฏิรูประบบการเงินการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพของทุกกองทุนให้มีประสิทธิภาพ มีการอภิบาลแบบมีส่วนร่วม ดูแลให้เกิดความยั่งยืนทางการคลัง เกิดความเสมอภาคและมีมาตรฐานเท่าเทียมกัน พัฒนาระบบหลักประกันให้ครอบคลุมทั่วถึงทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทยและพัฒนาระบบบริหารกองทุนภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถและ พ.ร.บ.กองทุนเงินทดแทน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ

5. ปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการอภิบาลแบบเครือข่าย (Governance by network) เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้บูรณาการการทำงานร่วมกันจนเกิดประสิทธิภาพและความโปร่งใส ลดการรวมศูนย์อำนาจอภิบาลระบบสุขภาพ โดยรัฐลงเน้นการกระจายอำนาจและทรัพยากรให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองได้มากขึ้น ปรับสถานบริการของรัฐให้บริหารจัดการได้คล่องตัว เพิ่มประสิทธิภาพในการบริการประชาชน กำหนดแผนและขั้นตอนถ่ายโอนสถานพยาบาลสู่ท้องถิ่นและปรับเปลี่ยนสถานพยาบาลที่เป็นราชการไปเป็นสถานบริการของรัฐที่บริหารจัดการได้อย่างคล่องตัว (Public autonomous management unit)

ทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ สำหรับประเทศไทยในอนาคต หมายถึง แนวทางในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ สามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีความเชื่อมั่นศรัทธาและมุ่งสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) ระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต 2) ทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี 3) ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 4) ข้อจำกัดต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และ 5) ข้อเสนอแนะเชิงโยบายต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.5.1 จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของกระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบันที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่สามารถพัฒนางานให้ประชาชนได้รับการบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีต่อไปได้

1.5.2 สามารถนำเสนอ เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ ที่นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ต่อไปได้ในอนาคต

บทที่ 2

เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวน เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอ ดังนี้

1. สถานการณ์และบริบทระบบปฐมภูมิของประเทศไทย
2. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)
3. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ
4. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 สถานการณ์และบริบทระบบปฐมภูมิของประเทศไทย

ระบบปฐมภูมิ เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน ผู้ให้บริการในสถานบริการปฐมภูมิมีความเข้าใจความซับซ้อนของพฤติกรรมและมิติทางสังคม (Psychosocial) ที่มีผลต่อสุขภาพได้มากกว่าสถานบริการระดับอื่น ดังนันบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลไกสำคัญและเป็นคำตอบที่นำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันได้ ซึ่งสอดคล้องกับประกาศ อัลมา อัลตา ขององค์การอนามัยโลก (Alma Alta declarations of World Health Organization) (ALMA-ATA, 1978) ที่ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ ที่ Starfield (1998) ได้ศึกษาบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ใน 12 ประเทศทางตะวันตก พบว่าประเทศที่ให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง มีแนวโน้มที่ผลลัพธ์สุขภาพประชากรจะดีขึ้นและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่ำลง ดังนั้นบริการปฐมภูมิจึงเป็นกลยุทธ์ของระบบการจัดบริการสุขภาพ เป็นพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ

การพัฒนาระบบปฐมภูมิในสังคมไทย มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดในประวัติศาสตร์ของการพัฒนาด้านสุขภาพของไทย ซึ่งอาจจะแบ่งวิวัฒนาการบริการปฐมภูมิได้ 4 ระยะ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550) ดังนี้

1) ปฐมภูมิ 1.0 (ก่อน พ.ศ. 2504–2519) ยุคการต่อสู้กับโรคติดต่อและปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากความยากจน เป็นระยะการเข้ามาของแพทย์สมัยใหม่ เป็นช่วงก่อนที่จะมีการวางแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จนถึงช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่สาม หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือการต่อสู้กับปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญและอันตราย เช่น กาฬโรค ฝีดาษ อหิวาตกโรค คุดทะราด เป็นต้น เป็นช่วงที่ระบบปฐมภูมิได้รับการพัฒนาและแสดงบทบาทอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการส่วนหน้า (Frontline Providers) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับปฐมภูมิ คือสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในระดับชุมชนและบุคลากรหลัก คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เรียกว่า “หมออนามัย” ผลงานที่สำคัญ คือการแสดงบทบาทในการทำงาน เพื่อต่อสู้กับปัญหาโรคติดต่อและความเจ็บป่วยในชุมชนเป็นอย่างมาก จนทำให้สามารถขจัดโรคติดต่ออันตรายและหยุดยั้งการระบาดของโรคติดต่ออันตรายที่รุนแรงให้สงบลงได้ ซึ่งเป็นผลดีต่อประชาชนส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหาอยู่ในพื้นที่ชนบท และห่างไกล ถือเป็นช่วงเวลาแห่งการพัฒนาพื้นฐานประเทศที่สำคัญหลายๆ ด้านพร้อมกัน

2) ปฐมภูมิ 2.0 (พ.ศ. 2520 - 2544) เป็นยุคการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นช่วงระหว่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่สี่ ถึง ฉบับที่แปด การพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการวางเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อการสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) เป็นกระแสที่เกิดจากการพัฒนาที่ผลักดันโดยองค์การอนามัยโลกและองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นช่วงเวลาการวางรากฐานที่สำคัญด้านสุขภาพที่ผลักดันให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐานเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน Primary Health Care; PHC) และการบริการพื้นฐานที่จำเป็น (Basic Health Service; BHS) ดังปรากฏในคำประกาศ อัลมา อตา (Alma Ata declaration) และกฎบัตรเพื่อการพัฒนาทางสุขภาพ (Charter of Health Development) นับเป็นการวางระบบปฐมภูมิที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมที่สุดและส่งผลอย่างชัดเจนต่อสังคมไทย

3) ปฐมภูมิ 3.0 (พ.ศ.2545–2559) ยุคการพัฒนาสิทธิทางสุขภาพของประชาชน เป็นช่วงการพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่เก้า ถึงแผนฉบับที่สิบเอ็ด การพัฒนาที่เริ่มจากการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างหลักประกันทางสุขภาพ มีการเปลี่ยนมุมมองการบริการสุขภาพ จากการสงเคราะห์ทางสุขภาพไปสู่สิทธิประชาชนด้านสุขภาพและการสร้างการมีส่วนร่วมทางสุขภาพ โดยมีกลไกทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือการพัฒนาสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกาศใช้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบบปฐมภูมิ ในการเปลี่ยนแปลงยุคนี้ มีการปรับเปลี่ยนอย่างมาก มีการให้ความสำคัญกับระบบการเงินการคลัง (Financial mechanism) และจัดการความสัมพันธ์ใหม่ในระบบสุขภาพหรือการปรับโครงสร้างการให้บริการแนวใหม่ที่เน้นระบบหน่วยคู่สัญญา เพื่อระบบปฐมภูมิเพื่อสุขภาพ (Contracting Unit for Primary Care/; CUPs) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของระบบปฐมภูมิไปสู่นิยามและความสัมพันธ์แบบใหม่ การจัดระบบปฐมภูมิในยุคนี้จะเกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลังทางสุขภาพ การทำงาน ที่เน้นระบบผลงานเป็นตัวชี้วัด ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบปฐมภูมิที่มีทั้งด้านบวกที่มีการจัดการการเงินที่ชัดเจนและการทำงานที่มุ่งเน้น

ผลงาน แต่มีข้อจำกัดเรื่องการจัดการการเงินเพื่อความสมดุล และมิติเชิงการชี้วัดผลงานที่เหมาะสมที่สะท้อนความจริง ให้สอดคล้องกับวิธีทำงานที่มีความหลากหลายในมิติบุคคล ครอบครัวและชุมชน

4) ปฐมภูมิ 4.0 (พ.ศ. 2560 – ปัจจุบัน) ยุคการพัฒนาประชารัฐ หรือยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นการพัฒนาในเป้าหมายใหม่ ในยุคการปฏิรูปประเทศตามรูปแบบการพัฒนาแบบประชารัฐ ภายใต้แนวคิดและนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ที่เน้นการพัฒนาให้สอดคล้องกับความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงระบาดวิทยาแบบใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในรูปแบบใหม่ที่เทคโนโลยีการสื่อสาร คืออินเทอร์เน็ตเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้คนในสังคม (Internet is Everything) อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นสังคมยุคดิจิตอล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบปฐมภูมิใหม่จึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนอย่างมากทั้งระบบ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อมูลและเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตของคนในสังคมแบบใหม่ การดำเนินชีวิตแบบคนเมือง (Urban Society) หรือโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Elderly Aging Society) หรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์การสื่อสารแบบใหม่ที่ทำให้สังคมเป็นโครงข่ายทางสังคม (Social Network) ที่เชื่อมร้อยผู้คนในรูปแบบใหม่ อันส่งผลต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพแบบใหม่ การเปลี่ยนแปลงสังคมและสุขภาพในรูปแบบใหม่นี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิที่เป็น ส่วนปลายและจุดเริ่มต้นที่สำคัญของบริบทสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับ บุคคล ครอบครัวและชุมชน

พัฒนาการระบบปฐมภูมิจากอดีตถึงปัจจุบัน

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2557) ได้กล่าวไว้ว่า ตลอดประวัติศาสตร์การพัฒนาของการสาธารณสุขไทย แนวคิดระบบปฐมภูมิถูกรับรู้และถูกให้ความหมายที่แตกต่างกันนี้เป็นไปตามบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ ซึ่งส่งผลให้งานปฐมภูมิถูกให้ความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปแต่ละช่วงเวลา การจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทย ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหลัก ที่ถือว่ารัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดหาบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทุกคน แนวคิดเรื่องรัฐเป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุขระดับต้นนี้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศอังกฤษและขยายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพราะรัฐต่างๆ ยังไม่สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรเพื่อสร้างโรงพยาบาลและกระจายแพทย์ไปยังทุกส่วนของประเทศได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยเวลานานและต้นทุนในการผลิตที่สูง การจัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นกระจายไปในชุมชน จึงเป็นทางออกที่เป็นไปได้มากที่สุดในยุคแรกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดดังกล่าวเช่นกัน โดยมีวิวัฒนาการ ดังนี้

พ.ศ. 2456 เริ่มมีการจัดตั้ง “โอสถสภา” (โอสถศาลา หรือโอสถสถาน) ขึ้นในบางจังหวัดให้เป็นทั้งสถานที่บำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์สาธารณสุข

พ.ศ. 2475 เปลี่ยนชื่อเป็น “สุขศาลา” ระหว่างที่ยังเป็น “สุขศาลา” อยู่นั้น ในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น ราชการส่งแพทย์ไปประจำ เพื่อให้บริการแก่ประชาชน “สุขศาลา” ประเภทนี้เรียกว่าเป็น “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ส่วน “สุขศาลาชั้นสอง” คือ สุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำ

สุขศาลาชั้นหนึ่ง

พ.ศ. 2485 มีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์รับโอน “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ บางส่วนเทศบาลรับไปดำเนินการ “สุขศาลาชั้นหนึ่ง” ที่มิได้โอนไปอยู่กับเทศบาลและมิได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย

พ.ศ. 2497 สุขศาลาชั้นหนึ่ง พัฒนามาเป็น “สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง”

พ.ศ. 2515 เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท”

พ.ศ. 2517 เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ”

พ.ศ. 2518 เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลชุมชน” จนถึงปัจจุบัน

สุขศาลาชั้นสอง ส่วนใหญ่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อตามลำดับดังนี้

พ.ศ. 2495 เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีอนามัยชั้นสอง”

พ.ศ. 2515 เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีอนามัย”

พ.ศ. 2551 เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” มาถึงปัจจุบัน

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต. (Health Promoting Hospital) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนามาจาก สถานีอนามัย (Health Center) ตามนโยบายการพัฒนาขีดความสามารถระดับปฐมภูมิภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง พ.ศ. 2555 แม้ว่าในช่วงหลังนโยบายทางการบริหารจะพยายามผลักดันให้เกิดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) แต่ชื่อสถานีอนามัยยังติดปากและได้รับการยอมรับมาเป็นเวลานาน จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการแห่งนี้ ถูกเรียกว่า หมออนามัย ในพื้นที่เขตเมืองมีการพัฒนาในรูปแบบเดียวกันแต่อาจจะเรียกชื่อต่างกัน คือศูนย์สาธารณสุขชุมชนเขตเมือง (ศสม.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดโรงพยาบาลในเขตเมือง มีพัฒนาการที่แตกต่างกันไป (ปัจจุบันใช้ชื่อเรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นต้น)

ความเป็นมาการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

การปฏิรูประบบปฐมภูมิในภาครัฐของประเทศไทยทั้งระบบ (สำเริง แหยงกระโทก, 2544) มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นโครงการรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงเริ่มเป้าหมายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2543 หรือแม้กระทั่งการ

รณรงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น แต่อาจจะกล่าวได้ว่า ยังเป็นการพัฒนาแบบแยกส่วนและเน้นบทบาทหลักที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น การพัฒนาครั้งสำคัญต่อระบบปฐมภูมิที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง มีอยู่ช่วงหนึ่ง คือโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ช่วงปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2544 และมีการพัฒนาต่อมาในโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (พบส.) เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความพยายามและการมองเห็นความสำคัญของระบบปฐมภูมิ ซึ่งแต่เดิมให้ความสำคัญเฉพาะพื้นที่ชนบท หรือนอกเขตเมือง ต่อมาการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสังคมแบบเมืองหรือกึ่งเมืองมากขึ้น การเริ่มต้นได้มีการพัฒนา ดังนี้

ปี พ.ศ. 2532 จัดทำต้นแบบ (Model) ของแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนสำหรับประเทศไทย ตลอดจนรูปแบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นไปได้ทั้งในระดับชนบท ชานเมืองและในเมืองเกิดขึ้นอย่างจริงจัง ภายใต้ชื่อ “โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พร้อมกับการดำเนิน “โครงการอยุธยา” อันเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการการให้บริการสุขภาพที่ดีผ่านแนวคิดการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 ประการ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) การดูแลอย่างผสมผสาน (Integrated health care) และการดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) ด้านเป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุข คือการสร้างระบบสาธารณสุขบูรณาการที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือองค์ประกอบหลัก (วิชัย เทียนถาวร, 2562; รุ่งนภา พิมมะศรี, 2564; รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2546)

ช่วงปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยในชื่อ“ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ปี พ.ศ. 2535–2544)” ในช่วงเวลานี้ ได้กำหนดสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิออกเป็น 2 ประเภท คือสถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้สถานีอนามัยขนาดใหญ่ มีบทบาทเช่นเดียวกับสถานีอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางด้านสูงกว่า ตลอดจนมีเครื่องไม้เครื่องมือทางการแพทย์มากขึ้น ช่วงทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย มีการปรับปรุงและพัฒนาสถานีอนามัยอย่างมาก แต่จากการประเมินโครงการหลังจากการดำเนินการมาระยะหนึ่ง พบว่าอุปสรรคสำคัญ คือการให้ความสำคัญกับนโยบายขึ้นอยู่กับผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงแต่ละคนและการที่ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบนโยบายโดยตรงทำให้การดำเนินโครงการไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง

หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2540 แนวคิดการดุแลสุขภาพปฐมภูมิได้รับการให้ความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย “สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ” เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศจากผลของปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ

ปีพ.ศ. 2543 มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนานใหญ่ โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่และหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงได้รับความสำคัญอีกครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพัฒนาการต่อเนื่องจากแนวคิดระบบสุขภาพดี ต้นทุนต่ำของรัฐ โดยมองว่าหากการดูแลสุขภาพ

ปฐมภูมิเข้มแข็ง ภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพของชาติโดยรวมจะลดลง ทั้งนี้มีผลการศึกษายืนยันไปในทำนองเดียวกัน กล่าวคือผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่ารัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ มีการบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 ภายหลังมีนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบปฐมภูมิ ได้นำเสนอรูปแบบ ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit; CMU) และมีโครงการโรงพยาบาลลดความแออัด เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ตามแนวคิดการจัดตั้งหน่วยคัดกรองผู้ป่วยหรือ Gate keeper

ในปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งจะเห็นได้จาก จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555-2556 ส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองของกระทรวงสาธารณสุข

ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยในด้านต่างๆ ให้เกิดผล ดังต่อไปนี้

ช. ด้านอื่นๆ

(1) ให้มีระบบบริหารจัดการทรัพยากรน้ำที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมและยั่งยืน โดยคำนึงถึงความต้องการใช้น้ำในทุกมิติ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศประกอบกัน

(2) จัดให้มีการกระจายการถือครองที่ดินอย่างเป็นธรรม รวมทั้งการตรวจสอบกรรมสิทธิ์และการถือครองที่ดินทั้งประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหากรรมสิทธิ์และสิทธิครอบครองที่ดินอย่างเป็นระบบ

(3) จัดให้มีระบบจัดการและกำจัดขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ด้านอื่นๆ ได้

(4) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน

(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

2.2 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่งยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง 2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน 4) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม 5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และ 6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ 1) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และ 2) การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม กรอบแนวทางที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิ 1) การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม 2) การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพและ 3) การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ประเด็นการปฏิรูปที่ 4: ระบบบริการปฐมภูมิ (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2561)

เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์

1) ในภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) เพื่อประโยชน์ต่อประชาชน สังคม และประเทศชาติ ประกอบด้วย

1.1) ประชาชน: ประชาชนมีสุขภาพดีแม้อยู่ไกลโรงพยาบาลบนหลักการสร้างนำซ่อม

1.2) สังคม: ประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมถึงประชาชนกลุ่มเปราะบาง สามารถเข้าถึงบริการที่มีความจำเป็นอย่างเท่าเทียมละเป็นธรรมด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

1.3) ประเทศ: มีระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนไทย ด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เป็นธรรมและยั่งยืน

2) เป้าหมายระยะยาว (20 ปี)

2.1) ครอบคลุมประชากร ~100% ครอบคลุมประชากร ภาครัฐ (75%) รัฐ-เอกชน (10%) และภาคเอกชน (15%)

2.2) สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการปฐมภูมิ: ครอบคลุมทุกสถาบันการศึกษา

2.3) M&E : KPI

- ลด Burden of Diseases โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มระดับของ Well-being ต่อเนื่อง
- เพิ่ม Quality of Care และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลด Ambulatory Care Sensitive Condition และ Adjust Clinical Groups ต่อเนื่อง
- Cost per Capita มีความคุ้มค่าไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบและสัมพัทธ์กับประโยชน์ที่ประชาชนได้รับทั้งสุขภาวะ (Well-being) และคุณภาพบริการ (Quality of Care)

3) เป้าหมายระยะกลาง 5 ปี ความครอบคลุมประชากร ~ 35%

3.1) การให้บริการและระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) มีความสมบูรณ์ และได้รับการสนับสนุนจาก พชอ./พชข.: ทีมภาคีเครือข่ายแนวราบ/แนวดิ่ง (Matrix Teams/Links/Networks), Catchment Area, Register Population, ชื่อแพทย์คู่กับชื่อประชาชน, GMR: Mature Interoperability; Full Data Availability มี Specific Package ตามความจำเพาะและความจำเป็นของพื้นที่ประชาชนเชื่อมั่นศรัทธา (Mutual Trust and Confidence): ~35% ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด ภาครัฐ: 25% รัฐเอกชน: 5% ภาคเอกชน 5%

3.2) สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรเพื่อให้บริการปฐมภูมิ มีการให้บริการและระบบบริการ (Primary Care Cluster: PCC) ที่มีความสมบูรณ์: ~50% ของสถาบันการศึกษา

3.3) M&E:KPI (โดยเปรียบเทียบ Before–After และ Case-Control)

- ลด Burden of Diseases โดยเฉพาะอย่างยิ่ง NCD เพิ่มระดับของ Well-being โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ
- เพิ่ม Quality of Care และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลด ACSC และ ACG
- Cost per Capita มีความคุ้มค่า ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบและสัมพัทธ์กับประโยชน์ที่ประชาชนได้รับทั้ง สุขภาวะ (Well-being) และคุณภาพบริการ (Quality of Care)

4) เป้าหมายระยะสั้น 1 ปี

4.1) มีกรณีตัวอย่างรูปแบบ “ภายในภาครัฐ” “เชื่อมภาครัฐ-เอกชน” “ภายในภาคเอกชน” และ “ในสถาบันการศึกษา” วางระบบพื้นฐาน และมีแผนการดำเนินการในระยะยาวพร้อมไปกับประชาสัมพันธ์และชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจ

4.2) วางระบบการควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) บนพื้นฐานของการพัฒนาตัวชี้วัด (Key Performance Indicators: KPI) เพื่อให้แสดงให้เห็นถึงความจำเพาะของการให้บริการปฐมภูมิประกอบด้วย สุขภาพและสุขภาวะ (Health and Well-being): Burden of Diseases, Subjective Well-being, Objective Well-being คุณภาพบริการ (Quality of Care): Utilization Rate, Coverage of Preventive and Health Promotion Activities), Ambulatory Care Sensitive Condition (ACSC); Adjust Clinical Groups (ACG), Responsiveness, ความพึงพอใจของผู้รับบริการ, ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ การลงทุนที่คุ้มค่าในสัดส่วนต่อกับจำนวนประชากร (Cost per Capita)

5) ด้านการเงินการคลัง

- มีกรณีตัวอย่างของการพัฒนา "ชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific Package)" เพื่อตอบสนองตามความจำเพาะและความจำเป็นทางสุขภาพภายในอำเภอ และเขต (กรณี กทม.) ภายใต้การบริหารจัดการของ "คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ./พชข.) บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อำเภอ/เขต และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมทางการเงินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรุงเทพมหานคร: มีกรณีตัวอย่างอย่างน้อย 10 อำเภอ ในจังหวัดต่างๆ และ 1 เขตใน กทม.
- มีการจัดตั้งกองทุนบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE FUND) โดยเป็นกองทุนเฉพาะสำหรับระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว รวมถึงมีกลไกการบูรณาการงบประมาณจากภาคส่วนต่างๆในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนงบประมาณ (Payment mechanism) สำหรับคลินิกหมอครอบครัวและระบบปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

6) ด้านระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี

- ให้มีกรณีตัวอย่างของการมีแพทย์ในฐานะสมาชิกของทีม/ภาคีเครือข่าย ที่มีอยู่ภายในอำเภอและมีความพร้อม และมีชื่อแพทย์คู่กับชื่อประชาชน เพื่อพัฒนาให้มี Global Medical Records ของประชาชน โดยแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลมีชื่อคู่กับชื่อประชาชน จำนวนอย่างน้อย 10 แห่ง โดยกำหนดให้กระจายใน 9 อำเภอ และจำนวน 1 เขต ในกรุงเทพมหานคร
- มีกรอบกฎหมายปกป้อง ความลับ (Confidentiality) และความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลใน Global Medical Records (GMR) ของประชาชน และปกป้องแพทย์ที่มีชื่อคู่กับชื่อประชาชน ในฐานะผู้ดูแล GMR ของประชาชน พร้อมไปกับการพัฒนาให้ระบบ มีการเชื่อมโยงตามคุณลักษณะของ Interoperability และมีข้อมูลอยู่ในระบบตามคุณลักษณะของ Data Availability เป็น โครงการการพัฒนาในระดับชาติ

7) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ พร้อมกับชี้แจงทำความเข้าใจให้ประชาชนทราบถึงพัฒนาการ และผลสัมฤทธิ์ (รวมถึงอุปสรรค) ของการดำเนินการ

กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ พ.ศ. 2561–2565

ตัวชี้วัด

1) ระยะ 1 ปี:

– เพิ่มการดูแลที่คลินิกหมอครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ คิดเป็น PCC Visit >300,000 ครั้ง

– การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก (OP Visit) ของโรงพยาบาลภาครัฐ (รพศ.รพท.และ รพช.) ลดลง ≥1 ล้านครั้ง

– มีพื้นที่ต้นแบบในการลงทะเบียนชื่อแพทย์คู่กับประชาชน (GMR) 50 พื้นที่

– มีพื้นที่ต้นแบบที่สามารถจัดรูปแบบบริการสอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว Triple Aim จำนวน 50 พื้นที่และ พัฒนา 16 พื้นที่ Health literacy community of practice

– เกิดกองทุนบริการปฐมภูมิ (PRIMARY CARE FUND)

- มีชุดสิทธิประโยชน์สำหรับบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวที่สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว

2) ระยะ 5 ปี

- มีคลินิกหมอครอบครัวที่จัดรูปแบบบริการและใช้ชุดสิทธิประโยชน์สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว Triple Aim จำนวน 2,280 ทีม

- มีระบบการลงทะเบียนชื่อแพทย์คู่กับประชาชน (GMR) ครอบคลุมทุกคลินิกหมอครอบครัว

- การคัดกรองโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น สามารถพบผู้ป่วยรายใหม่ >1.5 ล้านคน

- สามารถลดการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก(OP Visit) ของโรงพยาบาล ≥ 3% ของปัจจุบัน

- จำนวนและอัตราการรับบริการในลักษณะผู้ป่วยในของกลุ่มโรค ACSC (Primary Care or Ambulatory Care Sensitive Conditions36) ลดลง (Total Admission /Admission Rate) โดยวัดผล ดังนี้ ลดการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (Decrease ER Visit) และลดการเข้ารับบริการผู้ป่วยในสำหรับโรค Asthma/COPD

3) ระยะ 10 ปี:

– มีคลินิกหมอครอบครัวที่จัดรูปแบบบริการและใช้ชุดสิทธิประโยชน์สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว Triple Aim จำนวน 6,500 ทีม

– ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ >60%

– ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ >60%

– ลดต้นทุนของการบริการในโรงพยาบาลภาครัฐได้ 13,064 ล้านบาท

– ลดค่ารักษาจากภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 19,579 ล้านบาท

– ลดค่าใช้จ่ายการเดินทาง,ค่าอาหาร และอื่น (ส่วนเพิ่มเติม) 8,959 ล้านบาท

– ลดค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของครอบครัว 19,577 ล้านบาท

4) ระยะ 20 ปี:

- ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ >70%
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ >70%
- ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการของ PCC >90%

แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–พ.ศ. 2579) ของกระทรวงสาธารณสุข
กองยุทธศาสตร์และแผน (2561) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี มีเป้าหมายระยะ 20 ปี คือ ประชาชนสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนโดยใช้ยุทธศาสตร์ “4 Excellence Strategies” ประกอบด้วย

1) P&P Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

2) Service Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่แผนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ

3) Governance Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่แผนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบธรรมาภิบาล

4) People Excellence ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่แผนการวางแผนความต้องการอัตรากำลัง การผลิตและพัฒนากำลังคน การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพและการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การจัดระบบบริการสุขภาพ โดยทั่วไปแบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) โดยจัดแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self-Care Level) หมายถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแนวโน้มประชาชนมีความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การลดการสูบบุหรี่หรือมีการออกกำลังกาย

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level: PHC) หมายถึงการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยกันเองและสามารถจะทำได้ ในระดับชุมชนเป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพวิทยาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ไม่สูงมากนักซึ่งจะเหมาะสม และสอดคล้อง

กับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคือประชาชนด้วยกันเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้ จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้น เป็นอย่างมาก

3. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level หรือ Primary Medical Care: PMC) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ลักษณะของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นการให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน การบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เป็นบริการด่านแรก ที่เข้าถึงง่าย และสำคัญหน่วยบริการเปรียบเสมือนหมอประจำหมู่บ้าน หรือหมอประจำชุมชนที่ดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างต่อเนื่อง

4. การบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Care Level หรือ Secondary Medical Care: SMC) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คน ขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำการให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

5. การบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care หรือ Tertiary Medical Care: TMC) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วย หน่วยบริการ ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

6. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้ว ยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ (เน้นแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์โรคทรวงอก อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ) ศูนย์มะเร็ง (เน้นแพทย์ในสาขารังสีรักษา/รังสีวินิจฉัย/เวชศาสตร์นิวเคลียร์/สาขาพยาธิวิทยา/กายวิภาค อายุรศาสตร์โรคเลือด) เป็นต้น

ภาพที่ 2.1 การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากภาพที่ 2.1 จะเห็นว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข และระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นส่วนที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ชุมชนมากที่สุด เป็นส่วนที่เชื่อมกับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำประกาศอัลมา อัตตา โดยองค์การอนามัยโลก

สาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่เสนอให้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นที่กระจายได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงบูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม และบูรณาการกับกระบวนการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งเป็นส่วนบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน ที่ทำงาน เป็นระบบดูแลที่ต้องปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน ประชาชนเข้าถึงได้ พัฒนาขึ้นด้วยหลักการที่เป็นวิทยาศาสตร์ และสังคมยอมรับ ชุมชนมีส่วนร่วมกำหนด และสุดท้ายทำให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ ด้วนราคาค่าใช้จ่ายที่ชุมชน และประเทศยอมรับ

ระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนามาจากรากฐานแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอุดมการณ์ที่ยิ่งใหญ่ ในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ที่ประชาชนและสังคมยอมรับใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ด้วยค่าใช้จ่ายที่ชุมชน ประเทศ รับผิดชอบ และเป็นส่วนที่ประกันความเป็นธรรมของสังคมในด้านสุขภาพ นั่นหมายถึง ระบบบริการปฐมภูมิมิได้เกิดหรือพัฒนาขึ้นอย่างไร้ทิศทาง แต่มีทิศที่ชัดคือ ต้องตอบสนองต่อปัญหาสถานการณ์สุขภาพของชุมชนและสังคมนั้นๆ ต้องประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการ เพื่อช่วยให้ชุมชน สังคม พึ่งตนเองได้

ทิศการพัฒนาคุณภาพบริการระดับนี้ มีกุญแจสำคัญ คือ ต้องใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ใช้ทรัพยากรอย่างพอดี ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ให้เกิดผลลัพธ์งานที่ประชาชนยอมรับ

เหล่านี้ เป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ที่ทั่วถึง มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ รวมทั้งการต่อยอดเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบสุขภาพด้วย

ดังนั้น บริการปฐมภูมิ คือ การบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงง่าย และสำคัญ หน่วยบริการเปรียบเสมือนหมอประจำหมู่บ้าน หรือหมอประจำชุมชนที่ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาของประชาชนในทุกด้านที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสุขภาพ ลักษณะเด่นของบริการปฐมภูมิ คือ บริการทั้งคน ไม่แยกส่วนเป็นโรค เป็นบริการที่ดูแลชุมชนเป็นคนทั้งคนไม่แยกส่วนเป็นโรค และดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง เช่น บริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หน่วยบริการปฐมภูมิแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ระดับปฐมภูมิเขตเมือง และระดับปฐมภูมิเขตชนบท

1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

เขตเมือง ความหมายตามราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป และความหมายตามศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ และคณะ (2558) หมายถึง พื้นที่ที่มีลักษณะสำคัญของความเป็นเมือง คือ มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น หรือมีจำนวนคนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ โดยประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่มิใช่เกษตรกรรม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับศตวรรษที่ 21 มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิวัฒนาการของบริบทและสิ่งแวดล้อมของโลกอย่างแยกกันไม่ออก ผลที่ตามมาที่เห็นได้ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความไม่เป็นธรรมไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจทำให้คนที่ฐานะทางสังคมด้อยกว่าหรือมีช่องว่างทางสังคมมากกว่าได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพหรือไม่ได้รับบริการสุขภาพ ในโรคเรื้อรังที่ต่อเนื่อง มีปัญหาด้านความรุนแรงในสังคม ปัญหายาเสพติด การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา อาหาร หรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ปรากฏการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มากับ “การใช้ชีวิตแบบเมือง” ที่กล่าวว่าแยกกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ออก ก็เพราะว่า ถ้าหากสามารถจัดการหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพได้มีประสิทธิภาพดี ก็น่าจะช่วยควบคุมหรือลดผลกระทบปรากฏการณ์ข้างต้นให้บรรเทาเบาบางลงได้

ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบท ที่ก่อให้เกิดการดูแลขั้นพื้นฐานใน 3 ด้านหลัก คือ 1) การปรับปรุงสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความดูแล 2) การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน และ 3) การคุ้มครองทางการเงินต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยนานาประเทศได้สนับสนุนว่าการทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของเขตเมือง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรทางวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ

ผลจากการขยายตัวของชุมชนเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองมีความสำคัญมากขึ้น การศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศต่างๆ ทำให้ได้เรียนรู้รูปแบบที่ดีและนำมาปรับใช้กับระบบบริการของประเทศได้ ซึ่งจากการศึกษาเอกสารเปรียบเทียบระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน 14 ประเทศ ได้แก่ บราซิล แคนาดา สเปน คิวบา เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮ่องกง เดนมาร์ก สวีเดน เบลเยียม อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย (สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์ และคณะ, 2555) โดยศึกษาตามกรอบแนวทางการประเมินระบบบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป พบว่าประเทศที่มีระบบหน่วยบริการด่านหน้า ไม่ว่าจะโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ดีส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประเทศส่วนใหญ่ที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมีการจัดบริการโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วย ประเทศที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรูปแบบประกันสุขภาพภาคบังคับจะไม่มีระบบหน่วยบริการด่านหน้า ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย แต่มีการนำระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็น

ปัจจุบันประเทศไทย มีแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การจัดบริการในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินการ หลากหลายทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขจัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เป็นนโยบายเร่งด่วน เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4 - 8 จังหวัด (ประชากร 3-6 ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ปัจจุบันองค์ประกอบของเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมภาคส่วนอื่นๆ ครบถ้วน ทุกเขต เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลภาครัฐอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดในการสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1) คลินิกชุมชน: จัดบริการตรวจรักษาแบบคลินิกเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยเป็นการดำเนินการของภาครัฐหรือการจ้างเหมาบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงง่ายโดยมีการจัดบริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น

2) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.): มีแพทย์ออกตรวจในเวลาราชฏรตลอด 5 - 7 วันต่อสัปดาห์และมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุข ดูแลทั้งการแพทย์ (รักษาพยาบาล) และการสาธารณสุข (ชุมชน) โดยมีทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักในการทำงาน

3) โรงพยาบาลเมือง: มีการสร้างหรือขยายอาคาร ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในเขตเมือง ในกรณีที่โรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีจำนวนผู้ป่วยในหนาแน่น (อัตราครองเตียงสูง) เพื่อให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขา แต่ไม่จำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อยมีระบบรับและส่งต่อกับสถานบริการในระดับต่ำกว่าและโรงพยาบาลแม่ข่าย

อนึ่งกระทรวงสาธารณสุข มีรูปแบบการบริหารจัดการตามรูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งที่ดำเนินการเองและร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน โดยจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ฯ

2) หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ โดยโรงพยาบาลตัดโอนงบประมาณรายหัว หลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบลงทุนค่าเสื่อม เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาฯ

3) โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกันมีการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ ส่วนกองทุนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ เช่น เทศบาลนครพิษณุโลกและโรงพยาบาลพระพุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรฯ

4) โรงพยาบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซื้อบริการจากท้องถิ่นหรือเอกชน เช่น เทศบาล คลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

นอกจากการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้ว กฎหมายหลายฉบับได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ทำหน้าที่จัดการระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองหลายรายการซึ่งรวมถึง ”การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล” และ “การพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ” เป็นต้น ทั้งนี้พบว่ามีรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอีก 2 รูปแบบ คือ

1) กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 142 แห่ง (เป็นของรัฐรวมทุกสังกัดร้อยละ 28) มีคลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) เช่น เวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทยการพยาบาลและผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด รวมทั้งสิ้น 4,558 แห่ง ในจำนวนนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 270 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จำนวน 94 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนจำนวน 176 แห่ง และในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 153 แห่ง ประกอบด้วย สถาน

บริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย จำนวน 144 แห่ง ได้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 76 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร 9 แห่ง

2) เมืองพัทยา มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง (เมืองพัทยา 2 แห่งและเอกชน 3 แห่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยา จำนวน 1 แห่ง คลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) จำนวน 249 แห่ง และร้านขายยา จำนวน 484 แห่ง (สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2561)

ปัญหาท้าทายของการจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองมีปัญหาหลากหลาย มีประเด็นเร่งด่วนและสำคัญที่ควรดำเนินการโดยทุกภาคส่วน ทุกองค์กร ทุกวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวอย่างในประเด็นต่างๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การให้บริการสุขภาพ

1) การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อน ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้การบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะระบบส่งต่อส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งควรจะต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุมทำให้ประชาชนที่อยู่อาศัยและทำงานในบางพื้นที่ของเขตเมืองไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมและสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว

3) ในบางพื้นที่แม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรในเขตเมืองบางกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น กลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี มีอัตราการได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และการให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว

4) หน่วยบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพในเชิงของการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค

5) ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลทำให้การให้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เสียโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพ

6) ประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกค่อนข้างสูง และแม้จะมีความรู้และการศึกษาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บางส่วนยังขาดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับประชากร

ประเด็นที่ 2 การเงินการคลังสุขภาพ

1) ระบบการซื้อบริการสุขภาพของกองทุนภาครัฐยังไม่สามารถทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากใช้รูปแบบการจัดสรรเงินที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมจะต้องจัดบริการสุขภาพตามที่กำหนดซึ่งใช้กรอบอ้างอิงการทำงานในรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก จึงทำให้บางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจจะมีศักยภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคแต่ไม่มีศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมได้ซึ่งทำให้บทบาทในการมีความใกล้ชิดกับประชาชนไม่ได้ถูกนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ โดยทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการตามจ่ายรวมถึงเกิดอุปสรรคในการบริหารจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการภาคเอกชนไปยังสถานบริการภาครัฐ รวมถึงไม่สามารถจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมในการจัดบริการสุขภาพไม่สามารถนำเงินที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพมาให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ เนื่องจากมีความเห็นที่แตกต่างจากหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณแผ่นดินว่าไม่สามารถใช้สำหรับการว่าจ้างบุคลากรได้

3) การใช้จ่ายเงินงบประมาณสำหรับกองทุนสุขภาพตำบล ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน คือ มีระเบียบรองรับการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่เมื่อหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณใช้ดุลพินิจตีความว่าไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับผิดชอบงบประมาณดังกล่าวเอง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆเกิดความไม่แน่ใจและไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้กองทุนมีหลากหลายซึ่งอยู่บนฐานของการใช้ระเบียบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความลักลั่นและขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ

4) การจัดบริการสุขภาพในเขตเมืองประสบปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพ เพราะนอกจากจะให้บริการสุขภาพแก่ประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้วยังจะต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว และประชากรแฝง ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยหรือทำงานในพื้นที่เขตเมืองโดยไม่ได้ลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด

5) มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพ ยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการภาคเอกชน ทำให้บางส่วนประสบปัญหาทางการเงินจากการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง และบางส่วนมีการใช้บริการสุขภาพนอกระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น ร้านยา แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่มากขึ้นโดยไม่จำเป็น

ประเด็นที่ 3 การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (ภาวะผู้นำและการอภิบาล)

1) การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้น ยังมีอยู่น้อย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีกฎหมายรองรับการดำเนินงานที่แตกต่างกัน รวมถึงการไม่มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้ในเขตที่มีพื้นที่การปกครองรูปแบบพิเศษยังขาดองค์กรนำที่เป็นแกนกลางในการประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง

2) การวางแผนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ยังมีน้อยทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อนและไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร

การแก้ไขปัญหาในปัจจุบันและแนวทางการแก้ไข

จากตัวอย่างสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในเขตเมืองรวมทั้งกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา จะเห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยลำพัง การบริการสุขภาพในเขตเมืองดำเนินงานโดยหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดกลไกการเชื่อมโยง ระบบการส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วมมีข้อจำกัด ทั้งในด้านความแตกต่างของนโยบาย และทิศทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน โครงสร้างพื้นฐานอันหมายรวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพทั้งเรื่องปริมาณและคุณภาพ ความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสารสนเทศ ความพร้อมเชิงทรัพยากรต่างๆ ตั้งแต่เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ รูปแบบการจัดระบบบริการทางการแพทย์รวมถึงเรื่องวงจรการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ นอกจากนั้น การขาดกลไกที่เอื้อต่อการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ยิ่งแสดงให้เห็นถึงการไม่มีความเป็นเจ้าของของระบบสุขภาพเขตเมืองโดยรวม แม้จะมีการแบ่งแยกพื้นที่ปกครองเชิงอำนาจตามกฎหมายก็ตาม ทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมได้รับการพัฒนาไปแบบไร้ทิศทาง จนมีผลทำให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เขตเมืองนั้นมีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายที่สำคัญคือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเรื่องคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ได้มีมติเรื่องสุขภาพคนเมืองเป็นมติหลักซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ใน

การพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพอำเภอในเขตเมืองอย่างเป็นรูปธรรมการศึกษาสถานการณ์สุขภาพและสุขภาวะของประชาชนการจัดบริการสุขภาพและการบริหารจัดการระบบสุขภาพเขตเมืองจะช่วยพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขตเมืองที่เหมาะสมและสนับสนุนให้เกิดการบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและสอดคล้องกับทิศทางการมุ่งสู่เมืองสุขภาวะและเป็นแนวทางสำหรับประเทศเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีมติดังต่อไปนี้

1.1) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สถาบันการศึกษาทางสุขภาพกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยกรุงเทพมหานคร และภาคประชาสังคม ดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1.1) เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม

1.1.2) ให้การสนับสนุนคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ที่มุ่งเน้นบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ดังนี้ (1) การให้บริการสุขภาพ (2) บุคลากรสุขภาพ (3) สารสนเทศสุขภาพ (4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (5) การเงินการคลังสุขภาพ และ (6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ครอบคลุมเป็นธรรมและสามารถปกป้องการล้มละลายทางการเงินจากการเจ็บป่วย

1.1.3) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติ และระดับเขตสุขภาพ 12 เขต เขตกรุงเทพมหานคร และระดับจังหวัดที่มีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และขับเคลื่อนโดยผ่านกลไกต่างๆ ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

1.2) ขอให้ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพร่วมดำเนินการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการสร้างและพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง รวมทั้งสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกลไกต่างๆ ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

1.3) ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันการศึกษา สนับสนุนการดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง

1.4) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงบประมาณ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้มีการศึกษากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพเขตเมืองอย่างมีประสิทธิภาพและให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนทั้งผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการและผู้รับบริการ

2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนสุขภาวะเขตเมือง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) (โสภณ เมฆธน, 2559) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ในการขับเคลื่อนนโยบาย Startup Thailand 4.0 กำหนดแผน เป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 คือการปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนและ ระยะที่ 4 เมื่อสิ้นแผนในปี พ.ศ. 2579 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชียโดยตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ผ่านกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอภายใต้นโยบายการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และนับกลไกสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี โดยมีจุดเด่นของการดำเนินงานที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในพื้นที่ เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ ไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ (โสภณ เมฆธน, 2559)

กลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญในระยะที่ผ่านมา นับได้ว่าเป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย โดยเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามกรอบการดำเนินการวาระปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ตามที่สภาปฏิรูปแห่งชาติโดยคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้เสนอแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่มุ่งการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่มีการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (Main Lever) ของระบบ คือการเปลี่ยนฐานระบบบริการจาก “โรงพยาบาล” เป็น “พื้นที่” โดยไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล และปรับศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” และเน้นระบบการพัฒนา

“เครือข่ายทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ” (Matrix Team) กับกลไกการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เป็นการเชื่อมโยงจากภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น โดยนำระบบสนับสนุนต่างๆ มาเป็นเครื่องมือ เช่น ระบบข้อมูล ระบบคลังความรู้ ระบบกลไกสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และระบบสื่อสารสาธารณะ เพื่อเกิดการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแค่คล้อยตาม) กับการขับเคลื่อนตามแนวนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง เขต หรือจังหวัด และจัดการปัจจัยต่างๆ จากภายนอก บนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ตามความจำเพาะของแต่ละพื้นที่ ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่มีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and Adaptive System) โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว มีทีมวิชาชีพให้บริการอย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพ จนถึงมีระบบการดูแลที่บ้าน ที่ชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เหมาะสมตามความจำเป็นทางสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการที่มุ่งให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางดังกล่าว ยังมุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิหรือ Primary Care โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (Integrated and Continuity of Care) รวมทั้งการทำงานเชิงรุก ซึ่งที่ผ่านมาแม้มีการหนุนเสริมให้มีกลไกการพัฒนาการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้นภายใต้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ แต่รูปแบบการทำงานที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ให้สามารถทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตน และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลนั้นอย่างไรก็ตาม อาจจะกล่าวได้ว่ามีการดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมได้ในบางพื้นที่เท่านั้น

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบาย Primary Care Cluster (PPC) นับเป็นกลไกการหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่เป็นบริการด่านแรกได้เพิ่มมากขึ้น และได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้นเชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิกับตติยภูมิ โดยผ่านการบูรณาการ Service plan ทุกสาขากับบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัยและทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชนสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัวที่นำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่องครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั้งประเทศ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีการขับเคลื่อนให้ได้ภายในระยะเวลา 10 ปี ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวที่ผ่านมาแม้มีพื้นที่ดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่พบว่าการถอดบทเรียนและการใช้กลไกการพัฒนาหนุนเสริมที่สามารถนำไปสู่

การขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆ ให้เกิดการขับเคลื่อนไปในภาพกว้าง ยังเป็นข้อจำกัดที่ต้องการชุดความรู้มาอธิบายและขยายผลการพัฒนาต่อไป

โดยในปัจจุบัน คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการ ได้จัดทำพระราชบัญญัติการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ.2561 เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และ มาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน ใกล้บ้านด้วยแนวทางการพัฒนาในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว โดยมีหลักการ 5 ข้อ คือ 1) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพดูแล 2) มีข้อมูลสุขภาพจากทุกระดับบริการกลับสู่ทีมผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิและประชาชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) มีการเชื่อมโยงระบบกับประชาชนโดยการลงทะเบียน 4) มีการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง และ 5) การจัดการโดยใช้กลไกทางด้านการเงินการคลัง

อีกนโยบายหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันเพื่อเสริมหนุนให้เกิดรูปแบบบริการดังกล่าวข้างต้นอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ปัจจุบันเรียกชื่อเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย “การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ดำเนินนโยบายเพื่อสนับสนุนรูปแบบการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้กลไกการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นการยกระดับการทำงานของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วนภายใต้การใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง มองเห็นปัญหาและมุ่งสู่กระบวนการแก้ปัญหาร่วมกันแบบบูรณาการ คณะกรรมการ พชอ. จึงเป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการในการบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนโดยมีกรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชน ด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่าย ที่ประสานการทำงานร่วมกันเป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามระเบียบนี้ (สำนัก

นายกรัฐมนตรี, 2561) ซึ่งทำให้การดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการ พชอ. ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย

2. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตชนบท

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายในการปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่คุณภาพเพียงพอทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการด่านหน้า (Front - line service) และกลไกสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบล หมู่บ้าน ชุมชน ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ปี พ.ศ. 2552-2555 กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเปลี่ยนจากการบริการเชิงรับมาเป็นการบริการเชิงรุก ให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล ระบบส่งต่อ ยา เวชภัณฑ์ สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยจัดทำแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552-2555 ขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะแรกกำหนดเป้าหมายที่สถานีอนามัย เพื่อปรับโฉมการให้บริการทั้งในด้านกายภาพ รูปแบบการบริการ

ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือรพ.สต. ติดดาว ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ซึ่งได้มีการพัฒนาแนวทางและเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว สำหรับใช้เป็นกรอบในการประเมินและพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างบูรณาการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพ สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

บทบาท ภารกิจการดำเนินงาน

ขอบเขตการดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีขอบเขตการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค และการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน และสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้น ดังนี้

(ก) ดำเนินการเชิงรุก มุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชน เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

(ข) บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลาโดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉินก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อออกไปรับผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

(ค) มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม เชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น

ภารกิจ สามารถแบ่งออกได้ 2 แบบ คือ

(ก) ภารกิจหลักพื้นฐาน จะเป็นการบริการแบบผสมผสานให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน งานบริการดูแลเป็นกลุ่มประชากร ตามวัย และตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ (เด็ก วัยรุ่น สตรี ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดบริการสุขภาพช่องปาก และการจัดการสิ่งแวดล้อม) รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชนและบริการที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นภารกิจที่ รพ.สต. จะต้องดำเนินงานให้ครอบคลุม นอกจากนี้ รพ.สต. ยังต้องมีภารกิจในการบริการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค เช่น การเฝ้าระวังค้นหา รายงานโรค/ภัย การเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย/สัตว์ที่เป็นสาเหตุของการก่อเหตุการสอบสวนและควบคุมการระบาด การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีการทำงานที่เชื่อมโยง กับภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และภารกิจในการบริการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคติดต่อนำโดยแมลง กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคเอดส์และโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

(ข) กล่าวโดยสรุป รพ.สต. ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังเชิงรุกที่สำคัญ คือ

- การวินิจฉัยดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อพบผู้ป่วย ส่งตัวผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะมีอาการรุนแรง เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมในระดับที่สูงถัดขึ้นไป สามารถสอบสวนและตอบโต้การระบาดของโรคตามคู่มือ

- การสอบสวนโรคระบาด โดยร่วมมือกับทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของโรงพยาบาลแม่ข่าย สนับสนุนการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการติดตามสถานการณ์ของโรคและนำเสนอรายงานสถานการณ์เป็นประจำ เสริมสร้างชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยผ่านภาคีเครือข่ายในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

(ค) ภารกิจเสริม เป็นกิจกรรมที่ รพ.สต. สามารถทำเพิ่มเนื่องจากสภาพปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และความต้องการของชุมชนที่สามารถพัฒนาคุณภาพบริการที่เพิ่มมากขึ้นจากภารกิจหลัก ได้แก่ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การป้องกันโรคที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

การให้บริการแก่ประชาชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกระดับ ทั้ง รพ.สต.ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่จะต้องมีการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ที่สอดคล้องกับขอบเขตการดำเนินงานบทบาทภารกิจ ดังนี้

1) คลินิกผู้ป่วยนอก
2) คลินิกพิเศษ (โรคเรื้อรัง)
3) คลินิกทันตกรรม
4) คลินิกสุขภาพเด็กดี
5) คลินิกอนามัยแม่และเด็ก (ฝากครรภ์)
6) คลินิกวางแผนครอบครัว
7) คลินิกแพทย์แผนไทย
8) คลินิกกายภาพบำบัด
9) งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
10) งานป้องกันและควบคุมโรค
11) งานคุ้มครองผู้บริโภค
12) คลินิกสุขภาพเกษตรกร
13) งานสุขภาพภาคประชาชน

การบริหารจัดการ

1) การจัดการด้านกำลังคน

จำนวนบุคลากร ควรมาจากการวิเคราะห์ภาระงานประกอบกับขนาดของพื้นที่และประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ซึ่งต้องอาศัยการจัดการเป็นเครือข่าย การเพิ่มจำนวนบุคลากรเป็นสิ่งที่จำเป็น โดย รพ.สต.อาจจ้างลูกจ้างเพิ่มเติม เพื่อปฏิบัติงานหรือมีการสนับสนุนบุคลากรจาก รพ.แม่ข่ายมาเป็นการประจำหรือหมุนเวียนมาเป็นบางช่วงเวลา

รพ.สต. ควรมีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และบุคลากรที่ร่วมทีมงาน ควรมีลักษณะที่มีทักษะหลากหลาย ผสมผสานในแต่ละบุคคล หลีกเลี่ยงการทำให้แต่ละคนมีความชำนาญเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรน้อย

2) การจัดการด้านการเงินการคลัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องได้รับงบประมาณดำเนินการภารกิจต่างๆ อย่างพอเพียง อาทิ งบลงทุน งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่าย งบส่งเสริมป้องกันในรูปแบบต่างๆ งบพัฒนาบริการปฐมภูมิในรูปแบบต่างๆ งบประมาณด้านสาธารณสุขจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) งบประมาณจากภาคเอกชน และควรมีการใช้งบประมาณอย่างมีหลักเกณฑ์ มีการวางแผนปฏิบัติ ควบคุม กำกับ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ก็จะสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การจัดการด้านข้อมูลและการวางแผน

การจัดทำแฟ้มครอบครัว (Family folder) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ติดตามดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ หากมีการสำรวจข้อมูลสุขภาพที่ดี การปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ร่วมกับข้อมูลการมารับบริการที่ รพ.สต. นำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ วางแผนแก้ปัญหาสุขภาพอย่างมีคุณภาพด้วย

4) การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)

4.1) การสนับสนุนด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค

4.2) การให้คำปรึกษาทางไกล แบบ Online เพื่อให้รพ.สต.ขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ ลดภาระ ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีไม่จำเป็น

4.3) การสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ และการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนโรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนดรายการบัญชียาที่สามารถจ่ายที่ รพ.สต. รวมถึงระบบการส่งสิ่งส่งตรวจ เพื่อการวินิจฉัยร่วมกันดูแลผู้ป่วยในรายที่ส่งกลับบ้านได้

4.4) พัฒนาระบบส่งต่อ ทั้งกรณีส่งผู้ป่วยไป รพ.แม่ข่าย และรับผู้ป่วยกลับจาก รพ.แม่ข่าย มาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4.5) การสนับสนุนด้านการเงินการคลัง ในปัจจุบันหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาระดับปฐมภูมิยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้นการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน (Operating budget) จึงอาศัยโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินในการดำเนินงานเป็นหลัก

4.6) การสนับสนุนบุคลากร โรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถจัดระบบการสนับสนุนให้ได้ ตั้งแต่แพทย์ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ตามความเหมาะสมของพื้นที่ ที่ช่วยเติมเต็มให้บริการของ รพ.สต. ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ การสนับสนุนบุคลากรจากแม่ข่ายอาจไปช่วยอย่างถาวร หรือ

หมุนเวียนตามวันเวลาที่เหมาะสม โดยใช้หลักคิดว่า หากบริการที่ รพ.สต. มีความเข้มแข็ง สามารถลดจำนวนประชาชนมารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

4.7) การสนับสนุนด้านวิชาการ และการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีแนวทางหรือแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนร่วมกับ รพ.สต. ว่าจะมีการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านต่างๆ อย่างไร ทั้งเรื่องการวินิจฉัย รักษาพยาบาล ตลอดจนด้านการสาธารณสุขและการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสม

5) การแบ่งระดับขนาดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การจัดขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และการจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) คือรพสต. ที่รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 3,000 คน และมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

(1) พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน

(2) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน

(3) ทันตภิบาล 1 คน หรือมีการจัดบริการทันตกรรมหมุนเวียนไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีการให้บริการจำนวน 600 ครั้ง/ประชากร 3,000 คน ใน 1 ปี

(4) ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

รพ.สต. ขนาดกลาง (M) คือ รพสต.ที่รับผิดชอบประชากร 3,000 - 8,000 คน และมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

(1) พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน

(2) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน

(3) ทันตภิบาล 1 คน และมีการให้บริการจำนวน 600-1,400 ครั้ง/ประชากร 3,000 – 8,000 คน ใน 1 ปี

(4) ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

รพ.สต.ขนาดใหญ่ (L) คือ รพสต.ที่รับผิดชอบประชากร 8,001 คนขึ้นไป และมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

(1) พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน

(2) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 6 คน

(3) ทันตภิบาล 2 คน หรือนักวิชาการทันตสาธารณสุข 1 คน และมีการให้บริการจำนวน 1,400-10,000 คน ใน 1 ปี

(4) ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

ตารางที่ 2.1 การแบ่งขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวนประชากร	ขนาดของ รพ.สต.	จำนวนแห่ง
น้อยกว่า 3,000	ขนาดเล็ก (S)	3,476
3,000 - 8,000	ขนาดกลาง (M)	5,431
8,001 ขึ้นไป	ขนาดใหญ่ (L)	852

2.3 การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทบทวนการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ จำนวน 14 ประเทศ มีรายละเอียดดังนี้

ระดับนานาชาติ ได้ให้ความสำคัญของการเข้าสู่ความเป็นสังคมเมืองที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว นักวิจัยได้ทบทวนถึงความสำคัญ สถานการณ์ และแนวโน้มของสังคมเมืองในระดับนานาชาติ โดยนำเสนอผลกระทบของ Urbanization ต่อประเทศ สังคม และประชาชน ปัญหาสุขภาพของประชาชนเขตเมืองอันเนื่องมาจาก Urbanization แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพเขตเมือง ในระดับสากล รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองในระดับนานาชาติ ดังนี้

1) ความสำคัญ สถานการณ์ และแนวโน้มของสังคมเมืองในระดับนานาชาติ การเข้าสู่สังคมเมืองถือเป็นสิ่งท้าทายที่สำคัญต่อการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ธนาคารโลก (2009) กล่าวว่า “ไม่มีประเทศใดที่เจริญเข้าสู่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางแล้วไม่มีการพึ่งพาอุตสาหกรรมและการเข้าสู่สังคมเมือง” และในอีก 30 ปีข้างหน้าประชากรเกือบทั้งหมดจะอยู่ในสังคมเมือง จากการคาดการณ์พบว่าปี พ.ศ. 2573 ร้อยละ 60 ของประชากรโลก จะอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มสูง ถึงร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2557 ภูมิภาคที่เข้าสู่สังคมเมืองมากที่สุด ได้แก่ อเมริกาเหนือ (ประชากรอาศัยในเขตเมือง ร้อยละ 82) ลาตินอเมริกาและทะเลแคริบเบียน (ประชากรอาศัยในเขตเมือง ร้อยละ 80) และยุโรป (ประชากรอาศัยใน เขตเมือง ร้อยละ 73) ในขณะที่แอฟริกา และเอเชีย มีประชากรอาศัยในเขตเมือง ร้อยละ 40 และ 48 ตามลำดับ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2555) ถึงแม้ว่าเอเชียจะเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมืองน้อย แต่ในอนาคต ในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรอาศัยในเขตเมือง ถึงร้อยละ 64 ซึ่งอัตราการพัฒนาเพื่อเข้าสู่ความเป็นเมืองของภูมิภาคเอเชีย และแอฟริกามีแนวโน้มเติบโตในอัตราสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ในปี 2050 คือ ร้อยละ 64 และร้อยละ 56 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากยุโรปที่มีอัตราความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นเพียงประมาณร้อยละ 7 เนื่องจากเป็นภูมิภาคที่มีระดับความเป็นเมืองที่สูงอยู่แล้ว

เมื่อพิจารณาในเชิงภาพรวมของโลกในปีค.ศ. 2050 ประเทศที่มีรายได้สูง (High Income Country) จะมีระดับความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 6 คือ จากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 86 ซึ่งต่างจากประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับบน (Upper Middle Income Country) เช่น จีน บราซิล อิหร่าน และเม็กซิโก เป็นต้น ที่จะมีอัตราความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16 คือ จากร้อยละ 63 ในปัจจุบัน เป็นร้อยละ 79 ในปี 2050 (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2555) สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อย (Low Income Country) และปานกลางระดับล่าง(Lower Middle Income Country) จะเป็นกลุ่มประเทศที่มีระดับการเติบโตด้านความเป็นเมืองที่สูงที่สุด ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปัจจุบันจาก ร้อยละ 30 และร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 48 และ ร้อยละ 57 ตามลำดับและในช่วงระหว่างปี 2014 จนถึงปี 2050 ประชากรในเขตชนบทจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นใน 1 ใน 3 ของประเทศทั่วโลก โดยประเทศที่มีแนวโน้มประชากรในชนบทเพิ่มสูงสุด คือ ประเทศไนจีเรีย (50 ล้านคน) และกว่า 2 ใน 3 ของประเทศทั่วโลกจำนวนประชากรในเขตชนบทมีแนวโน้มลดลง โดยจีนจะเป็นประเทศที่จำนวนประชากรในชนบทลดลงสูงสุด (300 ล้านคน) และ อินเดีย (52 ล้านคน) ตามลำดับ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2555)

2) ผลกระทบของ Urbanization ต่อประเทศ สังคม และประชาชน

การพัฒนาเพื่อเข้าสู่สังคมเมืองที่มากยิ่งขึ้นส่งผลด้านดี เช่น การทำธุรกิจค้าขายเป็นไปสะดวกสบายมากขึ้น จากการที่คนอยู่กันอย่างหนาแน่น การขนส่งสินค้ามีต้นทุนต่ำ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลมากขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาความเป็นเมืองมากขึ้นอาจทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของประชากรอันส่งผลทำให้ปัญหาต่างๆ ในสังคมเมืองทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นด้วย เช่น ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมและรายได้ ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง หรืออาจจะเป็นปัญหาจากการอพยพเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว เป็นต้น จากผลกระทบทางด้านบวกและด้านลบดังกล่าว ประเทศควรมีการเตรียมพร้อม มีการกำหนดนโยบายในการใช้ประโยชน์จากความเป็นเมืองที่มากขึ้น และนโยบายในการรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากความเป็นเมืองที่เพิ่มสูงขึ้น ต้องมีการคำนึงว่าจะจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างไรเพื่อให้ประชาชนสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มีความเหลื่อมล้ำในระดับที่ต่ำ มีระบบการศึกษา มีระบบคมนาคมขนส่งที่มีคุณภาพ มีระบบสาธารณสุขที่เพียงพอต่อความต้องการของคนในเมือง การวางแผนพัฒนาประเทศระยะยาวอาจช่วยให้ประเทศได้ประโยชน์สูงสุดจากความเป็นเมืองที่สูงขึ้นและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2555)

3) ปัญหาสุขภาพของประชาชนเขตเมืองอันเนื่องมาจาก Urbanization

ในขณะที่ความเป็นชุมชนเมืองนำมาซึ่งโอกาสต่างๆ ในขณะเดียวกันก็นำมาซึ่งปัญหาท้าทายต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมของประชากรเขตเมือง เมืองต่างๆ ทั่วโลกในปัจจุบันนี้และพื้นที่ที่จะเติบโตเป็นเขตเมืองในอนาคตกำลังเผชิญปัญหาคุกคามในสามเท่า เช่น ปัญหา เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค การติดเชื้อปอดบวมโรคอุจจาระร่วงรุนแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หอบหืด โรคหัวใจ มะเร็งและโรคเบาหวานและการบาดเจ็บและความรุนแรง รวมถึงอันตรายและบาดเจ็บที่เกิดจากการจราจร

4) แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพเขตเมืองในระดับสากล

4.1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) สิ้นสุดลงในปี ค.ศ. 2015 ประเทศต่างๆ โดยการนำขององค์การสหประชาชาติจึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 (Post-2015 Development Agenda) ตามกระบวนทัศน์ "การพัฒนาที่ยั่งยืน" โดยประเด็นสำคัญของวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 คือการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลักที่ต้องการบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ซึ่งมีทั้งสิ้น 17 เป้าหมายหลัก (Goals) และ 169 เป้าหมายรอง (Targets) โดยที่เป้าหมายด้านสุขภาพโดยตรงอยู่ในเป้าหมายหลักที่ 3 ซึ่งมีเป้าหมายรอง 13 เป้าหมาย และอีกมากกว่า 30 เป้าหมายรองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกระจายอยู่ในเป้าหมายหลักอื่นๆ (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2561)

4.2) สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยจำนวน 13 เป้าหมาย ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ.2573) ดังนี้

4.2.1) ลดอัตราการตายของมารดาให้น้อยกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี ค.ศ. 2030

4.2.2) ยุติอัตราการตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยให้ทุกประเทศลดอัตราการตายของทารกให้น้อยกว่า 12 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้น้อยกว่า 25 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี ค.ศ. 2030

4.2.3) ยุติอุบัติการณ์การเกิดโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรียและโรคเขตร้อนและลดอุบัติการณ์ของโรคตับอักเสบโรคที่มีน้ำเป็นพาหะและโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี ค.ศ. 2030

4.2.4) ลดการเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงเหลือหนึ่งในสามโดยการป้องกัน รักษาและส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะ

4.2.5) สร้างเสริมความเข้มแข็งของการป้องกัน รักษาผู้ที่ติดสารเสพติดรวมทั้งยาเสพติด และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.2.6) ลดการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี ค.ศ. 2030

4.2.7) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างถ้วนหน้า รวมทั้งการวางแผนครอบครัว สุขศึกษาและบูรณาการอนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องภายในปี ค.ศ.2030

4.2.8) มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งความคุ้มครองความเสี่ยงด้านการเงินการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และยาและวัคซีนที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิผล มีคุณภาพและราคาเข้าถึงได้ภายในปี ค.ศ.2030

4.2.9) ลดการเสียชีวิต และการเจ็บป่วยจากสารเคมีที่เป็นอันตราย มลภาวะทางอากาศ น้ำและดิน และการปนเปื้อน ภายในปี ค.ศ. 2030

4.2.10) เสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก

4.2.11) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตยาและวัคซีนในการรักษาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา และสนับสนุนการเข้าถึงยา และวัคซีนที่จำเป็นตามที่ระบุใน Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health ซึ่งรับรองการใช้มาตรการยืดหยุ่นของข้อตกลง TRIPS เพื่อปกป้องการสาธารณสุข โดยเฉพาะการเข้าถึงยา

4.2.12) เพิ่มเงินทุนในการพัฒนาสุขภาพและพัฒนากำลังคน ในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาน้อยที่สุดและรัฐหมู่เกาะ

4.2.13) พัฒนาศักยภาพของทุกประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการเตือนภัย การจัดการและลดความเสี่ยงจากภัยคุกคามสุขภาพโลก การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) นับได้ว่าเป็นครั้งแรกที่ได้มีการกำหนดเป้าหมายในระดับโลกในการพัฒนาชุมชนเมืองที่ยั่งยืน ความสำคัญในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี ค.ศ. 2018 (SDGs Post-2015 Development Agenda) หลักการของการปฏิบัติควรยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง และมีการขจัดความยากจนเป็นเป้าหมายหลัก ครอบคลุมประชาชนจากทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของกระบวนการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี ค.ศ. 2015 และการนำไปปฏิบัติเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนให้ความสำคัญต่อบทบาทของสตรีในการมีส่วนร่วมในวาระการพัฒนาเรียนรู้จากประสบการณ์ของ MDGs และตอบสนองต่อสิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสูญเสียความหลากหลาย ทางชีวภาพ และโรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ รวมถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ ดังนั้นวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 ควรครอบคลุม 4 ประเด็น (กรมองค์การระหว่างประเทศ, 2558) ดังนี้

1. Ensuring Sustainability ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประชาชนที่พ้นจากสภาวะ ยากจนแล้วต้องกลับไปเผชิญ สถานะเดิมเนื่องจากการไม่มีงานทำและการขาดรายได้ ดังนั้น การเจริญเติบโตที่ ยั่งยืน ผ่านการสร้างงานโดยเฉพาะการสร้างงานที่มีคุณค่าจึงมีความสำคัญ รวมถึงการส่งเสริมการศึกษาที่ เน้นคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานความยั่งยืนในเชิงสิ่งแวดล้อม โดยหัวใจหลักคือการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่จะต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่จะเหลือไปถึงคนรุ่นหลัง นอกจากนั้น ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือ ความมั่นคงทางด้าน อาหาร และพลังงาน

2. Building Resilience เป้าหมายด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงเป้าหมาย MDGs ที่ยังคงไม่บรรลุในปีพ.ศ. 2558 และสำคัญต่อศักยภาพของมนุษย์ในการตอบสนองต่อสิ่งท้าท้ายใหม่ๆ ดังนั้น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี ค.ศ. 2015 นอกจากควรมีประเด็นเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าแล้ว ประเทศไทยควรมีบทบาทนำและสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี

ต่อประเทศอื่นในประเด็นอื่นๆ ดังเช่น ประเด็นด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและบรรเทาภัยจากเหตุภัยพิบัติ เนื่องจากได้เกิดขึ้นถี่และ รุนแรงขึ้น ทำให้การบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องชะงักหรือถดถอยลง ทั้งนี้ ไทยสามารถก้าวผ่านวิกฤตมหาอุทกภัยและสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารจัดการกับประเทศต่างๆ

3. Reducing Inequality and Promoting Human Rights การเข้าถึงคนจากทุกภาคส่วนในสังคมสำคัญต่อนโยบายที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ รัฐจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง (Vulnerable Groups) โดยเฉพาะเด็ก สตรี ผู้พิการและผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงถูกละเลยอยู่มากและเพื่อบรรลุการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกภาคส่วนและลดความไม่เสมอภาค

4. Means of Implementation การเสริมสร้างหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) และหลักนิติธรรม (Rule of Law) เป็นวิธีการนำไปสู่การพัฒนาที่ครอบคลุมและยั่งยืน นอกจากนี้จะไม่สามารถบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนได้หากประเทศไม่มีความสงบสุขและสันติภาพ การเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วน เพื่อการพัฒนาทั้งในประเทศและระหว่างประเทศโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้ง ภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคมและนักวิชาการ

จากการที่มีการขยายตัวของชุมชนเขตเมืองเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิมีความสำคัญมากขึ้น จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิใน 14 ประเทศ คือ บราซิล แคนาดา สเปน คิวบา เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮ่องกง เดนมาร์ก สวีเดน เบลเยียม อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ตามกรอบแนวทางการประเมินระบบบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป (Primary Care Evaluation Tool : PCET of WHO European Region) พบว่า ประเทศที่มีระบบผู้เฝ้าประตู (Gatekeeper) ไม่ว่าจะโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ดี ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประเทศส่วนใหญ่ที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น แคนาดา สเปน คิวบา เดนมาร์ก สวีเดน และออสเตรเลีย จะมีการจัดบริการโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วย ประเทศที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรูปแบบประกันสุขภาพภาคบังคับเช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น เบลเยียม และสหรัฐอเมริกา จะไม่มีระบบผู้เฝ้าประตูคอยคัดกรองผู้ป่วย แต่มีการนำระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็นรูปแบบการบริการปฐมภูมิของประเทศต่างๆมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ ในประเด็นที่สำคัญ 2 ประเด็น คือ ด้านงบประมาณ และด้านรูปแบบบริการด่านหน้าดังนี้ ด้านงบประมาณ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนงบประมาณโดยภาษีจากรัฐมีข้อดีในเรื่องความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชน แต่มีข้อเสียเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงจากการใช้บริการเกินความจำเป็นอย่างไรก็ตามการ

นำระบบร่วมจ่ายของผู้ป่วยมาใช้สามารถควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็นได้ และ 2) ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ มีข้อดีในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ของแผนประกันสุขภาพ ประชาชนมีอิสระในการเข้ารับการรักษาพยาบาล แต่มีข้อจำกัดคือเรื่องการส่งต่อที่ไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้มีความแออัดของผู้ป่วยในหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ รูปแบบบริการด่านหน้า ประกอบด้วย

1) การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เฝ้าประตู มีข้อดีในการจัดการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และมีการประสานการท างานในการส่งต่อได้ดี ข้อเสียคือผู้ป่วยขาดอิสระในการเลือกรับบริการต้องดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้า

2) การไม่มีระบบบริการด่านหน้า ข้อดีคือประชาชนมีอิสระในการเลือกรับบริการที่ใดก็ได้ ข้อเสียคือมีค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้น การใช้บริการเกินความจำเป็นและระยะเวลาในการรอคอยการรักษาเนื่องจากความแออัดในหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ (สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์ และคณะ, 2555)

ระบบปฐมภูมิของต่างประเทศ

1) ประเทศบราซิล

มีนโยบายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ เรียกว่า Brazilian Unified Health System (Sistema Unicode Saude: SUS) โดยอาศัยงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลักในการจัดบริการแบบ Family Health Programme ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจากการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆ เพิ่มมากขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยทีม Family Health Care ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล วิชาชีพละ 1 คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4 – 6 คน รับผิดชอบเขตพื้นที่ที่กำหนด ดูแลประชากรไม่เกิน 5,000 คน แต่เนื่องจากขาดระบบ Gatekeeper และระบบส่งต่อ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อและบริการสุขภาพโดยรวมสูง

2) ประเทศแคนาดา

กฎหมายกำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้ให้บริการหลักคือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeper) แต่เนื่องจากบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จัดโดยภาคเอกชน จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น

3) ประเทศคิวบา

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่รัฐจัดบริการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีการจัดตั้ง Health Councils ขึ้นทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการประสานงานภาคส่วนต่างๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ แหล่งเงินคืองบประมาณของรัฐบาลโดยจัดสรรให้แก่หน่วยบริการและโรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นของรัฐบาล โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเป็นค่ายา

กรณีรักษาเป็นผู้ป่วยนอก และเครื่องมือทางการแพทย์บางชนิด บริการปฐมภูมิในคิวบาอาศัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักในการให้บริการ ให้บริการครอบคลุมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และมีการกระจายแพทย์ในหน่วยบริการอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

4) สาธารณรัฐเกาหลี

มีการรวมกองทุนต่างๆ เข้าด้วยกันเป็นกองทุนประกันสุขภาพกองทุนเดียว เรียกว่า National Health Insurance (NHI) การประกันสุขภาพเป็นภาคบังคับที่ทุกคนต้องเข้าร่วมและจ่ายเบี้ยประกัน แต่มีมาตรการช่วยเหลือสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามสัดส่วนที่กำหนด เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็นและลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง สถานบริการสุขภาพ ร้อยละ90 เป็นของเอกชน แพทย์สามารถบริการคลินิกของตนได้อย่างอิสระทั้งในรูปแบบของคลินิกเดี่ยวและคลินิกที่เป็นกลุ่ม มีการใช้กลไกการตลาดอย่างเสรีในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ทำให้เกิดการแข่งขันของสถานบริการ ส่งผลให้ขาดการดูแลต่อเนื่องระหว่างบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

5) ประเทศญี่ปุ่น

มีการประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 1922 เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากการประกันสุขภาพ และประชาชนต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง โดยผู้มีรายได้น้อยร่วมจ่ายน้อย ประชาชนทุกคนที่มีหลักประกันสุขภาพ มีอิสระในการเลือกพบแพทย์และเลือกใช้บริการสุขภาพจากคลินิกหรือโรงพยาบาลในประเทศได้อย่างเสรีตามสิทธิประโยชน์ งานบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชน และไม่มีแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิทำหน้าที่ผู้เฝ้าประตู ทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างยากลำบากและโรงพยาบาลมีความแออัด

6) ประเทศไต้หวัน

ระบบบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 17 เขต กระจายอำนาจให้เขตมีบทบาทมากขึ้น เขตมีหน้าที่ในการผลิต การกระจายบุคลากร การจัดตั้งหน่วยบริการ และดูแลประชาชนของตนเอง แหล่งที่มาของเงินมาจากการหักเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้ สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไปและจากรายได้อื่น ๆ ของรัฐบาลเข้ากองทุนประกันสุขภาพ ประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยหากเข้ารับบริการปฐมภูมิจะร่วมจ่ายน้อยกว่าการไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการส่งต่อ ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการตามลำดับขั้นของสถานบริการ หากไม่เข้าตามลำดับต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นกว่าปกติ

7) ประเทศจีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกง

การประกันสุขภาพเป็นไปตามความสมัครใจ ค่าใช้จ่ายในระบบผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มาจากเบี้ยประกันของผู้ประกันตนและบริษัทประกัน ประชาชนที่ใช้บริการในสถานบริการต้องร่วมจ่ายค่าบริการในลักษณะตามปริมาณการใช้บริการระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นของเอกชนตรวจ

รักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป บริการทุติยภูมิเป็นของรัฐบาล มีบริการทั้งแพทย์แผนตะวันตกและแผนจีน

8) ประเทศเดนมาร์ก

ระบบบริการสุขภาพได้รับการกระจายอำนาจให้เป็นหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการ งบประมาณหลักได้จากภาษีทั้งระดับประเทศและระดับเทศบาล ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 16 ปี มีสิทธิ์เลือกรับรูปแบบความครอบคลุมบริการสุขภาพแบบ 2 รูปแบบ Group 1 หรือ Group 2 ส่วนใหญ่เลือกแบบ Group 1 ซึ่งจะทำการเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำเวชปฏิบัติใกล้บ้านสำหรับบริการปฐมภูมิ ผู้ที่เลือกแบบ Group 1 ได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับ Group 2 ผู้ป่วยมีอิสระในการเข้ารับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแขนงใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องได้รับการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เขตทำการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเท่ากับค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับ Group 1 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นด่านหน้าที่พบผู้ป่วยเป็นด่านแรก และเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดเขตต่างๆ

9) ประเทศสวีเดน

หน้าที่การจัดบริการสุขภาพถูกกระจายอำนาจออกไปสู่รัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตและเทศบาล งบประมาณสนับสนุนระบบบริการสุขภาพของสวีเดนมาจากภาษีเป็นหลัก ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามรัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตสามารถพิจารณาอัตราจ่ายสมทบตามความเหมาะสมภายใต้กรอบของกฎหมาย ผู้ป่วยได้รับการบริการครั้งแรกกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้คลินิกเอกชนได้ หากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดูแลรักษาได้ จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับต่างๆ ต่อไป ปัญหาที่สำคัญคือ ระยะเวลารอการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดที่นาน

10) ประเทศเบลเยียม

ระบบประกันสุขภาพเป็นแบบภาคบังคับรวมเป็นกองทุนความเจ็บป่วย (Sickness funds) โดยมีสิทธิประโยชน์กว้างขวางครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ มีการจำกัดจำนวนเงินสูงสุดในแต่ละปีที่แต่ละครอบครัวต้องจ่ายเองสำหรับค่ารักษาพยาบาลตามรายได้ของครอบครัว (Maximum billing-MAB) บริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านหน้าที่ผู้ป่วยเข้ารับการบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่มีระบบการส่งต่อ ทำให้การรับการบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางบางประเภทเป็นบริการด่านหน้าเช่นเดียวกัน บริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นบริการเอกชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้มีบทบาทผู้รักษาประตูในเบลเยียม ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง โรงพยาบาลมีทั้งโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ

11) ประเทศอังกฤษ

ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) เกิดขึ้นในปี ค.ศ.1948 เพื่อให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณมาจากภาษีของรัฐ การใช้บริการสุขภาพของ NHS

ส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าบริการ ยกเว้นกรณีบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย NHS กองทุนบริการปฐมภูมิ (Primary Care Trusts, PCTs) ตามกฎหมายทำหน้าที่จัดซื้อบริการสุขภาพ และจัดสรรงบประมาณให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปบริหารจัดการตามบริการสุขภาพที่ให้แก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียน บริการปฐมภูมิเป็นระบบการดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาล โดยมีหน่วยบริการอยู่ใกล้กับชุมชนที่รับผิดชอบอาศัยอยู่ บทบาทที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ คือ การให้บริการด่านหน้าสำหรับประชาชนที่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และให้บริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย โดยบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบประชาชนรายนั้นๆ ระบบบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (Gatekeeping role) ในการพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาล

12) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบบริการสุขภาพเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-private mix) ไม่มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care System) ครอบคลุมทั้งประเทศ รายได้สำหรับบริการสุขภาพมาจากค่าบริการที่ผู้ป่วยจ่ายเองและแผนการประกันสุขภาพตามปริมาณการให้บริการ การเข้ารับบริการสุขภาพขึ้นกับสิทธิ์ประกันสุขภาพที่มีอยู่ หากไปรับบริการนอกเหนือจากที่ระบุตามสิทธิ์ ผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายเอง ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพมักไม่ได้เข้ารับบริการเมื่อจำเป็น สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โดยบางส่วนดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐ และท้องถิ่น ไม่มีระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นของรัฐบาลกลางให้บริการแก่ประชาชนทั่วประเทศ ไม่มีระบบ Gatekeeper และระบบส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

13) ประเทศออสเตรเลีย

รัฐบาลของรัฐ และดินแดน จัดงบประมาณและบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ แต่ละรัฐและดินแดนมีอิสระในการบริหารจัดการสุขภาพภายใต้ข้อบังคับตามกฎหมายรัฐและข้อตกลงกับรัฐบาลกลาง รัฐบาลของรัฐมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการโรงพยาบาล จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการบริการชุมชนและสาธารณสุข งบประมาณสนับสนุนหลักมาจากภาษีทั่วไป ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการในกรณีเกินกว่าสิทธิประโยชน์ปกติ แพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปให้บริการแพทย์ทั่วไป วางแผนและให้คำปรึกษาครอบครัว ศัลยกรรมเล็ก และป้องกันโรค มักเป็นจุดแรกที่พบผู้ป่วย ไม่ทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู ไม่มีระบบส่งต่อไปยังบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิที่ชัดเจน

14) ประเทศสเปน

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบประกันสุขภาพครอบคลุมทุกคน กระจายอำนาจการจัดการให้แก่ 17 เขต แหล่งงบประมาณหลักสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐมาจากภาษี โดยประชาชนอายุต่ำกว่า 65 ปี ต้องร่วมจ่ายค่ายา หน่วยบริการสุขภาพที่เล็กที่สุดส่วนมากเป็นหน่วย Primary Care Team (PCT) มีแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (Gatekeeper)

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบการจัดบริการเขตเมืองประเทศต่างๆ

ประเทศ	First contact/ Gatekeeper	Continuity	Collaboration/ Coordination	Comprehensiveness
บราซิล	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
แคนาดา	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สเปน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
คิวบา	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
เกาหลีใต้	ไม่มีระบบ Gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ญี่ปุ่น	ไม่มีระบบ Gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ไต้หวัน	หากผู้ป่วยไม่เข้ารับบริการตามลำดับขั้นจะเสียค่าบริการเพิ่มขึ้น	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ฮ่องกง	ไม่มีระบบ Gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ประเทศ	First contact/ Gatekeeper	Continuity	Collaboration/ Coordination	Comprehensiveness
เดนมาร์ก	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น Gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สวีเดน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น Gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชปฏิบัติทั่วไป	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
เบลเยี่ยม	ไม่มีระบบ Gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
อังกฤษ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น Gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชปฏิบัติทั่วไป	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สหรัฐอเมริกา	ไม่มีระบบ Gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ออสเตรเลีย	ไม่มีระบบ Gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชปฏิบัติทั่วไป	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากตารางที่ 2.2 พบว่า ประเทศที่มีระบบผู้เฝ้าประตู (Gatekeeper) ไม่ว่าจะโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทยศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity) และมีการประสานความร่วมมือในการดูแล (Collaboration/coordination) ที่ดีส่งผลต่อการรักษาพยาบาล และการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

2.4 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ Nelson (1992 : 4) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ว่า เป็นการวิจัยร่วมสาขา (Interdisciplinary) ข้ามวิชา (Transdisciplinary) และบางครั้งต่างสาขา (Counter disciplinary) เป็นการวิจัยที่ตัดข้ามหมวดวิชา (Crosscuts) ระหว่างมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศาสตร์กายภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลายสิ่งหลายอย่างในเวลาเดียวกัน มีจุดสนใจที่หลากหลาย กระบวนทัศน์และผู้ที่ทำการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างแท้จริงต้องมีความว่องไวต่อคุณค่าของแนวทาง ที่หลากหลายวิธี

Creswell (1998 : 15) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นกระบวนการค้นคว้าวิจัยเพื่อหาความเข้าใจพื้นฐานของระเบียบวิธีอันมีลักษณะเฉพาะที่มุ่งการค้นหาประเด็น ปัญหาทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์ ในกระบวนการนี้นักวิจัย สร้างภาพหรือข้อมูลที่ซับซ้อน เป็นองค์รวม วิเคราะห์ข้อความ รายงานทัศนะของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดและดำเนินการศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ

Denzen and Lincohn (2000a : 3) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ว่า เป็นสาขาของการศึกษาค้นคว้าในตัวของมันเอง ตัดไขว้วิชาและแขนงสาขาต่างๆและเนื้อหาสาระ การวิจัยเชิงคุณภาพแวดล้อมไปด้วยหมู่มวลศัพท์ (family of terms) แนวคิดและข้อสมมติฐานต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ยังรวมถึงประเพณีนิยมและความหลากหลายของทัศนคติ

Flick (2007 : 3) ได้สรุปความหมายที่สำคัญๆของการวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ ดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยที่มีความหลากหลายวิธีของการทำวิจัย ซึ่งมีประเด็นการทำวิจัยที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยที่มีวิธีการเฉพาะเจาะจง หรือใช้ทฤษฎีมาอธิบายการทำวิจัย 2) สามารถทราบความแตกต่างของประเทศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ หรือเยอรมนี เช่น ทราบความแตกต่างของประเพณีประจำชาติ 3) ทำให้ค้นพบระเบียบวิธีการวิจัยที่มีความหลากหลายไม่ว่าจะเป็นวิธีทางศาสตร์ กายภาพที่เจาะจงกับสภาพปัญหาของบุคคลนั้นๆ เช่น ความร่วมมือของคนในสังคมกับผู้ทำวิจัย และ 4) สามารถเห็นความหลากหลายที่มีความก้าวหน้าของพื้นที่ที่มีการสนทนาเฉพาะที่ได้จากการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น นำวิธีการจัดการและประเมินผลทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นต้น

สุภางค์ จันทวานิช (2551 : 13) ได้กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ ว่าเป็นการแสวงหาความรู้ โดยพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคล นอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเน้นการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการแสวงหาความรู้ที่มุ่งค้นหาประเด็นปัญหาทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์ เป็นการวิจัยหลายๆสาขา หลายๆ วิธี

มารวบรวมเป็นข้อมูลไว้เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ โดยการตีความและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย และยังทำให้ทราบความแตกต่างของระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และยังทราบถึงความแตกต่างด้านประเพณีของแต่ละประเทศอีกด้วย

การเตรียมตัวภาคสนาม ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ คำว่า “สนาม” หมายถึง ที่ปรากฏการณ์สังคมที่เราจะศึกษานั้นเกิดขึ้น ดังนั้นสนามจึงเป็นสถานที่นักวิจัยเข้าไปทำการวิจัย ซึ่งขั้นตอนสำคัญของการเข้าสนาม มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นเลือกสนามในการเข้าสนาม นักวิจัยจะต้องดูก่อนว่าสนามนั้นเหมาะสมหรือไม่ ขั้นที่ 1 สนามนั้นต้องมีปัญหาที่เราต้องการศึกษา ขั้นที่ 2 ต้องดูถึงความเป็นไปได้ในแง่ขนาดสนามที่จะเข้าไปศึกษา คือต้องไม่ใหญ่เกินไป ขั้นที่ 3 ดูในแง่ความซับซ้อนของปรากฏการณ์ในชุมชนนั้นๆ และขั้นที่ 4 ดูถึงความสะดวกในแง่ของที่ตั้งและสิ่งแวดล้อมรอบสนาม เช่น ระยะทางการ ติดต่อสื่อสาร โรงพยาบาล สถานีตำรวจใกล้เคียง เป็นต้น

ขั้นแนะนำตัว ในขั้นตอนของการแนะนำตัว นักวิจัยควรปฏิบัติดังนี้

- บอกกับคนในสนามว่าเรามาทำอะไร
- บอกกับคนในสนามที่เราจะศึกษาว่า เราจะทำให้เขาเสียเวลาหรือไม่เสียเวลาเท่าใด ต้องให้สิทธิในการตัดสินใจที่จะอนุญาตให้ทำวิจัยหรือไม่
- บอกว่าจะเอาข้อค้นพบไปทำอะไร
- บอกถึงสาเหตุที่ต้องเลือกเอาสนามนี้
- บอกถึงผลที่เขาจะได้จากเรา

การแนะนำตัวเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะเราเป็นคนแปลกปลอมที่เข้าไปแนะนำตัวเรา อาจต้องมีจดหมายแนะนำตัว ต้องมีบัตรที่แสดงว่าเราเป็นใคร มีหนังสือขอความร่วมมือ หรือใช้การแนะนำตัว โดยใช้คนที่เป็นสื่อกลางในชุมชนช่วยแนะนำให้

ขั้นสร้างสัมพันธ์ (Rapport) เมื่อนักวิจัยเข้าไปในสนามแล้ว ต้องเริ่มแนะนำตัวเองตามสถานภาพและบทบาทที่กำหนดไว้ ควรรักษาสถานภาพและบทบาทดังกล่าวไว้ตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงานภาคสนาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (นิศา ชูโต, 2551 : 136)

1. การสังเกต (Observation) การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์หรือเรื่องราวโดยละเอียด ดังนั้น เมื่อกล่าวถึงการสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูล ย่อมจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่าใครเป็นผู้สังเกต สังเกต อะไร ภายใต้สภาพการณ์ใด เพราะความหมายของการสังเกตจะแปรเปลี่ยนไปตามบริบท การสังเกตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) บางครั้งเรียกว่า การสังเกตภาคสนาม (field note) หรือการสังเกตเชิงคุณภาพ (qualitative observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม คือ การสังเกตชนิดที่ผู้สังเกตเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ถูกศึกษา มีการร่วมกระทำ

กิจกรรมด้วยกันและพยายามให้คนในชุมชนนั้นยอมรับว่า ผู้สังเกตมีสถานภาพเช่นเดียวกับตนการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยมากจะใช้ในการศึกษาสังคมเล็กๆ หรือชุมชน ในแง่ของระเบียบวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมต้องประกอบด้วยกระบวนการสามส่วน คือ การสังเกต การซักถามและการ จดบันทึกซึ่งนักวิจัยจะซักถามบางสิ่งบาองอย่างที่ไม่อาจเข้าใจได้จากการสังเกตเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เกี่ยวกับความหมายหรือสัญลักษณ์ ต้องใช้การซักถามเพิ่มเติม ซึ่งการซักถามนี้ คือ การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการนั่นเอง หลังจากนั้นนักวิจัยจึงทำการจดบันทึกข้อมูล

1.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตอยู่วงนอก กระทำกันเป็นบุคคลภายนอก โดยไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมบางครั้งเรียกว่า “un-obtrusive method” (Denzin, 1978)

2. การสัมภาษณ์ ลักษณะการสัมภาษณ์ของการทำวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ต้องมีความยืดหยุ่น ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสอธิบายขยายความหรือซักถามคำถามเพิ่มเติมติดต่อกัน เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจจุดประสงค์ของผู้สัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถเปลี่ยนสถานการณ์หรือหาทางวกกลับเมื่อผู้พูดตอบไม่ตรงคำถาม ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ในขณะสัมภาษณ์สามารถสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ตอบได้ ผู้สัมภาษณ์มีโอกาสสังเกตสีหน้าท่าทาง ความรู้สึก ปฏิกิริยาที่ซ่อนเร้นได้ การสัมภาษณ์ เพื่อการวิจัยนี้อาจแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง หรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Structured interview or formal interview) การสัมภาษณ์แบบนี้มีลักษณะคล้ายกับการใช้แบบสอบถาม และเป็นวิธีที่ใช้ได้ค่อนข้างง่ายสำหรับการสัมภาษณ์ เพราะคำถามต่างๆได้ถูกกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ขึ้น ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า ลักษณะของการสัมภาษณ์จึงเป็นการสัมภาษณ์ที่มีคำถามและข้อกำหนดแน่นอนตายตัว จะได้ผลเต็มที่ก็ต่อเมื่อผู้สัมภาษณ์เตรียมการล่วงหน้าไว้อย่างดี เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยปกตินักวิจัยเชิง คุณภาพมักไม่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ชนิดนี้เป็นวิธีการหลัก เพราะไม่ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเพียงพอโดยเฉพาะในแง่วัฒนธรรม ความหมายและความรู้สึกนึกคิด

2.2 การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non - structured interview) การสัมภาษณ์แบบนี้ เป็นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพและในทางมานุษยวิทยา เป็นแบบที่มักจะควบคู่ไปกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบนี้อาจแบ่งออกเป็น 4 แบบย่อย ๆ ดังนี้

2.2.1 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ วัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะอธิบาย แนวความคิดของตัวเองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มองเห็นสภาพและความยุ่งยากของปัญหาในความเป็นจริงได้ การสัมภาษณ์แบบนี้จึงเหมาะที่จะใช้กับเรื่องที่ผู้วิจัยไม่ต้องการกำหนดกรอบแนวคิดเฉพาะเจาะจง

สำหรับข้อมูลที่ได้รับ หากแต่มีแนวความคิดทางด้านทฤษฎีในเรื่องนั้นๆอยู่บ้างแล้ว ในการสัมภาษณ์ในลักษณะนี้ ผู้วิจัยต้องวางแนวข้อคำถามไว้คร่าวๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ตอบคำถามเหล่านั้น

2.2.2 การสัมภาษณ์แบบมีจุดความสนใจเฉพาะ (Focus Interview) หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การสัมภาษณ์ลักษณะนี้ หมายถึง การสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์มีจุดสนใจอยู่แล้ว จึงพยายามใช้ความสนของผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เข้าสู่จุดที่สนใจ การทำเช่นนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความชำนาญของผู้สัมภาษณเป็นส่วนใหญ่ เพราะจะต้องรวบรัดหรือตัดบทโดยไม่ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและไม่อยากจะให้ความร่วมมือ

2.2.3 การตะล่อมกล่อมเกลา (Probe) หมายถึง การซักถามที่ล่วงเอาส่วนลูกของความคิดออกมา คือ การสัมภาษณ์อย่างชนิดที่จะต้องล้วงเอาความจริงจากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ผู้วิจัยต้องใช้วาทศิลป์ เพื่อให้ผู้ตอบเล่าเรื่องออกมาทั้งหมด การสัมภาษณ์ในลักษณะนี้เจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือทนายความมักใช้กัน

2.2.4 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key important interview) หมายถึง การสัมภาษณ์โดยกำหนดผู้ตอบบางคนเป็นการเฉพาะเจาะจง เพราะผู้ตอบนั้นมีข้อมูลที่ดี ลึกซึ้ง ข้างขวางเป็นพิเศษ เหมาะสมกับความต้องการของผู้วิจัย เรียกบุคคลประเภทนี้ว่า “ผู้ให้ข้อมูล สำคัญ”

3. การรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการอื่นๆ นอกเหนือไปจากการสังเกตและสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว นักวิจัยอาจใช้วิธีการอื่นๆ ตามความเหมาะสมของสภาพการณ์และการตอบปัญหาของการวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอยู่ตามปกติในสังคมทั่วไป แบ่งได้ 3 ประเภท คือ ข้อมูลเกี่ยวกับร่องรอยตามปกติธรรมชาติ ข้อมูลสถิติและบันทึกต่างๆ และข้อมูลที่อาจสังเกตเห็น ได้โดยง่าย (สุภางค์ จันทวานิช, 2551 : 44-104)

4. การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากที่นักวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วขั้นตอนที่สำคัญที่จะต้องปฏิบัติต่อไป คือ การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การตรวจสอบข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้กันมากในการวิจัยเชิงคุณภาพคือการตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการดังนี้

4.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) คือ การพิจารณาว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบ คือการสอบแหล่งข้อมูล แหล่งที่มาที่จะพิจารณาในการตรวจสอบได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล

4.1.2 การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) คือ การตรวจสอบว่า ผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้วิจัยคนเดียวกัน สังเกตโดยตลอดในกรณีที่ไม่แน่ใจในคุณภาพของผู้รวบรวมข้อมูลสนาม ควรเปลี่ยนตัวผู้วัยให้มีหลายคน

4.1.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) คือการตรวจสอบว่า ถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อย

เพียงใด อาจทำได้ง่ายกว่าในระดับสมมติฐานชั่วคราว (Working hypothesis) และแนวคิดขณะที่ลงมือตีความ ข้อสรุปเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ ปกตินักวิจัยจะตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎีได้ยากกว่าตรวจสอบด้านอื่น

4.1.4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้ วิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถามพร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่ง มักไม่ใช้สถิติช่วยในการวิเคราะห์ หรือถ้าใช้สถิติก็ไม่ได้ถือว่าวิธีการทาง สถิติเป็นวิธีวิเคราะห์หลัก แต่จะถือเป็นข้อมูลเสริม การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปแบ่งเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ

4.2.1 การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic interaction) คือวิธีการตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น เช่น พิธีกรรม การทำมาหากิน ความเป็นอยู่ในสังคม ฯลฯ เมื่อนักวิจัยได้เห็นรูปธรรมหรือเหตุการณ์หลายๆเหตุการณ์แล้วก็ลงมือสร้างข้อสรุป ถ้าข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยัน ก็ถือว่าเป็นสมมติฐานชั่วคราว ถ้าหากได้รับการยืนยันแล้วถือว่าเป็นข้อสรุป

4.2.2 การวิเคราะห์โดยการจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดๆ (typologies) คำว่า typologies ที่ใช้นี้หมายถึงขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกัน การจำแนกแบ่งวิธีการได้เป็น 2 ประเภท คือประเภทที่ใช้แนวคิดทฤษฎี และไม่ใช้ทฤษฎี

4.2.3 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือการใช้ วิธีการเปรียบเทียบ โดยการนำเอาข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ ตัวอย่างเช่น ผู้วิจัยที่ได้ สังเกตเหตุการณ์หลายๆเหตุการณ์เมื่อได้จำแนกชนิดของข้อมูลในเหตุการณ์เหล่านั้นแล้ว นำมาเปรียบเทียบกัน โดยอาจทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์ เพื่อให้มองหาข้อสรุปได้ง่าย (สุภางค์ จันทวานิช, 2551 : 128-137)

จากข้อความที่กล่าวมาทั้งหมดกับการวิจัยเชิงคุณภาพ **สรุปได้ว่า** การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาปัจจัยที่เน้นการเข้าใจปรากฏการณ์ การตีความหมายของโลกหรือสิ่งที่นักวิจัยต้องการศึกษาด้วยวิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย โดยมีเครื่องมือที่สำคัญ คือ ผู้วิจัย การวิจัยนี้มีการออกแบบที่ยืดหยุ่น การวิเคราะห์ข้อมูลและการเก็บข้อมูลเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกันในภาคสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์จนมองเห็นมโนทัศน์หรือแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของข้อมูล จนสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎี เพื่อทำความเข้าใจความหมายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกศึกษาโดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของผู้ที่ถูกศึกษาเหล่านั้น

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ และชยภรณ์ ดีเอม (2552) ได้ศึกษาการสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา พบว่า CUP แต่ละแห่งมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากรและให้การสนับสนุน PCU เครือข่าย แตกต่างกันไปตามมติของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) สำหรับรูปแบบในการจัดสรรเงินของ CUP ไปยัง PCU เครือข่ายนั้น มีความหลากหลาย เช่น การสนับสนุนในรูปของยาและเวชภัณฑ์ การสนับสนุนในรูปของเงิน Fix cost/OP และ PP โดยแต่ละ CUP จะมีหลักเกณฑ์ในการสนับสนุนแตกต่างกัน นอกจากนั้นแล้ว CUP ยังสนับสนุนสิ่งที่ไม่ใช่ตัวเงินโดยตรงอีกด้วย เช่น การส่งพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ และนัก กายภาพบำบัดของโรงพยาบาลไปร่วมให้บริการในสถานีอนามัย การจัดอบรมความรู้ทางวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย การให้พยาบาลที่อยู่สถานีอนามัยมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเป็นบางวันเพื่อพัฒนาทักษะในการให้บริการ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า PCU ส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีปัญหาด้านจำนวนและ คุณภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีระบบการเพิ่มเติมส่วนที่ขาดดังกล่าว โดยอาจใช้ทั้งการปรับ โครงสร้างการบริหารจัดการควบคู่กับการใช้ระบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือในการผลักดันเพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCU มีศักยภาพ มีความรู้ความสามารถ และเพียงพอต่อการดำเนินงานในระบบบริการ

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และบาร์บาร่า สตาร์ฟิลด์ (2554) ได้ศึกษาวิจัยการบริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ โดยเนื้อหาหลักมาจากการแปลและเรียบเรียงบทความเรื่อง Contribution of Primary Care to Health Systems and Health ของ Barbara starfield และคณะ ซึ่งได้รวบรวมและสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของบริการปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้รับ การคาดหวังว่าจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง และเกิดความเสมอ ภาคในสังคม บทความนี้เป็นการสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของบริการปฐมภูมิต่อ ระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อให้ข้อมูลในบทความนี้มีความทันสมัยมากขึ้น โดยสรุปแล้วพบว่าบริการปฐมภูมิมีประโยชน์ ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น มีค่า ใช้จ่ายสุขภาพลดลง และช่วยให้เกิดความเสมอภาคในสังคม แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการ ของการศึกษา ทำให้การแปลผลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในบริบทของประเทศไทย ควรทำด้วย ความรอบคอบ เช่น ประโยชน์ของบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและเขต ชนบท นอกจากนี้ เนื่องจากบริการปฐมภูมิของประเทศไทย อาจให้ความสำคัญกับบุคลากร สาธารณสุขอื่นๆนอกจากแพทย์ เพื่อทำหน้าที่หลักในการให้บริการปฐมภูมิ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อตอบประเด็นคำถามที่เหลืออยู่

ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ (2556) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน และอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

พัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนสถานีอนามัย ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า การพัฒนาควรมีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Management Team) ในรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน กรอบการดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ในด้านการกระจายทรัพยากรด้านการบริหารงบประมาณ และบุคลากรในส่วนของการบริการนอกจากการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ควรมีการร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามบริบทและความต้องการของชุมชน การจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีการเชิดชูผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาจะส่งผลประสิทธิภาพของหน่วยบริการ และส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาและการบริการ และเมื่อมีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง มีการจัดการให้กับคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ จัดกิจกรรมที่มีลักษณะการกระจายอำนาจไปให้กับมวลสมาชิกที่ได้รับประโยชน์การดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้ในที่สุด

ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง : กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากการสำรวจประชากรกลุ่มตัวอย่างสองสิทธิ ได้แก่สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม พบว่าความต้องการของประชาชนในระดับ Primary Care ที่พบบ่อยหรือสอดคล้องกับชีวิตของตนเองหรือครอบครัวนั้นมี 6 ประเภท ได้แก่ การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือโรคทั่วไป การดูแลรักษาอุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย การส่งเสริมสุขภาพ/ให้คำปรึกษาสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพ/สมรรถนะ ทั้งนี้บริการสุขภาพที่ประชาชนได้นำเสนอมาทั้ง 6 ประเภทนั้นไม่มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใดที่เห็นขัดแย้ง หรือเห็นว่าไม่สอดคล้องกับโครงสร้างระบบบริการ สุขภาพในปัจจุบันแต่อย่างใด

กิตติ กรรภิรมย์ และคณะ (2560) ศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยภายหลัง 5 ปี ด้วยการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผลการศึกษา พบว่า ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกปี ปี พ.ศ. 2556-2560 คิดเป็น ร้อยละ 30.5, 50.0, 94.7, 100.0 และ 100.0 ตามลำดับการจัดบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกสาขา ประเด็นที่ได้ดำเนินการมากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 26.6 ผลดีคือเครือข่ายมีส่วนร่วมในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการมีความเชื่อมโยงกับสถานบริการทุกระดับระบบสารสนเทศใช้เครือข่ายออนไลน์ นิเทศงานด้วยการเยี่ยมเสริมพลัง บูรณาการงบประมาณทุกภาคส่วน แบ่งปันทรัพยากรระหว่างสถานบริการทุกระดับ มีทีมนำที่มีสมรรถนะ อุปสรรค คือการสื่อสารนโยบายที่ไม่เข้าใจถึงระดับตำบล สรุปการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอทำให้เกิดประโยชน์ที่สอดคล้องกับความต้องการ ของประชาชน ข้อเสนอ คือ เน้นการทำงานในชุมชนที่ชัดเจนต่อเนื่องและสื่อสารไปยังกระทรวงที่เกี่ยวข้องเพื่อบูรณาการนโยบายให้พื้นที่ทำงานได้สะดวกขึ้น

วริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ (2560) ศึกษาการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองกรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อศึกษากระบวนการการจัดตั้ง Autonomous CUP การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เงิน และการบริการ ผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และปัจจัยสำคัญในการจัดตั้ง Autonomous CUP เพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการจัดระบบบริการในเขตอำเภอเมืองสำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไป ผลการศึกษาพบว่า Autonomous CUP เป็นการผลักดันนโยบายจากผู้ปฏิบัติงานที่มุ่งหวังการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานและผลักดันให้ผู้บริหารดำเนินการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ ตำแหน่งที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ แพทย์รองลงมา คือผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่สนับสนุน จำนวนประชากรขั้นต่ำต่อพื้นที่ให้บริการ คือ 21,000 ราย จึงจะสามารถบริหารจัดการเงินโดยไม่ขาดทุนได้ ปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน คือนโยบายที่มุ่งมั่นของผู้บริหารในพื้นที่ที่ต้องมีความเข้าใจและดำเนินนโยบายในทิศทางเดียวกัน และการมีแพทย์เกษียณร่วมให้บริการ ความท้าทายคือ การเพิ่มบทบาทของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District health system) เพื่อการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ควรมีผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดการปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของระบบ

บุษบา สงวนประสิทธิ์ และคณะ (2562) ศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ: การทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมเชิงบรรยายอย่างเป็นระบบ เพื่อทบทวนเอกสาร งานวิจัยและโครงการ การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองที่สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์วิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้บริการ และเสนอข้อคิดเห็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองของประเทศไทย เอกสารที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยโครงการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่มีการประเมินผลเป็นรูปธรรมและมีการเผยแพร่ระหว่างปี 2005–2018 จำนวน 9 โครงการ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงบรรยาย และการจัดกลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า วิธีการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิมีความหลากหลายแต่สามารถจัดเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) การเอื้อการเข้าถึงบริการ 2) การสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการ 3) การส่งเสริมการใช้บริการ 4) การลดความจำเป็นในการรักษาพยาบาล 5) การควบคุมคุณภาพและการใช้ทรัพยากร องค์ประกอบสำคัญของแต่ละวิธีการคือการทำงานแบบเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และทุกระดับ ความหลากหลายของวิธีการเหล่านี้ ขึ้นอยู่กับบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมืองและระดับการพัฒนาทางด้าน เศรษฐกิจและการศึกษาของแต่ละพื้นที่

ตรัยมาส คงเรือง และคณะ (2563) ศึกษาบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของพยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 12 การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพ พบว่า พยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) ผู้ประสานการทำงานระหว่างทีมงานสาธารณสุขและฝ่ายปกครองท้องถิ่น 2) ผู้นำในการทำงาน

ร่วมกับชุมชน 3) ผู้กระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพ 4) แบบอย่างในการสร้างบรรยากาศการทำงานแบบพี่น้อง 5) ผู้สนับสนุนการติดตามความก้าวหน้าในการประเมินผลการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง 6) ผู้สอนงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และ 7) ผู้ให้บริการสุขภาพเชิงรุกแก่ประชาชน อุปสรรคที่พบ คือ การประสานงานให้เกิดความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกหน่วยปฐมภูมิและการรับรู้บทบาทและความรับผิดชอบในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอของหน่วยงานภายนอก แก้ไขโดยมอบหมายผู้รับผิดชอบและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน และดึงผู้นำองค์กรเข้าร่วมรับรู้และร่วมขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพไปพร้อมกัน จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิควรเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานและติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินงานสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้ และควรมีการพัฒนาแกนนำหรือ อสม. เพื่อเป็นกำลังสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ

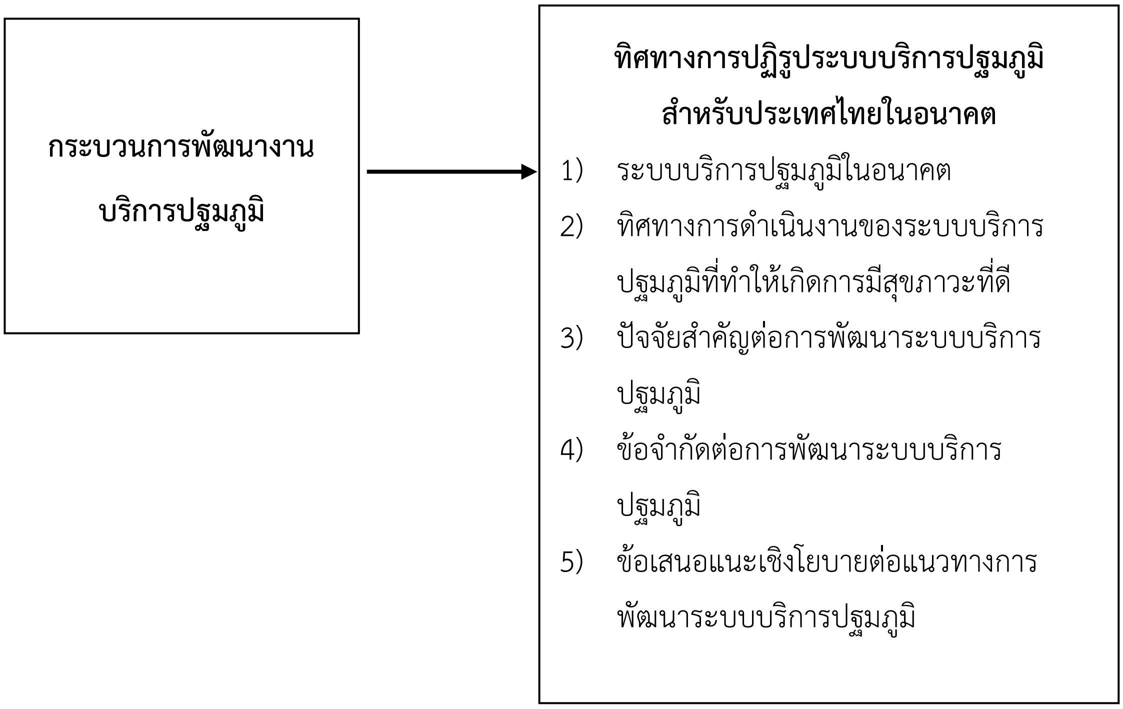
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2563) ศึกษาวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated People-Centered Health Services) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินการ และประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ (Implementation outcomes) ผลการประเมินระยะแรกพบว่า เครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการวิจัยสามารถจัดบริการตามแนวคิดและรูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางได้ดีกว่าหน่วยบริการอื่นในพื้นที่เดียวกันทั้งด้านการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและประชาชน การทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างมีส่วนร่วม การมีข้อมูลสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย และความต่อเนื่องและประสานบริการ อย่างไรก็ดี ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาอีกมากในด้านการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและประชาชน และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและระบบสนับสนุนการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย อย่างไรก็ดี ควรต้องมีการวิจัยดำเนินการในระยะต่อไปเพื่อพัฒนาต่อไปและประเมินผลลัพธ์บริการ (Health service outcomes)

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถอธิบายถึงการ กระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ และทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในอนาคต ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of Study) แสดงได้ดังแผนภูมิที่ 2.1

แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2562 ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลผ่านเอกสาร ซึ่งคณะผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยมีเป้าหมายของการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเวลา 40-45 นาที โดยคณะผู้วิจัยใช้ Snowball Technique ร่วมกับการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายเพิ่มเติม โดยมีเป้าหมาย เพื่อศึกษาทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต และ 3) การสนทนากลุ่มเป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยคณะผู้วิจัย ตั้งประเด็นคำถามและรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานของระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้บริหารระดับนโยบาย/ผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติ ได้แก่ ท่านองคมนตรี ผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หัวหน้าผู้ตรวจราชการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รองปลัดกระทรวงแรงงาน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 8 ท่าน

3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 7 ท่าน

โดยรวมประชากรและกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 15 คน

3.3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.3.1 รวบรวมข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง และเตรียมการจัดทำเครื่องมือในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2562

3.3.2 ติดต่อประสานงานขออนุญาตสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยติดต่อนัดวันเวลาสัมภาษณ์ และส่งจดหมายขออนุญาตเข้าถึงเอกสารของหน่วยงานที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะดังนี้

- สัมภาษณ์เชิงลึก ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ท่าน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2562

- จัดสนทนากลุ่มกับประชากรกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 7 ท่าน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เดือนสิงหาคม พ.ศ.2562

3.3.3 เช็คคุณภาพของข้อมูลที่ได้ เขียน Audit Trial ถอดเทป และเตรียมข้อมูลเอกสารสำหรับวิเคราะห์ในโปรแกรม Nvivo 12 Pro วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2562

3.3.4 สรุปและจัดเอกสารสมบูรณ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2562

3.3.5 เผยแพร่ผลการวิจัยใน Web site กรมควบคุมโรค ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และการประชุมผู้บริหารกรมควบคุมโรค ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

3.3.5 เผยแพร่ผลการวิจัยในวารสารกรมควบคุมโรค ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2565

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือและอุปกรณ์ในการวิจัย ได้แก่การวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อเป็นการเรียบเรียงเอกสาร สำหรับการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคำถาม ซึ่งครอบคลุมประเด็นระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต 20 ปี และทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี ดังนี้

1) แนวคำถามปลายเปิด สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแบ่งหัวข้อการสัมภาษณ์ ดังนี้

   1.1) ความคิดเห็นต่อระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต

   1.2) ทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี

   1.3) ปัจจัยสำคัญ-ข้อจำกัด ต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

   1.4) ข้อเสนอแนะเชิงโยบายต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

2) แนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้ปฏิบัติงาน มีประเด็นคำถาม ดังนี้

   2.1) ทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในอนาคต

   2.2) ปัจจัยสำคัญ-ข้อจำกัด ต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

2.3) ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) โดยการศึกษารวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ตำรา พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย โดยเป้าหมายของการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

3.5.2 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data)

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือกลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย/ผู้ทรงคุณวุฒิระดับชาติ ได้แก่ ท่านองคมนตรี ผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น โดยในการสัมภาษณ์ใช้ Code เป็นผู้บริหารท่านที่ 1 ผู้บริหารท่านที่ 2 และผู้บริหารท่านที่....... จนถึงลำดับสุดท้าย ทำการสัมภาษณ์เป็นเวลาประมาณ 40 - 45 นาที โดยใช้ Snowball Technique เป็นการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายเพิ่มเติม โดยมีเป้าหมาย เพื่อศึกษาทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต โดยขออนุญาตบันทึกเทปเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียง ทบทวนข้อมูลและตรวจความครบถ้วนของข้อมูล

2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ที่ปฏิบัติงานด้านระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ต่อประเด็นทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในอนาคตและรับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานของระบบบริการปฐมภูมิ

การตรวจสอบข้อมูล

โดยก่อนทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการส่งคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน ได้ตรวจสอบข้อคำถามและทำการแก้ไขตามคำแนะนำให้สมบูรณ์ก่อนการสัมภาษณ์จริงและเมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ได้ทำการตรวจสอบด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) โดยใช้การตรวจสอบข้อมลูจากแหล่งที่มาต่างๆ กัน ได้แก่ จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและจากข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายสภาพการณ์หลายๆ ช่วงเวลา และมิติที่ต่างกัน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร โดยการศึกษาทบทวนจากเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

3.6.2 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป โดยใช้ทั้งวิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic induction) และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis)

โดยดำเนินการพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร 2) การวิเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 3) การนำผลวิเคราะห์จาก ข้อ 3.6.1 และ ข้อ 3.6.2 มาอภิปรายร่วมกันเพื่อสังเคราะห์ เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ 1) การเตรียมข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์และการถอดเทปบันทึกเสียง ผู้วิจัยจะอ่านทวนข้อมูลและฟังเทปบันทึกเสียง เพื่อความคุ้นเคยกับข้อมูลและตรวจความถูกต้อง 2) อ่านและปรับปรุงการบันทึกหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และ 3) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้าด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Method triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ จากการสนทนากลุ่มกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและสรุปประเด็นตามธีมที่วิเคราะห์

บทที่ 4
ผลการวิจัย

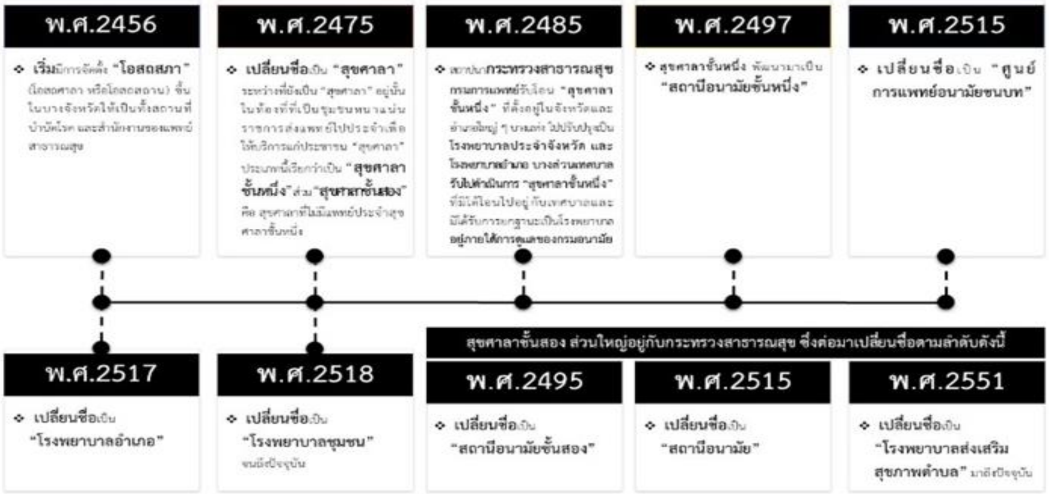
การวิจัยเรื่อง การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ คณะผู้วิจัย นำเสนอผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้

4.1 การพัฒนาและการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

ผลการศึกษา พบว่าระบบปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งจุดเน้นของบริการที่ระดับกว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัวและชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน บริการปฐมภูมิจึงเป็นกลไกสำคัญและเป็นคำตอบที่นำไปสู่การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันได้

จากการศึกษาข้อมูลของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ ในปีพ.ศ. 2558 อาจกล่าวได้ว่าตลอดประวัติศาสตร์การพัฒนาของการสาธารณสุขไทย แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิถูกรับรู้และให้ความหมายที่แตกต่างกันนี้ เป็นไปตามบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ ซึ่งส่งผลให้งานปฐมภูมิถูกให้ความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปแต่ละช่วงเวลา การจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหลักที่ถือว่ารัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดหาบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทุกคน แนวคิดเรื่องรัฐเป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุขระดับต้นนี้ ถือกำเนิดขึ้นในประเทศอังกฤษและขยายไปทั่วโลกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพราะรัฐต่างๆยังไม่สามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรเพื่อสร้างโรงพยาบาลและกระจายแพทย์ไปยังทุกส่วนของประเทศได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลานานและต้นทุนในการผลิตที่สูง การจัดให้มีบริการสุขภาพระดับต้นกระจายไปในชุมชนจึงเป็นทางออกที่เป็นไปได้มากที่สุดในยุคแรกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากแนวคิดดังกล่าวเช่นกัน และมีการปรับเปลี่ยนชื่อสถานบริการสาธารณสุขในระดับชุมชน ดังภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1 วิวัฒนาการสถานบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของประเทศไทย



เมื่อศึกษาความเป็นมาของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พบว่า การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นโครงการรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงเริ่มเป้าหมายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2543 หรือแม้กระทั่งการรณรงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น แต่อาจจะกล่าวได้ว่ายังเป็นการพัฒนาแบบแยกส่วนเน้นบทบาทหลักที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น การพัฒนาครั้งจึงพบว่าสำคัญต่อระบบปฐมภูมิที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลของสำเริง แหยงกระโทก ในปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีอยู่ช่วงหนึ่งคือ โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ช่วงปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2544 และมีการพัฒนาต่อมาในโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (พบส.) ซึ่งเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความพยายามและการมองเห็นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ที่แต่เดิมให้ความสำคัญเฉพาะพื้นที่ชนบทหรือนอกเขตเมืองและต่อมาการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสังคมแบบเมืองหรือกึ่งเมืองมากขึ้น ซึ่งพบว่าการเริ่มต้นได้มีการพัฒนาแนวคิดนี้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ถึงปีพ.ศ. 2546 ซึ่งได้จากการศึกษาข้อมูลของวิชัย เทียนถาวร ในปี พ.ศ. 2562 และรุ่งนภา พิมมะศรี ในปีพ.ศ. 2564 รวมถึงข้อมูลของรวินันท์ ศิริกนกวิไล ในปี พ.ศ. 2546 ดังภาพที่ 4.2

ภาพที่ 4.2 การพัฒนาแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

โดยในปี พ.ศ. 2532 พบว่ามีการจัดทำต้นแบบ (Model) ของแนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนสำหรับประเทศไทย ตลอดจนรูปแบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นไปได้ทั้งในระดับชนบทชานเมืองและในเมืองเกิดขึ้นอย่างจริงจังภายใต้ชื่อ "โครงการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" พร้อมกับการดำเนิน "โครงการอยุธยา" การให้บริการสุขภาพที่ดีผ่านแนวคิดการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ 3 ประการ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) การดูแลอย่างผสมผสาน (Integrated health care) การดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) เป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุข คือการสร้างระบบสาธารณสุขบูรณาการที่มีบริการสุขภาพปฐมภูมิคือองค์ประกอบหลัก

ช่วงปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยในชื่อ "ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ปี พ.ศ. 2535–2544)" ในช่วงเวลานี้ ได้กำหนดสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิออกเป็น 2 ประเภท คือสถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ โดยกำหนดให้สถานีอนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทเช่นเดียวกับสถานีอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางด้านสูงกว่า ตลอดจนมีเครื่องไม้เครื่องมือทางการแพทย์มากขึ้น ช่วงทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยมีการปรับปรุงและพัฒนาสถานีอนามัยอย่างมาก แต่จากการประเมินโครงการหลังจากการดำเนินการมาระยะหนึ่ง พบว่าอุปสรรคสำคัญ คือการให้ความสำคัญ กับนโยบายขึ้นอยู่กับผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงแต่ละคนและการที่ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบนโยบายโดยตรง ทำให้การดำเนินโครงการไม่ชัดเจนและต่อเนื่อง ประกอบกับหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศในปี พ.ศ. 2540 แนวคิดการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ได้รับการให้ความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบาย "สุขภาพดี ต้นทุนต่ำ" เพื่อแก้ไขปัญหาด้านงบประมาณของประเทศจากผลของปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ

จากนั้นในปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนานใหญ่ โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพใหม่ และหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิก็ได้รับความสำคัญอีกครั้ง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นพัฒนาการต่อเนื่องจากแนวคิดระบบสุขภาพดี ต้นทุนต่ำของรัฐ โดยมองว่าหากการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ภาระต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพของชาติโดยรวมจะลดลง ทั้งนี้เพราะมีผลการศึกษายืนยันไปในทำนองเดียวกัน กล่าวคือผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า รัฐควรให้ความสำคัญในการลงทุนกับสถานพยาบาลระดับต้นในชุมชน โดยมีเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ มีการบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ อีกทั้งยังเป็นการสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 ภายหลังมีนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าระบบปฐมภูมิได้นำเสนอรูปแบบศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit: CMU) และมีโครงการโรงพยาบาลลดความแออัด เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมืองตามแนวคิดการจัดตั้งหน่วยคัดกรองผู้ป่วยหรือ Gate keeper นอกจากนี้พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555-2556 ส่วนใหญ่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองของกระทรวงสาธารณสุข

ความสำคัญในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

ทั้งนี้ สืบเนื่องจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้นำเสนอและประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2562 โดยพบว่ามาตรา 47 วรรคหนึ่งของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับมาตรา 258 ช. ด้านอื่นๆ บัญญัติให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ โดยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิต้องจัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการในจำนวนที่เหมาะสม ทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการตามรายชื่อในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการ

ดังนั้นจากข้อค้นพบดังกล่าวระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

จากการศึกษาเอกสารและตำรา ของสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าปัญหาระบบและบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเขตเมืองรวมทั้งกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา การบริการสุขภาพในเขตเมืองจึงมีการดำเนินงานโดยหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดกลไกการเชื่อมโยง ระบบการส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วมมีข้อจำกัด ขาดกลไกที่เอื้อต่อการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง แม้จะมีการแบ่งแยกพื้นที่ปกครองเชิงอำนาจตามกฎหมายก็ตาม ทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมได้รับการพัฒนาไปแบบไร้ทิศทาง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายที่สำคัญคือมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 โดยพบว่ามีมติ ดังต่อไปนี้ 1) จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม 2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง 3) จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองในระดับชาติและระดับเขตสุขภาพ 12 เขต 4) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา สนับสนุนการดำเนินงานการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมือง และ 5) ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงบประมาณและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้มีการศึกษากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ

จากการศึกษาข้อมูลเชิงนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกนโยบายที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนสุขภาวะเขตเมือง ได้แก่ นโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2561 กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี เพื่อการขับเคลื่อนนโยบาย Startup Thailand 4.0 กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 คือการปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 เมื่อสิ้นแผน ในปี พ.ศ. 2580 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยตั้งเป้าหมายให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ผ่านกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอภายใต้นโยบายการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และนับว่าเป็นกลไกสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปี โดยมีจุดเด่นของการดำเนินงานที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ และประชาชนในพื้นที่ เพื่อร่วมกันจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ ไม่ทอดทิ้งกัน มีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มีการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (Main Lever) ของระบบ คือการเปลี่ยนฐานระบบบริการจาก "โรงพยาบาล" เป็น "พื้นที่" โดยไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล และปรับศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการจาก "โรค" เป็น "ประชาชน" และเน้นระบบการพัฒนา"เครือข่ายทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ" (Matrix Team) กับกลไกการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เป็นการเชื่อมโยงจากภาครัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่นทำให้ระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่ มีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and Adaptive System) โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) การดูแลที่ต่อเนื่องและผสมผสาน (Integrated and Continuity of Care) ซึ่งนับเป็นกลไกการหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลได้ทั่วถึง

ในปัจจุบัน พบว่าคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนปฏิรูปด้านระบบบริการ ได้จัดทำพระราชบัญญัติการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุข พ.ศ.2561 เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 และมาตรา 258 เพื่อเป็นกฎหมายที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ปฐมภูมิและบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) (10) ปัจจุบันเรียกชื่อเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. ภายใต้กลไกการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงเป็นการยกระดับการทำงานของการจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันกับทุกภาคส่วนภายใต้การใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่าการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน มุ่งสู่กระบวนการแก้ปัญหาร่วมกันแบบบูรณาการ คณะกรรมการ พชอ. จึงเป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการในการบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน โดยมีกรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ อีกทั้งเป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ทั่วถึงมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการต่อยอด เชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบสุขภาพด้วย

4.2 ผลการศึกษาทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต

4.2.1 ระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต พบว่า ภาพรวมระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต ควรเป็นระบบสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นหลัก ต้องให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ ตั้งแต่ Individual ครอบครัว ชุมชน จากข้างล่างขึ้นมา โดยที่ประชาชนมี Self–management ระบบ PP&P และ Primary Care ที่ดี จะมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการสร้างนำซ่อมและร่วมกันทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ร่วมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง “เราเชื่อว่าตนเองเป็นที่พึ่งแห่งตน” ในอนาคตประชาชนไม่ควรเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยมี Primary Care เป็นเครื่องมือ และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ ไปสู่พื้นที่ได้อย่างแท้จริง และพิจารณาเรื่องของความมั่นคงของมนุษย์ทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การศึกษา วัฒนธรรม การเมืองและที่อยู่อาศัย ควรมองในมุมกว้างเหมือนการดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิต ประชาชนมี Health literacy ในการดูแลตนเองก่อนเกิดโรคและหากเกิดโรคก็จะเข้าถึง การปรึกษาขั้นต้นจากแพทย์ที่รับผิดชอบในระบบปฐมภูมิก่อนและหากมีความจำเป็นด้านสุขภาพก็จะถูกส่งต่อไปในระบบส่งต่ออย่างจากข้อคิดเห็นางถูกต้องเหมาะสม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สรุปเป็นประเด็นสำคัญที่ได้ดังนี้

“ผู้บริหารท่านที่ 1 ควรเป็นระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยึดประชาชนเป็นหลัก ประชาชนทุกคนเป็นหมอ หมอที่เข้าใจสุขภาพตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้บนฐานของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการสื่อสารความรู้สุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีและสื่อที่ทันสมัย”

“ผู้บริหารท่านที่ 2 ระบบปฐมภูมิต้องให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ ตั้งแต่ Individual ครอบครัว ชุมชน จากข้างล่างขึ้นมา ซึ่งระบบ Primary Care ต้องเป็นของประชาชน”

“ผู้บริหารท่านที่ 3 ประชาชนควรมี Self–management ไม่ใช่แค่ Self–care ดูแลตนเองได้ เราเชื่อว่าตนเองเป็นที่พึ่งแห่งตน ซึ่งช่วง 5 ปี แรก มี PCC แต่อาจไม่เต็มรูปแบบ ช่วง 10 ปี PCC เต็มรูปแบบ ซึ่งกำลังคนคิดว่าน่าจะเพียงพอ”

“ผู้บริหารท่านที่ 4 ในอนาคตประชาชนไม่ควรเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยมี Primary Care เป็นเครื่องมือ อย่างน้อยในอีก 20 ปี ข้างหน้า ดังนี้ 1) เราจะสามารถควบคุมเบาหวานในผู้ป่วยได้ 80-90% 2) เราจะตรวจพบคนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ 100% และ 3) เราจะป้องกันไม่ให้คนป่วยเป็นเบาหวานได้ เนื่องจากประชาชนจะมีการออกกำลังกายที่ดี กินอาหารครบถ้วนและรู้จักการเลือกกินอาหารที่ดีต่อร่างกาย ส่งผลให้ Out Come ***สุดท้าย*** *ประชาชนไม่ตายก่อนวัยอันควร เพราะฉะนั้นระบบ PP&P และ Primary Care ที่ดี จะมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ในการดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี”*

“ผู้บริหารท่านที่ 5 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ ไปสู่พื้นที่ได้อย่างแท้จริง โดยการสร้างนำซ่อมและร่วมกันทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ”

"ผู้บริหารท่านที่ 6 ระบบปฐมภูมิมิใช่แค่เรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาเรื่องของความมั่นคงของมนุษย์ทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การศึกษา วัฒนธรรม การเมืองและที่อยู่อาศัย ควรมองในมุมกว้างเหมือนการดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิต"

"ผู้บริหารท่านที่ 7 ระบบปฐมภูมิมี 2 ส่วน คือ ภาครัฐและภาคชุมชน ทั้ง 2 ส่วนนี้ต้องไปด้วยกัน เพราะปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ซึ่งจะอาศัยสถานบริการอย่างเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยชุมชนที่เรียกว่าระบบสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมให้ชุมชนดูแลตนเอง จัดทำ ดำเนินการและเป็นเจ้าของโครงการสุขภาพด้วยตนเอง การสร้างให้ระบบสุขภาพชุมชนเกิดความเข้มแข็ง การดูแลสุขภาพก็จะมีประสิทธิภาพ ซึ่งในอนาคตกระทรวงสาธารณสุข อาจมีบทบาทเป็น Regulator หน่วยบริการเป็น Provider ที่มีการบริหารจัดการเป็นอิสระ หรือกระจายอำนาจในระดับเขต ในส่วนของ สปสช. ทำหน้าที่เป็น Purchaser"

"ผู้บริหารท่านที่ 8 ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในระบบบริการปฐมภูมิมากขึ้น เนื่องจากมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ประชาชนมีองค์ความรู้เรื่องของระบบสุขภาพมากขึ้น ยุทธศาสตร์ ปฐมภูมิจะต้องมีความสอดคล้องของ 4 ส่วนสำคัญ ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ และจะต้องมีการกำหนด KPIs พร้อมทั้งวาง Roadmap การดำเนินงานที่ชัดเจนให้มากขึ้น มีการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการทำงานในพื้นที่ได้จริง"

ทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี

จากผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี คือการมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน ประชาชนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ทั้งเขตเมืองและชนบท โดยยึดชุมชนต้องเป็นฐาน มีความเป็นองค์รวม การพึ่งตนเอง พึ่งตนเองด้วยการให้มีองค์ความรู้ ทักษะ และอาศัยทรัพยากรหรือเทคโนโลยีที่มีอยู่ และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้มิติด้านความมั่นคงของมนุษย์ควบคู่ไปกับด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อสังคมชนบทและสังคมเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น ในสังคมชนบทต้องมีระบบโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ที่รองรับการให้และการรับบริการปฐมภูมิ ส่วนในสังคมเมือง พนักงานลูกจ้างไม่อยากลางาน หรือเสียเวลาการทำงานในการไปรับบริการ ดังนั้นการให้บริการจะต้องสะดวกในการเข้าถึง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้อย่างเป็นระบบและไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

"ผู้บริหารท่านที่ 1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวแต่เป็นองค์ประกอบของวิถีชีวิตของประชาชนระดับครอบครัว ชุมชนและระดับอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบ เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมวัฒนธรรม ชุมชน ครอบครัวและครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบท"

"ผู้บริหารท่านที่ 2 ในการดำเนินงาน Primary Care Custer ต้องใช้ความพึงพอใจของประชาชนเป็นหลัก โดยหวังที่ Output และ Outcome เริ่มจากชุมชน โดย 1) ชุมชนต้องเป็นฐาน 2) ต้องเป็นองค์รวม 3) ต้องต่อเนื่อง และ 4) ต้องผสมผสานเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้ความรู้แก่รู้ อสม. เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงาน Primary Care"

"ผู้บริหารท่านที่ 3 Primary Care ต้องพัฒนาทั้งด้านการสาธารณสุขกับด้านการแพทย์ โดยมี Concept คือการพึ่งตนเอง พึ่งตนเองด้วยการให้มีองค์ความรู้ ทักษะและอาศัยทรัพยากรหรือเทคโนโลยีที่มีอยู่ทำให้เรามีองค์ความรู้ Health Literacy Primary Health Care และสามารถทำได้จริง ให้ทุกครัวเรือนสามารถดูแลตนเองได้ ทั้งนี้ งานปฐมภูมิ คือ การพึ่งตนเอง ซึ่งการพึ่งตนเองผมมองว่าเป็นระดับ พึ่งตนเองด้วยตนเอง ด้วยครอบครัว ด้วยชุมชน"

"ผู้บริหารท่านที่ 4 ที่ผ่านมาภาครัฐลงทุนกับการบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในแต่ละระดับ (ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) เพื่อมุ่งให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนให้หายจากการอาการเจ็บป่วย ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบภาวะขาดทุน เนื่องจากมีการนำงบประมาณมาลงทุนในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานและจัดระบบบริการรักษาพยาบาล แต่ผลลัพธ์ในการดำเนินงานกลับพบว่า ประชาชนไม่ได้มีการเจ็บป่วยลดลง แต่กลับเพิ่มจำนวนมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรค NCD และเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่ประชาชนสามารถป้องกันได้จากการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่ในปัจจุบันภาครัฐให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิ งบประมาณที่เคยลงทุนในโรงพยาบาลจำนวนมาก ส่วนหนึ่งได้นำมาพัฒนาและลงทุนการจัดบริการในระดับปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน ขอบเขตการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี ต้องมีระบบการดูแลประชาชนที่ดี ไม่ใช่ระบบการดูแลที่ต้อง Excellence ทุกเรื่อง แต่เป็นระบบที่ดูแลประชาชนได้หลายๆ เรื่องรวมกัน (องค์รวม) ดังนั้น ทีมที่ทำหน้าที่ในการดูแลต้องมีความหลากหลาย สามารถดูแลได้ตั้งแต่เกิด เจ็บป่วย จนตาย"

"ผู้บริหารท่านที่ 5 กล่าวว่า ระบบปฐมภูมิสุขภาพมีขอบเขตความครอบคลุมที่สามารถดำเนินการให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งในประวัติศาสตร์เราเน้นที่การรักษาพยาบาลให้หายป่วย แต่ปัจจุบันมีแนวคิดที่เปลี่ยนไปแล้วปัจจุบันซึ่งต้องเน้นที่การป้องกันมากกว่าการแก้ไข สร้าง นำซ่อม เรื่องปฐมภูมิเป็นเรื่องสำคัญอย่างมาก ดังนั้น ขอบเขตการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี คือการสร้าง นำ ซ่อม เพราะฉะนั้นบุคลากรที่จะลงไปทำเรื่องปฐมภูมิได้ จะต้องเข้าใจตรงนี้"

“ผู้บริหารท่านที่ 6 กล่าวว่า มีการดำเนินงานในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการพัฒนาคนช่วงวัยอย่างเป็นระบบและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้มิติด้านความมั่นคงของมนุษย์ควบคู่ไปกับด้านสุขภาพ ในลักษณะโปรแกรม เช่น ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ก่อนคลอด ครอบครัวต้องรู้วิธีการที่จะดูแลครรภ์ เพื่อให้คลอดออกมามีความสมบูรณ์ทั้งเรื่องของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเมื่อคลอดออกมา ต้องดูแลด้านอาหาร การพักผ่อนอย่างไร จนกระทั่งโต ต้องฝึกฝนอะไรบ้าง แม้กระทั่งเรื่องของระเบียบวินัย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มียุทธศาสตร์ 20 ปี ซึ่งในส่วนของสวัสดิการจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำ แต่ในประเด็นที่ประชาชนมีศักยภาพ พึ่งพาตนเองได้ กระทรวงมุ่งเน้นการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ครอบครัวอบอุ่นและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของคนทุกช่วงวัย”

“ผู้บริหารท่านที่ 7 กล่าวว่า ขอบเขตของปฐมภูมิในแง่ของสิทธิ จะเป็นการที่ประชาชนได้รับสิทธิต่างๆ ตามที่ได้มีการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพรายหัวมา ภายใต้การรองรับทางกฎหมาย ตามมติ ครม. แต่ในแง่ของสุขภาพ ควรพิจารณาขอบเขตให้ครบทุกมิติ ทั้งสิทธิ สุขภาพจิต การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและจิตสังคมต่างๆ”

“ผู้บริหารท่านที่ 8 กล่าวว่าควรมีการดำเนินงานปฐมภูมิที่ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ แต่เน้นประเด็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นประเด็นสำคัญ”

ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมปัจจัยต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือการให้บริการในหน่วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน โดยการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของชุมชน ในหมู่บ้านตามคุ้มบ้านที่รับผิดชอบ ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และคนในชุมชน โดยปัจจุบันเน้นเรื่องของการป้องกันโรค นำมาสู่การให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ และให้ประชาชนเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

“ผู้บริหารท่านที่ 1 การให้บริการในหน่วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานมีอาสาสมัครภาคประชาชน (อสม.) ในทุกพื้นที่”

“ผู้บริหารท่านที่ 2 ในอดีต อสม. เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบปฐมภูมิ จำเป็นต้องให้องค์ความรู้และทักษะต่างๆ เพิ่มขึ้น”

“ผู้บริหารท่านที่ 3 ที่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากในตอนนั้นมี อส., อสม. อาจจะด้วยบริบทของคนไทยที่สอนให้พึ่งตนเองและมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยกัน อย่างไรก็ตามจะมี อสม. อย่างเดียวไม่พอ

ต้องมีอาสาสมัครประจำครัวเรือนและไปจนถึงทุกคน ขยายให้มี อสม. เพิ่มขึ้นเข้าไปทุกครัวเรือน ในขณะเดียวกันต้องเชื่อมกับข้างบน"

"ผู้บริหารท่านที่ 4 จุดเปลี่ยนสำคัญของการดูแลสุขภาพในประเทศไทย ในอดีต ตั้งแต่ในปีพ.ศ. 2521 ประเทศไทย มีระบบ Primary Health Care (สาธารณสุขมูลฐาน) โดยการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของชุมชน ในหมู่บ้านตามคุ้มบ้านที่รับผิดชอบ ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและคนในชุมชน โดยผ่านการยอมรับของชุมชนและมีเงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ ที่ผ่านมามีการยอมรับกันทั่วโลกและประเทศไทยว่าระบบสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชากรทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึงได้ ปัจจุบัน มีการพัฒนามาสู่การมี Primary Care Cluster: PCC ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพเวชศาสตร์ครอบครัว (หมอครอบครัว) ดูแลประชาชนแบบองค์รวม ในเขตความรับผิดชอบ ซึ่งต้องทำงานเชื่อมโยงกับระบบการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีอยู่เดิม น่าจะทำให้ระบบ Primary Care ของประเทศไทยน่ามีความชัดเจนขึ้น ซึ่งต้องวัดความสำเร็จ (ประชาชนสุขภาพดี) เป็นระยะในทุกๆ 5 ปี"

"ผู้บริหารท่านที่ 5 ในอดีต เรามีแพทย์ประจำตำบล ที่ทำงานคู่กับกำนัน โดยมีแพทย์ประจำตำบลดูแลเรื่องสุขภาพคนไทยมาตลอด ซึ่งเน้นการใช้ระบบของแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพสืบต่อกันมา ระบบการแพทย์มีความก้าวหน้าเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เน้นการรักษาทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย แต่พอมีโรคแทรกซ้อนหลายโรค การรักษาก็ยากขึ้น จนมีการพัฒนาระบบบริการและความคิดของประชาชนไปเรื่อยๆ ความคิดของคนเปลี่ยน ปัจจุบันคนส่วนใหญ่หันมาเน้นเรื่องของการป้องกันโรค นำมาสู่การให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อทำให้สุขภาพแข็งแรงและไม่ป่วยมากกว่า"

"ผู้บริหารท่านที่ 6 ที่ผ่านมา ในระดับจังหวัดมีการดำเนินงานร่วมกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาอย่างต่อเนื่อง โดยทำโครงการร่วมกัน ได้แก่ โครงการคนพิการ โครงการเรื่องเสริมสร้างความเข้มแข็ง โครงการผู้สูงอายุ รวมทั้งมีอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ที่ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน และมีสภาเด็กและเยาวชนในระดับตำบลครบทุกตำบล ซึ่งเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน"

"ผู้บริหารท่านที่ 7 ความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีต คือการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยผ่านการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการจุดประกายให้

ประชาชนเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) เพิ่มมากขึ้น ถือว่าเป็นจุดเด่น แต่ยังไม่มีความเข้มแข็งพอและการสร้างให้มีความเข้มแข็งได้นั้น ต้องมี Function ในเชิงโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ซึ่งขณะนี้เห็นได้จากรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ที่ช่วยให้ระบบปฐมภูมิเกิดความเข้มแข็งและกระทรวงได้เริ่มดำเนินการในเรื่องของ Primary care cluster (PCC) เป็นแนวคิดที่ดีที่อยู่ระหว่างการพัฒนา แต่อาจต้องมุ่งเน้นการบริหารจัดการ และต้องใช้เวลาสัก 2-3 ปี จึงจะชัดเจนมากยิ่งขึ้น”

“ผู้บริหารท่านที่ 8 อดีต: ใช้พื้นที่เป็นฐาน ในการบริหารจัดการ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ”

ข้อจำกัดต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมข้อจำกัดต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือ การเข้าถึงบริการของคนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาส ยังขาดการพึ่งตนเอง มีระบบการประเมินที่ยังไม่ Real time ขาดความเชื่อมโยง การประสานความร่วมมือและการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย ซึ่งแต่ละองค์กรมีนโยบายการดำเนินงานแตกต่างกัน ต้องหาจุดเชื่อมตรงกลางหรือมีหน่วยงาน องค์กรกลางทำหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานให้เป็นทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจของทั้งหน่วยงานผู้รับโอนภารกิจ (ท้องถิ่น) และสถานบริการ ซึ่ง ก.สธ. เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหลายส่วนที่เป็นข้อจำกัด ส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชน ของท้องถิ่นจึงยังไม่ชัดเจนมากนัก ความชัดเจนในระดับของนโยบาย โดยเฉพาะทางการเมืองซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ปัญหาในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งยังไม่สามารถระบุได้ว่าปีแรกมีเป้าหมายอย่างไตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ การดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นกลายเป็นภารกิจหลักของท้องถิ่น แต่เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจฯ มาให้ท้องถิ่น โดยในช่วงแรกได้มีการถ่ายโอนภารกิจการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในระดับปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เน้นงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งพบมีข้อจำกัด ดังนี้ 1) การขาดการเตรียมความพร้อมในท้องถิ่น (งบประมาณ คน ระบบงาน) 2) การไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการถ่ายโอนภารกิจของทั้งหน่วยงานผู้รับโอนภารกิจ (ท้องถิ่น) และสถานบริการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหลายส่วนที่เป็นข้อจำกัด ส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ทำหน้าที่ส่งเสริม ช่วยเหลือ ปรึกษา แนะนำ แก่ระดับพื้นที่เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลสำเร็จ

การกำหนดโครงสร้าง กรอบอัตรากำลังด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้เกิดปัญหาการทำงาน การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ของ อปท.และ รพ.สต.ยังมีความซ้ำซ้อน มีช่องว่างต่อกัน ทำให้ประชาชนในพื้นที่ขาดสิทธิประโยชน์ในการดูแล และทำให้ท้องถิ่นนั้นเสียโอกาสในการใช้งบประมาณ ในเชิงประสิทธิภาพหรือ

คุณภาพ การขาดแคลนทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่ต้องดำเนิน การตามมาตรการลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่อาจจะเป็นสึนามิของผู้ป่วยที่ผลักให้ผู้ป่วย ลงมารับการรักษาที่ระบบบริการปฐมภูมิ และส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิให้การดูแลการป้องกันโรคลดลงแต่กลับต้องมาให้การบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอและโครงสร้างของระบบบริการปฐมภูมิไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับกับจำนวนผู้ป่วย ข้อจำกัดด้านงบประมาณ

ข้อมูลการสัมภาษณ์

“ผู้บริหารท่านที่ 1 การเข้าถึงบริการของคนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาสยังไม่ทั่วถึง ยังไม่มีข้อมูลการแบ่งระดับพื้นที่ปฐมภูมิ 1.0, 2.0, 3.0, 4.0 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งประเทศอย่างทั่วถึง”

“ผู้บริหารท่านที่ 2 มีข้อจำกัด ดังนี้ 1) กระทรวงสาธารณสุขมีข้อมูลจำนวนมากแต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 2) ระบบการประเมินที่ยังไม่ Real time ซึ่งหากจะติดตามผลการดำเนินงานจะต้องประเมินในระยะ 3 เดือน 6 เดือน ซึ่งสามารถเป็นกลยุทธ์ได้ทันทีหากพบว่าการดำเนินงานผิดพลาด และ 3) ปัญหาในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งยังไม่สามารถระบุได้ว่าปีแรกมีเป้าหมายอย่างไร ซึ่งปีแรกต้องวางพื้นฐานก่อนว่าอะไรจะเกิดขึ้นในปีแรก เพราะถ้าไม่เกิดขึ้นในปีแรกก็จะไม่ส่งผลให้เกิดในปีต่อไป”

“ผู้บริหารท่านที่ 3 ปัจจุบันยังขาดการพึ่งตนเอง กลายเป็นประชาชนเป็นผู้รับอย่างเดียว ซึ่งจะต้องทำอย่างไรให้ทั้งชาวบ้านและภาครัฐช่วยกันทำอย่างไรให้ดีขึ้น”

“ผู้บริหารท่านที่ 4 มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ 1) ความร่วมมือและการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีนโยบายการดำเนินงานของแต่ละองค์กรที่อาจแตกต่างกัน ซึ่งต้องหาจุดเชื่อมตรงกลาง หรือมีหน่วยงาน/องค์กรกลาง ทำหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานให้เป็นทิศทางเดียวกัน และมุ่งผลลัพธ์ที่จะได้รับร่วมกัน เช่น ประชาชนสุขภาพดี 2) ความชัดเจนในระดับของนโยบาย โดยเฉพาะทางการเมือง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน เช่น หากมีการเปลี่ยน รมว. นโยบายเดิมที่ทำไว้อาจไม่ได้รับการสานต่อ”

“ผู้บริหารท่านที่ 5 ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ การดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่น กลายเป็นภารกิจหลักของท้องถิ่น แต่พอถึงเวลาที่มีการถ่ายโอนภารกิจมาให้ท้องถิ่นยอมรับว่ามีความกระท่อนกระแท่น โดยในช่วงแรกได้มีการถ่ายโอนภารกิจการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในระดับปฐมภูมิ ของ รพ.สต. เน้นงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีข้อจำกัด 1) การขาดการเตรียมความพร้อมในท้องถิ่น (งบประมาณ คน ระบบงาน) 2) การไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการถ่ายโอนภารกิจ ของทั้งหน่วยงานผู้รับโอนภารกิจ (ท้องถิ่น) และสถานบริการ ซึ่ง ก.สธ. เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหลายส่วนที่เป็นข้อจำกัด ส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชน ของท้องถิ่นจึงยังไม่ชัดเจนมากนัก”

"ผู้บริหารท่านที่ 6 มีข้อจำกัด ดังนี้ 1) บุคคลากรในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีเพียง 10,000 คน เป็นข้าราชการ ประมาณ 3,000 กว่าคน นอกนั้นเป็นพนักงานราชการและจ้างเหมา 2) งบประมาณมีจำกัด ประมาณ 13,000 ล้านบาท ต่อปีงบประมาณ ทำให้งบประมาณสำหรับอุดหนุนศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน เพื่อดำเนินการในพื้นที่ ค่อนข้างน้อย 3) ในระดับบุคคล ยังมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และลดปัญหาทางสังคม และ 4) สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง"

"ผู้บริหารท่านที่ 7 มีข้อจำกัดว่า "กระบวนการบริหารจัดการในบางเรื่องยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากระเบียบปฏิบัติไม่เอื้อต่อการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างคล่องตัว"

"ผู้บริหารท่านที่ 8 มีข้อจำกัด ดังนี้ 1) การทำงานที่ขาดความเชื่อมโยง การประสานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากสามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกันได้ย่อมทำให้เกิดการทำงานอย่างไร้รอยต่อ และสามารถตอบสนองปัญหาเรื่องระบบสุขภาพได้ 2) กฎ ระเบียบ ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ อีกทั้งนโยบายก็ไม่สอดคล้องกับการทำงานของพื้นที่ด้วย 3) การบริหารจัดการระบบบริการแต่ละระดับยังขาดประสิทธิภาพทำให้การบริหารจัดการด้านต่างๆ เกิดปัญหา"

ข้อเสนอแนะเชิงโยบายต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงโยบายต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือ การแบ่งระดับ รพ.สต. และการออกแบบโครงสร้างและหน้าที่ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ บูรณาการการดำเนินร่วมกันใน 4 กระทรวง โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หากพื้นที่ใดมีความพร้อมและเข้มแข็งก็กระจายอำนาจออกไป โดยให้ท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับพื้นที่ โดยปรับระบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น ให้ระบบบริการให้ใกล้ชิดกับประชาชน การนำเทคโนโลยีดิจิตัลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้ที่ครอบคลุมทั้งระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งสร้างระบบประเมินให้ Real time และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ประเมินให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อได้ ควรมีการบูรณาการประสานเชื่อมการทำงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จะเกิดการทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ช่วยเสริมพลังในส่วนขาด ควรสร้างระบบหมอครอบครัวที่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบปฐมภูมิ

ข้อมูลการสัมภาษณ์

"ผู้บริหารท่านที่ 1 ควรกำหนดคำจำกัดความของ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 1.0, 2.0, 3.0, 4.0 และมีการแบ่งระดับพื้นที่ตามสีในแผนที่ประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดเป้าหมายในการวางยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนให้สอดรับกับบริบทของพื้นที โดยดำเนินการ (ยุทธศาสตร์การเปลี่ยน

สี/ยกระดับพื้นที่จากปฐมภูมิ 1.0 เป็น 2.0 จาก 2.0 เป็น 3.0 จาก 3.0 เป็น 4.0) ดังนี้ 1) กำหนดขอบเขตของงาน 2) กำหนดเป้าหมายทุกปี และทุก 5 ปี ถึงระยะ 20 ปี 3 ออกแบบ/กำหนดวิธีการทำงานและควร พัฒนา อสม. โดยมีหลักสูตรที่ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์รวมทั้ง รพ.สต.ต้องออกแบบโครงสร้างและหน้าที่ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่เป็น รพ.สต.คุณธรรม ทุกคนมีน้ำใจพร้อมให้การช่วยเหลือ นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้ประชาชนพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการและมุ่งเน้นให้บริการเชิงรุกถึงบ้านและชุมชน”

“ผู้บริหารท่านที่ 2 ได้เสนอแนะ ดังนี้ 1) ควรใช้เทคโนโลยีที่ง่ายที่สุดออกไปให้ประชาชน เพื่อให้ความรู้และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ 2) ควรสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Primary Care ให้เค้ารู้สึกว่าหน้าที่ของตนเอง “พลิกกลับอำนาจไปอยู่ที่ประชาชนในการทำ Primary Care” 3) ควรรวมสรรพกำลังจากทุกหน่วยงาน 4) ควรสร้างระบบประเมินให้ Real time และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ประเมินให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อได้ และ 5) ควรกำหนด Small success ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในช่วงปีแรกให้ชัดเจน (ทำอะไร เกิดเมื่อไหร่ และใครประเมิน)”

“ผู้บริหารท่านที่ 3 ได้เสนอแนะ ดังนี้ 1) ต้องปรับเปลี่ยนแนวคิด ทำอย่างไรให้เกิดแนวคิดต้องมาดูแลตนเองร่วมกัน มี Innovation ขึ้นมา 2) ปรับระบบบริการให้มีคุณภาพ มากขึ้นให้ระบบบริการให้ใกล้ชิดกับประชาชน เข้าถึงได้อย่างไร เป็นระบบบริการที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น เช่น ปรับเปลี่ยนเรื่องการแพทย์ PCC ซึ่ง PCC เป็น Functional เป็นจุดร่วมทั้งการสาธารณสุขและการแพทย์ ซึ่งเป็นบริการที่ให้ได้และเป็นบริการเชิงรุกเข้าไปด้วย ในขณะเดียวกัน รพ.สต. ต้องยกระดับขึ้นมาด้วย โดยให้มีการบริการจัดการแบบใหม่ ต้องมีการปรับระบบบริหารจัดการทำให้เกิด Primary Health Care จริงๆ ชาวบ้านยอมต้องช่วยตนเองได้ ช่วยจำเป็นต้องลงทุนที่ Primary Care เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ และ NCD ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 3) ภาครัฐต้องบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน “ทุกคนทำบทบาทของตัวเองให้มาเสริมกัน ต้องปรับระบบ ผมว่าสาธารณสุขเราต้องเข้มแข็ง เช่น ต้องมีทีมสืบสวนโรค และต้องมีทีมปรับพฤติกรรมที่เก่งๆ” 4) ต้องสื่อสารยุทธศาสตร์ให้ชัดเจน สื่อสารเป้าหมายคืออะไร จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไร ประชาชนได้รับผลประโยชน์อย่างไร และ 5) จะต้องทำการตลาด Primary Care”

“ผู้บริหารท่านที่ 4 ได้เสนอแนะว่า ควรมีหน่วยงาน/องค์กรกลาง ในการดำเนินงานจะสามารถผลักดันให้การดำเนินงาน Primary Care สำเร็จได้อย่างยั่งยืน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นองค์กร/สถาบันที่มีความเชี่ยวชาญ เรื่อง Primary Care ที่สุดในประเทศ เหมาะสมที่เป็นองค์กรกลาง/สถาบันกลาง ทั้งนี้ องค์กรกลางจึงไม่ควรเป็นกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) เนื่องจากมีปัจจัยด้านการเมืองของผู้เป็นเจ้ากระทรวง (รมว.) มาเกี่ยวข้อง ดังนั้น กสธ. ควรเป็นหน่วย Implement หลัก เนื่องจากมีหน่วยบริการครอบคลุมทุกระดับทั่วประเทศ”

"ผู้บริหารท่านที่ 5 ได้เสนอแนะ ดังนี้ 1) Leadership commitment ของผู้บริหารระดับสูง ตั้งแต่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ ควรเป็นแกนหลักในการผลักดันให้การดำเนินงาน Primary Care สำเร็จได้อย่างยั่งยืน 2) การนำเทคโนโลยี ดิจิตัลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้ที่ครอบคลุมทั้งระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ "เปลี่ยนจาก Smart hospital ให้เป็น Convenience hospital" 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐและเอกชน และ 4) พัฒนารูปแบบการให้บริการในเขตเมืองและชนบท ต้องมีการพัฒนาเชื่อมต่อการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกัน"

"ผู้บริหารท่านที่ 6 ได้เสนอแนะ ดังนี้ 1) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 กระทรวง ควรมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันอย่างแท้จริง ภายใต้เป้าประสงค์เดียวกัน ทั้งการจัดทำยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ แผนงาน โครงการ เพื่อความสอดคล้อง และเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในการปฏิบัติ 2) ควรนำ Digital และนวัตกรรมต่างๆ มาใช้ในการบริหารจัดการให้มากขึ้น เช่นการใช้ Telemedicine หรือการใช้โปรแกรมในการปรึกษาแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และลดการพึ่งพาร้านขายยา 3) การกำหนด Agenda และตัวชี้วัดต้องชัดเจนและ 4) ควรมีการพัฒนาบุคลากร และเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะแบบองค์รวมไม่เฉพาะด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ควรมีด้านการทำกิจกรรมร่วมด้วย"

"ผู้บริหารท่านที่ 7 ได้เสนอแนะ ดังนี้ 1) ควรพิจารณาพื้นที่เป็นหลักและบูรณาการการดำเนินร่วมกันใน 4 กระทรวง โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หากพื้นที่ใดมีความพร้อมและเข้มแข็งก็กระจายอำนาจออกไป โดยให้ท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับพื้นที่ และ 2) ระบบบริการมีหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น Long term care, Palliative care, Sub acute care และ Acute care ซึ่งประเทศไทยยังใช้แบบ Acute care เป็นหลัก คือเจ็บป่วยก็ไปโรงพยาบาล เพื่อรักษาแล้วก็กลับบ้าน แต่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่ต้องได้รับการดูแลด้วยระบบบริการ 3 บริการ ที่เหลือกลับมีเพิ่มมากขึ้น จึงควรสร้างระบบบริการเพื่อรองรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการเหล่านี้ ซึ่งต้องอาศัยระบบปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วม และช่วยสนับสนุน"

"ผู้บริหารท่านที่ 8 ได้เสนอแนะ ดังนี้ 1) การจัดสรร Fixed cost จะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) ควรกำหนดโครงสร้าง กรอบอัตรากำลังพื้นฐานให้มีมาตรฐานเดียวกัน 3) ควรกำหนดกฎหมาย ระเบียบการดำเนินงานปฐมภูมิให้ชัดเจนว่าหน่วยงานใดรับผิดชอบเรื่องใดเป็นหลัก และ 4) Data center ควรตั้งอยู่ที่ สสจ. เนื่องจาก สสจ.เป็นหน่วยงาน Regulator ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน หรือรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข"

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน และทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ โดยสรุปอภิปรายและข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการทบทวนกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน พบว่า ระบบปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งจุดเน้นของบริการ ที่ระดับกว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัวและชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้าน ที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาแนวคิดตั้งแต่ ปี พ.ศ.2532- ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีการพัฒนาระบบปฐมภูมิมาตามลำดับ ตามสถานการณ์ ซึ่งปัจจุบันประชากรไทยมีมากขึ้น รวมถึงแรงงานต่างด้าวและชาวต่างชาติที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความแออัดในการให้บริการสุขภาพ การเพิ่มขีดความสามารถให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงเป็นจุดเน้นที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน

สำหรับทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในอนาคต คือการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ เน้นระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยึดประชาชนเป็นหลัก สร้างให้ระบบสุขภาพชุมชนเกิดความเข้มแข็ง พัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ด้วยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 กระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานบริการปฐมภูมิในประเทศไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

การพัฒนาครั้งสำคัญต่อระบบปฐมภูมิที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง มีอยู่ช่วงหนึ่ง คือ โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ช่วงปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2544 และมีการพัฒนาต่อมาในโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (พบส.) สอดคล้องกับการศึกษาของสำเริง แหยงกระโทก (2544) ที่นำเสนอเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความพยายามและการมองเห็นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งแต่เดิมให้ความสำคัญเฉพาะพื้นที่ชนบท หรือนอกเขตเมือง ต่อมาการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสังคมแบบเมืองหรือกึ่งเมืองมากขึ้น การเริ่มต้นได้มีการพัฒนาแนวคิดตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 เป็นต้นมา จนถึง ปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งจะเห็นได้จากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555 - 2556

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ประกาศเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ.2562 (10) โดยที่มาตรา 47 วรรคหนึ่งของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 บัญญัติให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าวต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งปัญหาระบบและบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเขตเมืองรวมทั้งกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา สอดคล้องกับสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2561) ที่กล่าวถึงการบริการสุขภาพในเขตเมืองดำเนินงานโดยหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดกลไกการเชื่อมโยง ระบบการส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วมมีข้อจำกัด ขาดกลไกที่เอื้อต่อการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน มุ่งสู่กระบวนการแก้ปัญหาร่วมกันแบบบูรณาการ คณะกรรมการ พชอ. จึงเป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการในการบูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน โดยมีกรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ อีกทั้งเป็นแนวคิดที่ชี้ให้เห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ที่ทั่วถึง มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการต่อยอด เชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบสุขภาพด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ (2556) พบว่าการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ควรมีการร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามบริบทและความ

ต้องการของชุมชน การจัดบริการสุขภาพในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเชิดชูผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาจะส่งผลประสิทธิภาพของหน่วยบริการและส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

5.2.2 ทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในอนาคต

ทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิสำหรับประเทศไทยในอนาคต คือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ สามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีความเชื่อมั่นศรัทธาและมุ่งสู่การมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

ระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต

ระบบสุขภาพปฐมภูมิในอนาคต ควรยึดประชาชนเป็นหลัก ประชาชนทุกคนเป็นหมอหมอที่เข้าใจสุขภาพตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้บนฐานของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการสื่อสารความรู้สุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีและสื่อที่ทันสมัย โดยระบบปฐมภูมิต้องให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญ ตั้งแต่ individual ครอบครัว ชุมชน จากข้างล่างขึ้นมา ซึ่งระบบ Primary Care ต้องเป็นของประชาชน โดยประชาชน มี Self–Management ไม่ใช่ แค่ Self–Care ดูแลตนเองได้ “เราเชื่อว่าตนเองเป็นที่พึ่งแห่งตน” ในอนาคตประชาชนไม่ควรเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยมี Primary Care เป็นเครื่องมือ และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ ไปสู่พื้นที่ได้อย่างแท้จริง โดยการสร้างนำซ่อมและพิจารณาเรื่องของความมั่นคงของมนุษย์ทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การศึกษา วัฒนธรรม การเมืองและที่อยู่อาศัย ควรมองในมุมกว้างเหมือนการดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิต ประชาชนมี Health literacy ในการดูแลตนเองก่อนเกิดโรคและหากเกิดโรคก็จะเข้าถึง การปรึกษาขั้นต้นจากแพทย์ที่รับผิดชอบในระบบปฐมภูมิก่อนและหากมีความจำเป็นด้านสุขภาพก็จะถูกส่งต่อไปในระบบส่งต่ออย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2563) พบว่าเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการวิจัยสามารถจัดบริการตามแนวคิดและรูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางได้ดีกว่าหน่วยบริการอื่นในพื้นที่เดียวกันทั้งด้านการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา สงวนประสิทธิ์ และคณะ (2562) ที่พบว่า องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ คือการทำงานแบบเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและทุกระดับ ความหลากหลายของวิธีการเหล่านี้ ขึ้นอยู่กับบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมืองและระดับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษาของแต่ละพื้นที่

ทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี

การมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชน ประชาชนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ทั้งเขตเมืองและชนบท โดยยึดชุมชนต้อง

เป็นฐาน มีความเป็นองค์รวม การพึ่งตนเอง พึ่งตนเองด้วยการให้มีองค์ความรู้ ทักษะ และอาศัยทรัพยากรหรือเทคโนโลยีที่มีอยู่ และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้มิติด้านความมั่นคงของมนุษย์ควบคู่ไปกับด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โดยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ตอบสนองต่อสังคมชนบทและสังคมเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น ในสังคมชนบทต้องมีระบบโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ที่รองรับการให้และการรับบริการปฐมภูมิ ส่วนในสังคมเมืองพนักงานลูกจ้างไม่อยากลางาน หรือเสียเวลาการทำงานในการไปรับบริการ ดังนั้นการให้บริการจะต้องสะดวกในการเข้าถึง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้อย่างเป็นระบบและไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา สงวนประสิทธิ์ และคณะ (2562) พบว่า องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ คือการทำงานแบบเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและทุกระดับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสร้างให้ระบบสุขภาพชุมชนเกิดความเข้มแข็ง การดูแลสุขภาพก็จะมีประสิทธิภาพนั้นในอนาคตกระทรวงสาธารณสุข อาจมีบทบาทเป็น Regulator หน่วยบริการเป็น Provider ที่มีการบริหารจัดการเป็นอิสระ หรือกระจายอำนาจในระดับเขต ในส่วนของ สปสช. ทำหน้าที่เป็น Purchaser ยุทธศาสตร์ปฐมภูมิจะต้องมีความสอดคล้องของ 4 ส่วน สำคัญทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ กระจายอำนาจงานปฐมภูมิให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมและจะต้องมีการกำหนด KPIs พร้อมทั้งวาง Roadmap การดำเนินงานที่ชัดเจนให้มากขึ้น มีการติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดการทำงานในพื้นที่ได้จริง มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการทำงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เช่น การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น มีศูนย์ Data Center ที่รวมข้อมูล ทั้ง 4 มิติ คือด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการให้บริการในหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการในระบบปฐมภูมิเป็นแห่งแรกก่อนที่จะไปรับการรักษาในระบบทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไป และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ อสม. เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของชุมชน ในหมู่บ้านตามคุ้มบ้านที่รับผิดชอบ ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและคนในชุมชน โดยปัจจุบันเน้นเรื่องของการป้องกันโรค นำมาสู่การให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและให้ประชาชนเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) และการพัฒนาระบบ Primary Care Cluster: PCC ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพเวชศาสตร์

ครอบครัว (หมอครอบครัว) ดูแลประชาชนแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตรัยมาส คงเรือง และคณะ (2563) พบว่าพยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) ผู้ประสานการทำงานระหว่างทีมงานสาธารณสุขและฝ่ายปกครองท้องถิ่น 2) ผู้นำในการทำงานร่วมกับชุมชน 3) ผู้กระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพ 4) แบบอย่างในการสร้างบรรยากาศการทำงานแบบพี่น้อง 5) ผู้สนับสนุนการติดตามความก้าวหน้าในการประเมินผลการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง 6) ผู้สอนงานเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข และ 7) ผู้ให้บริการสุขภาพเชิงรุกแก่ประชาชนและควรมีการพัฒนาแกนนำหรือ อสม. เพื่อเป็นกำลังสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ แต่แตกต่างจากการศึกษาของวริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ (2560) พบว่าปัจจัยสำคัญในการจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ คือนโยบายที่มุ่งมั่นของผู้บริหารในพื้นที่ที่ต้องมีความเข้าใจและดำเนินนโยบาย ในทิศทางเดียวกันและการมีแพทย์เกษียณร่วมให้บริการ ความท้าทายคือ การเพิ่มบทบาทของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เพื่อการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ควรมีผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดการปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของระบบ

ข้อจำกัดต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ข้อจำกัดต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือการเข้าถึงบริการของคนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาส ยังขาดการพึ่งตนเอง มีระบบการประเมินที่ยังไม่ Real time ขาดความเชื่อมโยงการประสานความร่วมมือและการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาคีเครือข่าย ซึ่งแต่ละองค์กรมีนโยบายการดำเนินงานแตกต่างกัน ต้องหาจุดเชื่อมตรงกลางหรือมีหน่วยงาน องค์กรกลางทำหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานให้เป็นทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ (2556) พบว่าการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ควรมีการร่วมกันพัฒนาระบบบริการตามบริบทและความต้องการของชุมชน การจัดบริการสุขภาพในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีการเชิดชูผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาจะส่งผลประสิทธิภาพของหน่วยบริการและส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจของทั้งหน่วยงานผู้รับโอนภารกิจ (ท้องถิ่น) และสถานบริการ ซึ่ง ก.สธ. เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีหลายส่วนที่เป็นข้อจำกัดส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชน ของท้องถิ่นจึงยังไม่ชัดเจนมากนัก อีกทั้งความชัดเจนในระดับของนโยบาย โดยเฉพาะทางการเมืองซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ปัญหาในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งยังไม่สามารถระบุได้ว่าปีแรกมีเป้าหมายอย่างไรตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ การดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่นกลายเป็นภารกิจหลักของท้องถิ่น แต่เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจฯ มาให้ท้องถิ่น โดยในช่วงแรกได้มีการถ่ายโอนภารกิจการดูแล

สุขภาพเบื้องต้นในระดับปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เน้นงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องการขาดการเตรียมความพร้อมในท้องถิ่น (งบประมาณ คน ระบบงาน) และการไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการถ่ายโอนภารกิจ ของทั้งหน่วยงานผู้รับโอนภารกิจ (ท้องถิ่น) มีหลายส่วนที่เป็นข้อจำกัด ส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงโยบายต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะเชิงโยบายต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือการแบ่งระดับ รพ.สต. และการออกแบบโครงสร้างและหน้าที่ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ บูรณาการการดำเนินร่วมกันใน 4 กระทรวง โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หากพื้นที่ใดมีความพร้อมและเข้มแข็งก็กระจายอำนาจออกไป โดยให้ท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ โดยปรับระบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น ให้ระบบบริการให้ใกล้ชิดกับประชาชน การนำเทคโนโลยีดิจิตัลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้ที่ครอบคลุมทั้งระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งสร้างระบบประเมินให้ Real time และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ประเมินให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ กรรภิรมย์ และคณะ (2560) พบว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ควรพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการมีความเชื่อมโยงกับสถานบริการทุกระดับ ระบบสารสนเทศใช้เครือข่ายออนไลน์ นิเทศงานด้วยการเยี่ยมเสริมพลัง บูรณาการงบประมาณทุกภาคส่วน แบ่งปันทรัพยากรระหว่างสถานบริการทุกระดับมีทีมนำที่มีสมรรถนะ

โดยได้เสนอแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและภาคเอกชน ดังนี้

1. เพิ่มศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น โครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน โครงการจัดทำคู่มือเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2. พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น โครงการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โครงการสรรหานักเรียนในพื้นที่เข้าสู่โครงการแพทย์คืนถิ่น โครงการสร้างสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและเป็น Happy work place

3. พัฒนาระบบสารสนเทศ การวิจัยและนวัตกรรมระบบปฐมภูมิ เช่น โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ

4. พัฒนากลไกและกระบวนการสร้างหลักธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบปฐมภูมิ เช่น โครงการบูรณาการงานสุขภาพปฐมภูมิเชื่อมโยงการทำงานกับกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โครงการบริหารจัดการการเงินการคลังในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

5. เสริมสร้างองค์ความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายและชุมชน เช่น โครงการขับเคลื่อนโดยทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เน้นจัดสภาพพื้นที่ จัดหาอุปกรณ์ดูแลสุขภาพให้ประชาชน โครงการส่งเสริมและสนับสนุนการบริหารจัดการและการจัดบริการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยึดประชาชนเป็นหลักสร้างให้ระบบสุขภาพชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข

1) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ควรจัดลำดับการพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิและกำหนดเป้าหมายในการวางยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนให้สอดรับกับบริบทของพื้นที่โดยดำเนินการกำหนดเป้าหมายทุกปี และทุก 5 ปี ถึงระยะ 20 ปี และควรพิจารณาพื้นที่เป็นหลัก

2) ควรพิจารณาบูรณาการการดำเนินร่วมกันใน 4 กระทรวง ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงพัฒนาสังคมฯ โดยกำหนดทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หากพื้นที่ใดมีความพร้อมและเข้มแข็งก็กระจายอำนาจออกไป โดยให้ท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

3) ด้านระบบบริหารจัดการ ในอนาคตกระทรวงสาธารณสุข ควรปรับบทบาทเป็นผู้กำกับดูแล (Regulator) และหน่วยบริการเป็นผู้ให้บริการ (Provider) ที่มีการบริหารจัดการเป็นอิสระหรือกระจายอำนาจในระดับเขต ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อ (Purchaser) และในส่วนของยุทธศาสตร์ปฐมภูมิควรพิจารณาให้มีความสอดคล้องทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ควรกระจายอำนาจงานปฐมภูมิให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมปรับระบบบริการให้ใกล้ชิดกับประชาชน เป็นระบบบริการที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น ยกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีการบริการจัดการแบบใหม่เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีการจัดสรรงบประมาณที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ควรนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้ประชาชนพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการและมุ่งเน้นให้บริการเชิงรุกถึงบ้านและชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่ง่ายที่สุดออกไปให้ประชาชน เพื่อให้ความรู้และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ พัฒนานวัตกรรมต่างๆ มาใช้ในการบริหารจัดการให้มากขึ้น เช่น การใช้

โปรแกรมในการปรึกษาแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของคนไข้ที่ครอบคลุมทั้งระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ "เปลี่ยนจาก Smart Hospital ให้เป็น Convenience Hospital" อีกทั้งสร้างระบบประเมินให้ทันเหตุการณ์ ไม่ยุ่งยากและเพิ่มภาระงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) ด้านโครงสร้างและพัฒนากำลังคน ควรพิจารณากำหนดโครงสร้างกรอบอัตรากำลังระบบบริการสาธารณสุขให้มีมาตรฐานเดียวกันใน อปท. และรพ.สต โดยออกแบบโครงสร้างและหน้าที่ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ อีกทั้งการพัฒนา อสม.ให้มีความเชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ รวมสรรพกำลังจากทุกหน่วยงานภาครัฐต้องบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

5.3.2 ข้อเสนอแนะต่อภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง

นอกจากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน สามารถบริหารจัดการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) หน่วยงานในพื้นที่เขตเมือง สามารถนำมาปรับวิธีการทำงานร่วมกับเอกชน ซึ่งควรศึกษาเชิงลึกในบริบทเขตเมืองที่แตกต่างออกไป ระหว่างระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ที่เป็นเมืองหลวงหรือมหานคร และเขตเมือง ในจังหวัดต่างๆ ควรพัฒนาศักยภาพคลินิกหมอครอบครัว โดยเฉพาะเขตเมืองกำหนดให้เป็นบทบาทของ สป.สช.และกทม. ให้การสนับสนุนแก่บุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย อีกทั้งส่วนที่สำคัญคือ ควรพิจารณาปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ข้อกำหนด ระเบียบต่างๆ เพื่อให้เอื้อต่อการจัดบริการการแพทย์ปฐมภูมิ และคลินิกหมอครอบครัวทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น เพิ่มสัดส่วนหมอครอบครัวมากขึ้นและสนับสนุนทุนการศึกษาให้กับนักเรียนในท้องถิ่น ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อกลับมาพัฒนาท้องถิ่น อีกทั้งควรเพิ่มหน่วยบริการด้านต่างๆ เพื่อรองรับการให้บริการที่ทั่วถึง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของสถานบริการด้านเอกชน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนเมืองและปรับระบบบริหารการกองทุน ของสป.สช. ให้เอื้อ และเป็นอิสระต่อการบริหารจัดการของ กทม. ในการจัดบริการสุขภาพ

2) กระทรวงแรงงาน ควรปรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้มีความเชื่อมโยงกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่สามารถทำให้ผู้ประกันตนซึ่งเป็นประชาชนส่วนหนึ่งที่เข้าไม่ถึงระบบสุขภาพปฐมภูมิ สามารถได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2560 โดยเฉพาะกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ.2548 เรื่องกำหนดสวัสดิการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสำหรับลูกจ้าง ซึ่งมีข้อจำกัดในการจัดบริการเน้นการรักษาพยาบาล แบ่งขนาดสถานประกอบกิจการและการให้บริการแต่ละระดับ โดยพิจารณาในขนาดมากกว่า 1,000 คน ควรมีสถานประกอบกิจการส่วนหนึ่งมีขนาดใหญ่มากมีลูกจ้างมากกว่า 10,000 คน ที่ควรจัดบริการใน

มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลลูกจ้างให้ทั่วถึงเท่าเทียมและองค์รวม ซึ่งควรมีการประสานนโยบายของหน่วยงานกลางระหว่างกระทรวง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกันของหน่วยงานในพื้นที่ ตลอดจนการมีระบบพี่เลี้ยงเพื่อบริหารจัดการในเขตพื้นที่ โดยการสร้างระบบบริการปฐมภูมิในโรงงานร่วมกับการสร้างเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งอาจจะขอให้โรงงานขนาดใหญ่เป็นพี่เลี้ยงดูงานขนาดเล็กๆ พร้อมกับมีการสนับสนุนจากภาครัฐ เป็นการสร้าง Work base services พร้อมกับสร้างความร่วมมือแบบประชารัฐระหว่างชุมชนและอุตสาหกรรมซึ่งจะทำให้อยู่ร่วมกันภายใต้กรอบการดูแลสุขภาพร่วมกันในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

2. ควรศึกษาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพปฐมภูมิ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และบาร์บาร่า สตาร์ฟิลด์. (2554). การบริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. 83(3).

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2555). **ความคิดเชิงอนาคต**. ซ็อคเซส มีเดีย: กรุงเทพมหานคร.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). **วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย**. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กรุงเทพฯ.

กรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ. (2558). **เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในกรอบสหประชาชาติ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2559, from https://www.mfa.go.th/th/content/5d5bcd6215e39c3060010516?cate=5d5bcb4e15e39c306000684f.

กิตติ กรรภิรมย์ และคณะ. (2560). ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ภายหลัง 5 ปี ด้วยการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ. **พุทธชินราชเวชสาร**. 34(3):294-306.

กองยุทธศาสตร์และแผน. (2561). **แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2**. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

____________________. (2561). **ระบบรายงานทรัพยากรสาธารณสุข**. กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

ตรัยมาส คงเรือง และคณะ. (2563). บทบาทในการร่วมขับเคลื่อนการจัดระบบสุขภาพระดับอำเภอของพยาบาลปฏิบัติการงานปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 12. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 40(4): 74-84.

ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ. (2559). **โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี.

บุษบา สงวนประสิทธิ์ และคณะ. (2562). ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ: การทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมเชิงบรรยายอย่างเป็นระบบ. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 20(3): 166-174.

ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ. (2556). **โครงการวิจัยแนวทางการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน และอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ และคณะ (2558). **ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม ฉบับปี 2558**. สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล: นครปฐม.

รวินันท์ ศิริกนกวิไล. (2546). พันธกิจในการสนับสนุนสถานบริการปฐมภูมิในอำเภอพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. 2545. **วารสารวิชาการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 1**. 5(2): 1-116.

รุ่งนภา พิมมะศรี. (2564). **20 ปี "บัตรทอง" อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2562. จาก https://www.prachachat.net/d-life/news-641182.

วริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ. (2560). การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 11(2): 221-237.

วิชัย เทียนถาวร. (2562). **3 ยุคสมัยการสาธารณสุขไทย**. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2562, จาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_125602.

นิศา ชูโต. (2551). **การวิจัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร : แม็ทส์ปอยท์.

สำเริง แหยงกระโทก. (2544). **การวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. สมบูรณ์การพิมพ์: กรุงเทพมหานคร.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2550). **สุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ: จากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่**. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ: นนทบุรี.

สุภางค์ จันทวานิช. (2551). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์ และชยภรณ์ ดีเอม. (2552). **การสำรวจข้อมูลการพัฒนาบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญา**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี.

สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์ และคณะ. (2555). ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง 14 ประเทศ. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 6(2): 144-155.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2558). **สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547-2558**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.): นนทบุรี.

โสภณ เมฆธน. (2559). **แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. เอกสารประกอบการบรรยาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

บรรณานุกรม (ต่อ)

สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ และพรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2561). การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย**. 8(2): 182-90.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). **ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2579**. โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: กรุงเทพฯ.

สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). **ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วย "การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561**. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมาษายน 2564, from สำนักนายกรัฐมนตรี: https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate1/view43.

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). **พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562**. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2562. จาก https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/new/phrarachbayyatirabbsukhphaphpthmphumiphs 2562.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2563). **โครงการวิจัยดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี.

ภาษาอังกฤษ

ALMA-ATA. (1978). **ALMA-ATA DECLARATION ON PRIMARY HEALTH CARE: 1978**. Retrieved Jan 2, 2020, from http://doh.hpc.go.th/data /HL/ AlmaAta Declaration_thai.pdf.

Creswell, J.W. (1998). **Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches**. California: Sage

Denzin, N.K. and Lincoln,Y. S. (2000a). **Introduction: the discipline and practice of qualitative research , The Sage Handbook of Qualitative Research 3rd ed.** California : Sage

Flick, U. (2007). **Designing Qualitative Research**. London: Sage.

Nelson, C.L, & Triechler, P.A. (1992). **Cultural Studies**. New York: Routledge.

Starfield Babara. (1998). **Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology**. Oxford University: U.S.A.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้ปฏิบัติ

คำชี้แจง

1. ทีมศึกษา มีความประสงค์จะขอทราบแนวคิดและมุมมองของท่านที่เป็นบุคคลสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำข้อเสนอ **การปฏิรูประบบสุขภาพ "คนไทยสุขภาพดีมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ** จึงขอโอกาสในการเข้าพบท่านเพื่อขอสัมภาษณ์และพูดคุยในเชิงวิชาการ โดยเป็นการทำงานตามหลักการทางวิชาการที่เน้นการปกป้องสิทธิของท่านในการเสนอข้อมูลและการใช้หลักการคุ้มครองแหล่งข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยและหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด
2. จะใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที หรืออย่างมากไม่เกินหนึ่งชั่วโมง โดยขออนุญาตบันทึกการสนทนาด้วยระบบการอัดเสียง เพื่อเป็นการบันทึกรายละเอียดอย่างละเอียดและรอบคอบ

นิยามสำคัญ

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึงและเป็นธรรม โดยดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ในลักษณะผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค และการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

1. ระบบปฐมภูมิ ในความคิดเห็นของท่านมีขอบเขตและครอบคลุมเพียงใดในการดำเนินงานให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี
2. ภาพรวมการพัฒนาระบบปฐมภูมิเพื่อสุขภาพของไทยในมุมมองและทัศนะของท่าน ในช่วงที่ผ่านมามีประเด็นแห่งความสำเร็จที่ท่านคิดว่าเป็นสิ่งที่น่าพอใจคือประเด็นใดบ้าง
3. ต่อประเด็นดังกล่าว มีประเด็นที่ยังเป็นจุดอ่อนหรือยังไม่บรรลุเป้าหมายคืออะไรบ้าง
4. จากช่องว่างดังกล่าว ท่านคิดว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อดำเนินการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นได้อย่างไร ด้วยวิธีการอย่างไรในเชิงยุทธศาสตร์ทั้งการวางแผนและการจัดการ
5. ระบบปฐมภูมิในภาพอนาคตของมุมมองของท่านมีภาพฝันอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่เป็นอิทธิพลสำคัญที่ส่งผลต่อระบบปฐมภูมิในทัศนะของท่าน
6. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ
7. ประเด็นทั่วๆไปที่อยากสะท้อนหรือเสนอแนะ โดยอิสระเพื่อการพัฒนาระบบปฐมภูมิของไทย

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group)

1. ระบบปฐมภูมิ ในความคิดเห็นของท่านมีขอบเขตและครอบคลุมเพียงใดในการดำเนินงานให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบปฐมภูมิคือประเด็นใดบ้าง
3. ปัญหา อุปสรรค ที่สำคัญต่อการดำเนินพัฒนาระบบปฐมภูมิคือประเด็นใดบ้าง
4. ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ