

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

PCU การปรับตัวของสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ : ในระยะเปลี่ยนผ่าน

PCUs : Adaptation of Primary Health Care Provider

ศุภชัย บุญอำพันธ์ อบ. GP, Family Med, MBA MPA ม.มหิดล.

Supachai Boon-amphan

ผบก.กระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพะเยา

ศูนย์สุขภาพชุมชน PCU เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดบริการ ตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพ ในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก มีระบบให้คำปรึกษาและส่งเสริมเพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทางกาย จิต สังคม ดดยประชาชนมีส่วนร่วม

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไป ต้องให้ความสนใจกับระบบการบริการประชาชนที่เป็นองค์รวม (Holistic) และผสมผสาน (Integrated) ตลอดจนจัดระดับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ (Primary care) ทุติยภูมิ (Secondary care) และตติยภูมิ (Tertiary care) นอกจากนี้จะต้องมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน (Continuity) และอาศัยองค์ความรู้ (knowledge Oriented) ศักยภาพ (Competency) และประสิทธิภาพ (Efficiency) ของสถานบริการสาธารณสุข ตลอดจนอาศัยบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และการทำงานประสานกัน นับตั้งแต่ปี 2540-2541 มีสัญญาณที่ดีอย่างต่อเนื่องจากภาคการเมืองและภาคประชาชนที่ช่วยผลักดันการปฏิรูประบบการเมือง การปกครองและระบบสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรม ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ตาม ม.52 และ ม.82 เห็นได้จากสัญญาณแรก รัฐบาลยุครัฐบาลชวน หลีกภัย ดำเนินการปฏิรูประบบ

ราชการ ในปี 2540 เพื่อมุ่งเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผล ตรวจสอบได้และโปร่งใส โดยพยายามปรับระบบบริหาร ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ลดขนาดองค์กรโดยลดจำนวนข้าราชการ และปรับบทบาทหน้าที่ของข้าราชการ สัญญาณที่สอง การกำหนด พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสัญญาณที่สามคือการที่กล่าวขานกันมากในวาระของรัฐบาลชุด พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร คือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและเท่าเทียมกันในอนาคต เป็นนโยบายที่ได้รับการตอบรับจากประชาชนทุกระดับ ให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดให้การบริการสุขภาพต้องครอบคลุมประชาชนทุกคน โดยเฉพาะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรคหรือการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยให้บริการทั้ง

กายและใจ สังคมและจิตวิทยามีการผสมผสานการให้บริการทุกระดับคุณภาพการ ให้บริการสุขภาพตามหลักการของอนามัยโลก ประกอบด้วยเกณฑ์ชี้วัด 4 ประการ คือ คุณภาพ (Quality) ความเหมาะสม (Relevance) ความเสมอภาค (Equity) และประสิทธิภาพ (Cost Effectiveness)

1. คุณภาพ (Quality) : ตัวชี้วัด

อัตราตายต่ำ

อัตราพิการต่ำ

ไม่ทรมาน (ทั้งที่รักษาได้/รักษาไม่ได้)

ความสะดวก

2. ความเหมาะสม (Relevance)

เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3. ความเสมอภาค (Equity)

ประชาชนทุกฐานะได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน
เดียวกัน

ประชาชนทุกฐานะมีโอกาสได้รับการเท่า
เทียมกัน

4. ประสิทธิภาพ (Cost Effectiveness)

ค่าใช้จ่ายเหมาะสมประโยชน์สูงสุด ประหยัด

จากบริการสุขภาพภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไปเช่นนี้
จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการของระบบบริการ
สุขภาพใหม่ (paradigm shift) หันมาสนใจกับระบบให้
บริการหรือระดับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยทั้งระดับปฐมภูมิ
(Primary care) ทติยภูมิ (Secondary care) และตติยภูมิ
(Tertiary care) ที่เป็นองค์รวม (Holistic) ความมีสมรรถ
ภาพ (Competency) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ของ
สถานบริการสาธารณสุขตลอดจนอาศัยบุคลากรสาธารณสุข
ที่มีคุณภาพ (Quality) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงาน
ประสานกัน (Coordination) อย่างเป็นระบบ

แนวโน้มต่อไปในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional
period) อาจสรุปในเชิงระบบได้ว่า ระบบบริการสุขภาพ

การวัดคุณภาพของการให้บริการสาธารณสุขตามหลักของ
องค์การอนามัยโลก (WHO)

ความเหมาะสม(Relevance)

สูงที่สุด (Highest)

สูงที่สุด (Highest)

คุณภาพ
(Quality)

ต่ำที่สุด (Lowest)

สูงที่สุด (Highest)

ความเสมอ
ภาค(Equity)

สูงที่สุด (Highest)

ประสิทธิภาพ(Cost Effectiveness)

ในระดับต่าง ๆ (1° 2° 3° Care) ควรจะต้องมีระบบบริหารจัดการ (Health care Management) และการให้บริการ (Health service) ที่อยู่ในระบบที่เชื่อมโยงกันทั้งระบบ (1° 2° 3° Care) ภายใต้การบริหารจัดการ หรือกำกับดูแลของท้องถิ่นในลักษณะคณะกรรมการไตรภาคีเรียกว่า คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) สถานบริการของรัฐทุกแห่ง ต้องพัฒนาตนเองมากขึ้นกว่าเดิมเพราะอนาคตงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ไม่ได้มาจากสำนักงานงบประมาณ แต่จะเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และจะเปิดโอกาสให้สถานบริการเอกชนเข้าร่วมในกระบวนการนี้โดยสมัครใจด้วย ประชาชนสามารถเลือกเข้ารับการรักษาในสถานบริการที่ตนเองต้องการ และกองทุนจะเป็นผู้จ่ายเงินให้ในฐานะผู้ซื้อบริการ (ในระยะแรก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นผู้ซื้อบริการ ดังนั้นทุกสถานบริการต้องแข่งขันกันเรื่องคุณภาพ การแข่งขันกันเช่นนี้จะเป็นปัจจัยให้สถานบริการของรัฐต้องพัฒนาองค์กรเพื่อให้องค์กรของตนเองอยู่รอด

มาตรการนี้จะช่วยให้สถานบริการต่าง ๆ สามารถก้าวพ้น ในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ จึงน่าจะเป็นการพัฒนาสถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) ในเชิงคุณภาพมากขึ้น เพราะในอดีตที่ผ่านมา เกิดการขยายจำนวนสถานบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน หรือคลินิกทั่วประเทศ อย่างไม่มีขอบเขต ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากขาดการพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ นั่นคือแม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ ประชาชนจำนวนมากยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ ซึ่งเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายครวละมาก ๆ โดยไม่จำเป็น นั่นหมายถึง ฐานความคิดที่ขยายการให้บริการสาธารณสุข อาจไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพอย่างแท้จริง และไม่สามารถจะสนองตอบซึ่งความต้องการของประชาชนโดยรวม เหตุผลหลักคือ ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล หรือทรัพยากรอื่น ๆ ย่อมมีจำกัด และแม้จะมีการขยายกรอบ

การให้บริการสาธารณสุขให้มีขนาดใหญ่มากขึ้น แต่ทว่าคุณภาพของบริการกลับไม่ได้รับการพัฒนาตนไปด้วย สถานบริการและประชาชนนั้นย่อมจะต้องได้รับผลกระทบอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้

สถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) หรือหน่วยบริการด้านแรก หรือหน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน ซึ่งประชาชนเข้าไปใช้บริการได้สะดวก เข้าถึงง่าย ต้องมีคุณลักษณะ 6 ประการ คือ

1. เป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Geographical Accessibility) และมีมาตรฐาน (Standard Care)
2. มีจำนวนประชากรรับผิดชอบจำนวนเหมาะสม
3. เป็นบริการที่ทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างเสมอภาค และเป็นธรรม
4. เป็นสถานบริการที่มีระบบบริการที่สัมพันธ์กับชุมชน เพื่อให้ฝ่ายผู้บริการและผู้รับบริการร่วมกันจัดระบบบริการที่สนองตอบความต้องการของประชาชน (Service Accessibility)
5. เป็นบริการที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing-care) นั่นหมายถึง การดูแลตั้งแต่เกิดจนถึงตาย ซึ่งจะเป็นการให้บริการที่ผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเป็นไปพร้อม ๆ กัน
6. ผู้ให้บริการต้องให้บริการ ที่มีทัศนคติ และพฤติกรรมบริการที่ดี (Excellence Service Behavior) และมีคุณภาพ (Quality care) คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ร่างกาย และจิตใจ ของประชาชน (Comprehensive care) ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความสามารถในหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของสถานบริการระดับปฐมภูมิ

1. เป็นที่ปรึกษา และให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่

ประชาชนในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้มีลักษณะดูแลตนเอง และครอบครัวได้จริงโดยเน้นให้ประยุตต์ปรับวิธีการดูแลได้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน

2. สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน ควบคุมโรคโดยประชาชน หรือชุมชนให้สอดคล้องกับ สภาพของประชาชนชนหรือชุมชนนั้น ๆ

3. รักษาพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ผลผสมผสาน และถ้ารักษาพยาบาลเองไม่ได้ ก็ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยหรือ ประสานผู้เกี่ยวข้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา และสถานการณ์ที่เหมาะสม เช่น โรคเรื้อรังที่ต้องดูแล อย่างต่อเนื่อง

4. ประสานบริการกับชุมชน และหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวข้อง ในการให้บริการผสมผสาน และการเข้าถึง บริการอย่างเป็นธรรม และเสมอภาค

5. สร้างฐานข้อมูลของประชาชนที่รับผิดชอบ เพื่อ เชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพทั้งภายใน และภายนอกชุมชน (Coordinated care)

6. สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน (Community Involvement) เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิในการดูแล ตนเอง และชุมชนของตนเอง อันจะช่วยส่งเสริมให้ ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง หรืออาจจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

การบริหารจัดการสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ยุคปัจจุบันการพัฒนาสถานบริการต้องหันมา พัฒนางานในเชิงการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยเน้น ความสำเร็จของงานเป็นที่ตั้งมากกว่าทรัพยากรที่ใช้ในการ ปฏิบัติงาน (Input) กระบวนการ (Process) วิธีการงาน (Method) และกิจกรรม (Activities) โดยให้ทุกส่วน กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงานและดัชนีวัด ผลงานที่เป็นรูปธรรม วิธีการวัด และกำหนดข้อตกลง ผลงาน (Performance Agreement) ไว้ล่วงหน้าเพื่อเป็น ฐานในการประเมินผลและจ่ายค่าตอบแทน กลวิธีหรือ

เทคนิค การบรรจุเป้าหมาย ต้องมีการออกแบบระบบที่ สำคัญ ดังนี้

1. ระบบข้อมูล มีการวางแผนการเก็บรวบรวม ข้อมูลไว้ประกอบการตัดสินใจการบริหาร เป็นข้อมูลเชิง ภูมิศาสตร์ (GIS) และคุณภาพ เช่น ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลที่ตั้งสถานบริการ, ข้อมูลค่าใช้จ่าย

2. ระบบการสื่อสาร มีการวางแผนการสื่อสาร ภายในหน่วยงาน การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การสื่อ สารระหว่างหน่วยราชการกับประชากรกลุ่มที่รับผิดชอบการ ถ่ายทอด และระบบเครือข่ายในการสื่อสาร

3. ระบบการตัดสินใจ สร้างมาตรฐานของระบบ การตัดสินใจ อาจพิจารณากระบวนการตัดสินใจทั้งในระดับ นโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยยึดเกณฑ์ด้านต่าง ๆ อาทิระบบการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว มีพื้น ฐานของข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการรองรับ ทันต่อ เหตุการณ์ เปิดกว้าง เน้นการมีส่วนร่วมกระจายการ ตัดสินใจ มุ่งสู่การบรรลุผล ลดความขัดแย้ง ผ่านการ ยอมรับของคณะกรรมการสุขภาพ (กสพ.) ระดับพื้นที่ (กสพ.) ประกอบด้วย ตัวแทนรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนประชาชน (ประชาคมผู้ทรงคุณวุฒิ) ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่าน การ ตัดสินใจจะต้องผ่านที่ประชุมกรรมการที่ปรึกษาที่มีโครงสร้างคล้าย กสพ. (Advisory board) ทำหน้าที่ให้ควา สเห็นชอบต่อประเด็นต่าง ๆ

4. ระบบการเงินการคลัง การจัดสรรเงินให้แก่ สถานบริการระดับปฐมภูมินั้น มีทางเลือกในการจัดสรร เงินหลายทางเลือก ดังนี้ (1) Main contractor ซึ่งเป็น สถานบริการระดับปฐมภูมิ รับเงินทั้งหมดตามรายตัว ประชากรที่รับผิดชอบ แล้วจ่ายเงินให้แก่สถานบริการ ระดับปฐมภูมิ (PCU) อื่น ๆ ที่ประชาชนในความรับ- รับผิดชอบไปใช้บริการหรือตามการส่งต่อ หรือ (2) ให้ Main contractor เป็นเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) โดยเครือข่ายจะรับเงินตามจำนวนประชากรที่ รับผิดชอบโดยเครือข่ายทั้งหมด แล้วนำเงินดังกล่าวมา

จัดสรรและใช้ภายในเครือข่าย ตามหลักเกณฑ์ของเครือข่าย เหมือนหนึ่งว่าเป็นสถานบริการเดียวกัน หรือ (3) ใช้การจัดการกองทุนระดับพื้นที่ หรือระดับจังหวัด (Provincial fund) เงินตามจำนวนประชากรในจังหวัด จะถูกจัดการและจัดสรรโดยกองทุนกลางระดับพื้นที่

5. ระบบการพัฒนาบุคลากร อาจพิจารณาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในกรอบของการพัฒนาบุคลากร เช่น การนิเทศงาน จริยธรรม ความรู้ ความสามารถ สมรรถนะ และทักษะในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบต่อนตนเอง และงานในหน้าที่ มาตรฐานการเลื่อนขั้น ระดับตำแหน่ง ทัศนคติ พฤติกรรมและจิตสำนึกในการบริการประชาชน และต้องมีกลไกการจัดการให้มีการกระจายบุคลากร ให้มาทำงานสถานบริการระดับปฐมภูมิ

6. ระบบการตรวจสอบ เน้นการตรวจสอบแผน และผลงาน การตรวจสอบงบประมาณ การตรวจสอบภายใน การรับเรื่องราวร้องเรียน การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตรวจสอบการดำเนินงานโดยตรง มีการกำหนดให้มีคณะกรรมการตรวจสอบในหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ถ่วงดุลให้มีระบบการทำงานที่ชัดเจนโปร่งใส

7. ระบบการมีส่วนร่วม เน้นมิติการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การร่วมวางแผนการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล

8. ระบบการบริการภาคเอกชน ควรเป็นระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ปราศจากการเลือกปฏิบัติ สนองความต้องการสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนผู้รับบริการ

9. ระบบการประเมินคุณภาพ ควรมีการประเมินรับรองคุณภาพสถานบริการระดับปฐมภูมิ และมีตัวชี้วัดความสำเร็จของงานที่ชัดเจน

10. ระบบวัฒนธรรมและจรรยาวิชาชีพ มีมาตรฐานเกี่ยวกับวัฒนธรรมการบริหารจัดการที่ดี สนองตอบความต้องการของประชาชน มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีมาตรฐานด้านวิชาชีพ ยึดมั่นในหลักการและมาตรฐานด้านวิชาการ การบริหารมีความเป็นมืออาชีพ

มาตรฐานขั้นต่ำในการเป็นหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ

1. ด้านที่ตั้งและประชากร

1.1 ประชากรรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คน ต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 สถานที่ตั้งของหน่วยให้บริการต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2. ชีพความสามารถ

2.1 มีการให้บริการที่ผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

2.2 บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

2.3 มีการตรวจขั้นพื้นฐาน ที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่น ที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว (ตามเกณฑ์มาตรฐาน)

2.4 มีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์

3. ด้านบุคลากร

ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน

3.1 มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่อง ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 1,250 คน โดยที่มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คนต่อประชากร 5,000 คน (อัตราส่วนนี้เป็นเฉพาะระยะแรก ในอนาคตควรพัฒนาให้มีบุคลากรในอัตราส่วน 1 : ประชากร 900 คน)

3.2 ในระยะแรก ให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื้อที่ในเวลาในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 10,000 ในอนาคตควรพัฒนาให้มีแพทย์มากขึ้นในอัตราส่วน

แพทย์ต่อประชากร 1 : 3,000 คน

3.3 ในพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มี
พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้
ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานอัตราส่วน
อย่างน้อย 1 : 1,000 ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์
รวมทั้งหมดไม่เกิน 1 : 20,000 คน

3.4 มีทันตแพทย์ ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 :
20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้
มีทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 20,000 ภายใต้
การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1 : 40,000 คน

4. ด้านการจัดการ

ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อ

4.1 ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ (เช่น
ระบบนัดหมาย การติดตาม จัดระบบข้อมูล)

4.2 ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว (เช่น ประชาชนได้
รับบริการภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมาถึงสถานพยาบาล)

4.3 ให้มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและ
สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

4.4 ให้มีระบบกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการ
ได้อย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

5. ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

5.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาลการ
ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟู
สุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการ
ติดเชื้อ (sterile system)

5.2 มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อ
ไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

5.3 มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาดปลอดภัย
และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

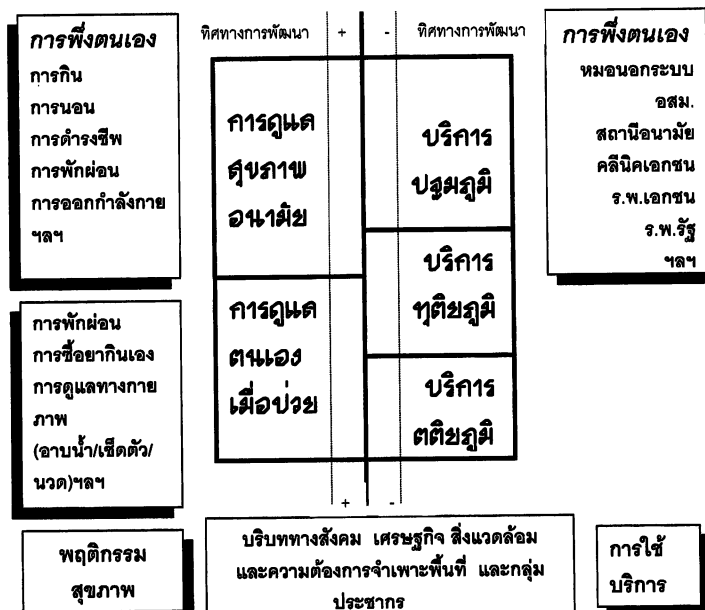
6. มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อ

กับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการ
และด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

• การดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

ประกอบด้วยการดูแลตนเอง และการใช้บริการ ซึ่ง
จะมีน้ำหนักต่างกันในบริบททางสังคมเศรษฐกิจ สิ่งแวด-

ดุลของการพึ่งตนเอง และพึ่งบริการ



ล้อม และความต้องการจำเพาะพื้นที่และกลุ่มประชากร

● **ทิศทางการพัฒนาการดูแลและแก้ไขปัญหา
สุขภาพอนามัย**

ย่อมต้องการให้ประชาชนดูแลตนเองได้มากขึ้น ทั้ง
ในช่วงการป่วยและไม่ป่วย โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ
อนามัย ที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นเป้าหมาย
สูงสุด ของการดูแลสุขภาพในขณะเดียวกัน ปริมาณของ
การใช้บริการจะลดลง เป็นผลให้โอกาสที่จะพัฒนาคุณ
ภาพบริการมีความเป็นไปได้ยิ่งขึ้น

● **การส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน**

จำเป็นต้องมีความเข้าใจวิถีชีวิตของประชาชนแต่ละ

กลุ่ม ในแต่ละพื้นที่จึงทำให้สามารถจัดกิจกรรมที่เหมาะสม
ต่อการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองอย่างได้ผล

● **การเรียนรู้วิถีชีวิตของประชาชน** เป็นเรื่องที่ต้อง
ทำโดยต่อเนื่อง ด้วยความเข้าใจถึงพฤติกรรมรวมทั้งที่
มาของพฤติกรรมในบริบทต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลง
ตลอดเวลา ความอยากรเรียนรู้ทักษะการศึกษาชุมชนของ
บุคลากรทางสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ จึงเป็นเงื่อนไข
สำคัญของความเข้าใจในวิถีชีวิตของประชาชนที่จะนำไปสู่
การดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้จริงใน PCU

สถานีอนามัย ท่าวังทอง กิ่งอำเภอภูพานยาว

แพทย์	ไม่ครบทุกวัน	
พยาบาลวิชาชีพ	1	คน
เจ้าพนักงาน	1	คน
ลูกจ้าง	1	คน

PCU เทศบาล อำเภอเมืองพะเยา

แพทย์	ไม่ครบทุกวัน	
พยาบาลวิชาชีพ	3	คน
เจ้าพนักงาน	1	คน
ลูกจ้าง	3	คน

**แมตริกซ์การประเมินปัจจัยภายนอก (External factor evaluation matrix
หรือ EFE) โอกาส (Opportunities) และ อุปสรรค (threats)**

สถานีอนามัยท่าวังทองกิ่งอำเภอภูพานยาว

โอกาส (Opportunities)

- รัฐบาลส่งเสริม
- กฎหมายประกันสุขภาพผ่าน
- มีแพทย์ไม่ครบทุกวัน

อุปสรรค (Threats)

- ยังไม่มีรูปแบบแน่นอนเนื่องจากเป็นโครงการใหม่
 - มีการต่อต้านจากบุคลากรทางการแพทย์
- เนื่องจากเป็นโครงการเร่งด่วน แต่ปัญหาในแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน
- งานเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีแรงกระตุ้นในทางด้านบวก
 - การเมื่อนานนโยบาย

PCU เทศบาล อำเภอเมืองพะเยา

โอกาส (Opportunities)

- รัฐบาลส่งเสริม
- กฎหมายประกันสุขภาพผ่าน
- มีแพทย์ไม่ครบทุกวัน

อุปสรรค (Threats)

- ยังไม่มีรูปแบบแน่นอนเนื่องจากเป็นโครงการใหม่
 - การต่อต้านจากเจ้าหน้าที่เนื่องจากมีงานเพิ่มขึ้น
 - ขาดการประสานงานที่ดีเนื่องจากอยู่คนละสาย
- บังคับบัญชาทำให้งานไม่เดิน เท่าที่ควร
- การเมื่อนานนโยบาย

**แมตริกซ์การประเมินปัจจัยภายใน (Internal factor evaluation matrix
หรือ IFE) จุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อน (Weakness)**

สถานีอนามัยท่าวังทองกิ่งอำเภอภูพานยาว

จุดแข็ง (Strength)

- เป็นข้าราชการสามารถบังคับได้
- มีความคุ้นเคยกับชาวบ้านและลักษณะงานคล้ายงานประจำเพียงแต่เขียนมาใหม่และเน้นให้มากขึ้น
- การเมืองเสริม
- ไม่กลัวขาดทุนรัฐบาลสนับสนุนเต็มที่

PCU เทศบาล อำเภอเมืองพะเยา

จุดแข็ง (Strength)

- เป็นการปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถบังคับได้
- ยกเว้นแพทย์ ทันตแพทย์ซึ่งยังไม่ได้ขึ้นกับเทศบาล
- บุคลากรมีมากกว่า
- การเมืองเสริม
- ไม่กลัวขาดทุน
- ไม่กลัวขาดทุนรัฐบาลสนับสนุนเต็มที่ และมีงบท้องถิ่นสนับสนุน

จุดอ่อน (Weakness)

- บุคลากรมีจำกัด
- เป็นข้าราชการ (Red tape)
- มีปัญหาเรื่องเงินทุนหมุนเวียนเนื่องจาก
เป็น Post-Paid
- Concept PCU ไม่ชัดเจน
- Data

จุดอ่อน (Weakness)

- เป็นองค์กรส่วนท้องถิ่นมีปัญหาเรื่องการ
ประสานงานในการทำงาน
- มีปัญหาเรื่อง Knowledge
- Concept PCU ไม่ชัดเจน
- Data

**จำนวนผู้มารับบริการศูนย์สุขภาพ
ชุมชนเทศบาลเมืองพะเยา
ปีงบประมาณ 2544-2545**

เดือน	ปี 2544	ปี 2545
ตุลาคม	676	780
พฤศจิกายน	878	1,177
ธันวาคม	766	999
มกราคม	863	1,301
กุมภาพันธ์	704	985
มีนาคม	834	925
เมษายน	697	850
พฤษภาคม	937	1,040
มิถุนายน	783	944
กรกฎาคม	769	1,059
สิงหาคม	865	1,074
กันยายน	890	1,577
รวม	9,662	12,711

**จำนวนผู้มารับบริการศูนย์สุขภาพ
ชุมชนตำบลท่าวังทอง
ปีงบประมาณ 2545**

เดือน	ปี 2544	ปี 2545
ตุลาคม	818	1,064
พฤศจิกายน	781	1,180
ธันวาคม	714	1,113
มกราคม	778	1,480
กุมภาพันธ์	991	1,140
มีนาคม	873	1,268
เมษายน	743	1,087
พฤษภาคม	888	1,201
มิถุนายน	1,025	1,136
กรกฎาคม	1,007	925
สิงหาคม	1,199	1,326
กันยายน	1,147	1,218
รวม	10,964	14,138

จำนวนผู้ป่วยในเวลาราชการในศูนย์สุขภาพ
ชุมชน ปีงบประมาณ 2544 ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล
9,662 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังทอง 10,964 คน

จำนวนผู้ป่วยในเวลาราชการในศูนย์สุขภาพ
ชุมชน ปีงบประมาณ 2545 ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล
12,711 คน ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังทอง 14,138 คน

จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2544
ของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งสองแห่ง (ก่อนและหลังจาก
มีศูนย์สุขภาพชุมชน) สรุปได้ดังนี้

ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล เพิ่มขึ้น 3,049 คน
คิดเป็น 31.6%

ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังทอง เพิ่มขึ้น 3,174 คน
คิดเป็น 28.9%

ตารางแสดงค่ารักษาพยาบาล ใน ปี 2544 และ
ปี 2545 ของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งสองแห่ง
(ก่อนและหลังจากมีศูนย์สุขภาพชุมชน)

ศูนย์สุขภาพ ชุมชน	ค่ารักษา พยาบาล ปี 2544	ค่ารักษา พยาบาล ปี 2545
เทศบาล	125,225 บาท	168,954 บาท
ท่าวังทอง	258,324 บาท	403,387 บาท

ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ
2544 และปี 2545 ของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งสองแห่ง
(ก่อนและหลังจากมีศูนย์สุขภาพชุมชน) สรุปได้ดังนี้

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล เพิ่มขึ้น 43,729 บาท คิดเป็น 34.92%
- ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังทอง เพิ่มขึ้น 145,063 บาท คิดเป็น 56.15%

หมายเหตุ***

(งบประมาณของเทศบาล จะมีงบหมุนเวียน คือ
เทศบาลมีงบสนับสนุนนอกเหนือจากที่รับเงิน UC เป็น
เงินสดหมุนเวียนได้ทันที ประมาณ 100,000 บาท

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

จากข้อมูลที่ได้จะพบว่า งบประมาณของศูนย์
สุขภาพชุมชนทั้งสองแห่ง ต่างเพิ่มขึ้น คือ ศูนย์สุขภาพ
ชุมชนเทศบาล เพิ่มขึ้น 34.92% ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล
ท่าวังทอง เพิ่ม 56.15%

สาเหตุที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลงบลงทุนและ
เงินเพิ่มไม่มาก เนื่องจากมีสถานที่พร้อม บุคลากรมีพร้อม
มีงบอุดหนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นคือเทศบาลเอง
ส่วนศูนย์สุขภาพชุมชนท่าวังทอง จะใช้งบลงทุนมาก คือ

ต้องจ้างคนเพิ่ม และต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งส่วน
มากจะไม่พร้อม

จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งสองแห่ง คือศูนย์สุขภาพ
ชุมชนท่าวังทอง เพิ่มขึ้น 28.9% ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศ-
บาล เพิ่มขึ้น 31.6% จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น
ไม่เป็นสัดส่วนกับเงินที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากตัวเลขที่ได้จากการ
วิเคราะห์น่าจะคาดการณ์ได้ว่า ในปีงบประมาณ 2546
งบประมาณจะไม่เพิ่มขึ้น เท่าปีที่ผ่านมา เนื่องจากงบลง
ทุนไม่มี แต่อาจจะเพิ่มขึ้นได้ถ้าหากว่า

- ไม่นั่นให้ผู้ป่วยรู้จักการรักษาและป้องกันตนเอง
ก่อนเจ็บป่วย รวมทั้งดูแลสุขภาพของตนเองในโรคที่สามารถ
ดูแลได้

- ให้คนไข้พบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วย ทั้ง ๆ ที่
บางครั้งไม่จำเป็นต้องพบแพทย์และถ้างบประมาณรวม
ทั้งผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในลักษณะนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาล
จะยังคงอยู่ได้เพราะมีงบสนับสนุนจากองค์การบริหาร
ส่วนท้องถิ่น แต่อาจมีปัญหาในระยะยาวตามมา

แต่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลท่าวังทองจะดำเนินการ
ต่อไปไม่ไหว เพราะต้องอาศัยงบประมาณจากทางรัฐบาล
ในการช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งจะทำให้สุขภาพของผู้ป่วย
ยึดติดกับการคลังของทางโรงพยาบาล ซึ่งที่กล่าวมาแล้ว
เป็นเพียงหนึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น ถ้าหากรวมทั้ง
ประเทศ จะต้องใช้งบมากขึ้น ซึ่งในสถานะเศรษฐกิจใน
ปัจจุบันไม่เอื้ออำนวย ทางรัฐบาลจะสามารถสนับสนุนได้
มากนักน้อยเพียงใด และนานแค่ไหน

ตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศ
สหรัฐอเมริกา ที่มีการจัดตั้ง หน่วยงาน HMO (Health
maintenance organization) ซึ่งจะดูแลในเรื่องของเงิน
ประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี รัฐบาลยังคงมีปัญหา
เรื่องการให้งบสนับสนุน

ดังนั้นในเรื่องของสุขภาพ แนวทางและนโยบาย
ควรต้องค่อยเป็นค่อยไป และน่าจะมีการนำเอาข้อคิด
ผลาดของประเทศที่มีการแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้มาปรับใช้
ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศ

ปัญหาในภาพรวมของสถานอนามัยและเทศบาล

- งบประมาณเนื่องจากเป็น Post -Paid ทำให้มีปัญหาในการบริหารจัดการในเรื่องเวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์
- เป็นโครงการนำร่องและเร่งด่วนซึ่งยังไม่ได้มีการเตรียมคนและงบประมาณในการรองรับ
- ความคาดหวังของผู้ป่วยสูง ซึ่งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์เปลี่ยนไปเป็นการซื้อขายและแลกเปลี่ยน
- เนื่องจาก พ.ร.บ. ประกันสุขภาพที่ออกมา ทำให้การดูแลก่อนการเจ็บป่วย กลายเป็นสิทธิของผู้ป่วย ไม่ใช่หน้าที่ของผู้ป่วยทำให้เป็นปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยถือว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลสุขภาพ

แนวทางแก้ไข

- ระบบการบริหารการเงินและงบประมาณ น่าจะเปลี่ยนแปลงเป็นระบบ CO-payment ถ้ารัฐบาลช่วยสนับสนุนทั้งหมดจะทำให้มีปัญหาตามมามากมายหลังได้
- ต้องมีการปรับระหว่างนักการเมืองกับผู้ปฏิบัติในเรื่องของ Concept ของ PCU เพื่อที่จะให้การปฏิบัติเป็นไปด้วยความราบรื่น
- ควรมุ่งเน้นงานโครงการที่เป็นปัญหาในพื้นที่นั้น ก่อน เนื่องจากว่าในแต่ละพื้นที่มีปัญหาแตกต่างกัน
- PCU ไม่ใช่ Concept ใหม่ ควรมีการมุ่งเน้นงานประจำที่มีอยู่เดิมให้เป็นไปในทางปฏิบัติมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีการมุ่งเน้นงานเอกสาร มากขึ้นเกือบ 50% ของงานทั้งหมด ทำให้มีเวลาที่จะทำงานด้านสุขภาพลดน้อยลง ซึ่งปัญหาไม่ได้อยู่ที่ระเบียบแต่อยู่ที่การบังคับใช้
- การนำโครงการต่าง ๆ เข้ามาจากที่อื่น เช่น ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรค่อยเป็นค่อยไปเนื่องจากโครงการต่าง ๆ ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ต้องผ่านการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข (Stage of development) ซึ่งถ้านำมาใช้โดยไม่ได้อำนาจปรับให้เข้ากับสถานะในประเทศ จะทำให้เกิดปัญหาตามมา ดังเช่นการเปลี่ยนจากประเทศ

เกษตรกรรม เป็นประเทศอุตสาหกรรม ต้องมีการนำเครื่องมือจากต่างประเทศมาใช้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษา ซ่อมแซม มลพิษต่าง ๆ ซึ่งต้องมีการนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการขาดดุล

สรุป

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของไทยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อที่จะทำให้โครงการต่าง ๆ ดำเนินการไปได้ทุกฝ่ายต้องเข้าร่วมปรึกษาหารือกันให้มากขึ้น เนื่องจาก การแก้ไขกฎหมายเป็นเรื่องที่ยาก ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ซึ่งจะรวมถึงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาคควรแก้ไขปัญหามารวม มากกว่าที่จะมุ่งเน้นทางด้านใดด้านหนึ่ง เนื่องจากปัญหาบางอย่างต้องแก้ไขร่วมกัน

สุดท้ายในการดำเนินงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ หรือภาคเอกชน ประชาชน นักการเมือง ควรเดินสายกลาง ซึ่งจะทำให้ทำงานได้อย่างมีความสุข งานจะดำเนินไปได้ด้วยดี และทุกฝ่ายควรฝึกการให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. นพ. สุรเกียรติ์ อาษานุกาญ (2544) : PARADIGM SHIFT IN HEALTH CARE เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว ครั้งที่ 29 โรงพยาบาลรามารักษ์ กรุงเทพมหานคร.
2. สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2544) : มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) : การจัดเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เล่มที่ 3 พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
4. นพ.วีระ อิงคภาสกร (2545) : โครงการฝึกอบรมสำหรับผู้บริหาร ในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน

ชนเขต 10 ปี 2545 5-7 สิงหาคม 2545 โรงแรม
โนโวเทล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
5. แพทยสภาสาร ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-

กันยายน 2545.
6. วารสาร HA & ISO ปีที่ 3 ฉบับที่ 17 ประจำเดือน
กันยายน-ตุลาคม 2545.