

# สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/ บริการด้านแรก

พญ.สุพัชรา ศรีวณิชชากร\*

บริการสาธารณสุขระดับต้นในประเทศไทยยังขาดแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจน มีความซ้ำซ้อนในบทบาทของบริการแต่ละระดับ สถานพยาบาลขนาดเล็กเช่นสถานอนามัยถูกกลืนเลย โรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนแพทย์ ระบบส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจในการไปใช้บริการ

## 1. ความหมาย/ลักษณะของหน่วยบริการ ด้านแรก/บริการระดับต้น/ปฐมภูมิ

ประชาชนในประเทศต่างๆที่พัฒนาแล้วมีความต้องการจากบริการระดับต้นในลักษณะที่คล้ายกัน ต้องการบริการที่เน้นในด้านต่อไปนี้<sup>1</sup>

1. เป็นบริการด้านแรก (first contact care)
2. เป็นบริการที่ต่อเนื่องระยะยาว (longitudinal care)
3. เป็นบริการที่กว้างขวางผสมผสาน (a broad and comprehensive range of response)
4. เป็นบริการที่ประสานบูรณาการ (co-ordination of service)

แต่ขอบเขตความสามารถของบริการระดับต้นจะเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการควรเป็นใครบ้าง ย่อมขึ้นกับระบบบริการสาธารณสุข และทรัพยากร ในแต่ละประเทศซึ่งมีความแตกต่างกันได้

จากการศึกษา<sup>2,3</sup> พบว่า ผู้ใช้บริการไทยเลือกใช้สถานบริการแห่งแรกเมื่อเจ็บป่วย ด้วยเหตุผลหลัก คือความสะดวก ใกล้บ้าน ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรง ต้องการให้บุคลากรมีการพูดจา สื่อสารดี

จากการประชุมระดมสมองโดยผู้เชี่ยวชาญที่สถาบันวิจัยสาธารณสุข<sup>4</sup> เสนอความเห็นต่อลักษณะ

ระบบบริการด้านแรก ในด้านต่างๆ ดังนี้

- **ด้านการเข้าถึง** ควรเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้สะดวก ราคาไม่แพง ไม่แออัด มีระบบนัดหมาย มีระบบส่งต่อ ให้บริการต่อเนื่องรวดเร็วถึงบ้าน หรือบริการที่ทำงาน
- **ด้านขอบเขตบริการ** ควรเป็นบริการที่ผสมผสานทั้งบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีบริการที่ต่อเนื่อง และสามารถส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น
- **คุณภาพบริการ** ต้องมีมาตรฐาน ควบคุมตรวจสอบได้สะดวก รวดเร็ว มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง
- **ด้านการเงิน** ควรแบ่งผู้ใช้เป็น 3 กลุ่ม ระดับคนจนรัฐควรดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ส่วนระดับคนชั้นกลางและคนรวยให้มีส่วนร่วมในการจ่าย อาจโดยระบบประกัน หรือการจ่ายโดยตรงบางส่วน
- **ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน** ผู้รับบริการและชุมชนควรมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ หรือแสดงความคิดเห็นร่วมในการจัดการ
- **ด้านการบริหารจัดการ** ต้องมีความคล่องตัวในการดำเนินงาน และการบริหารจัดการ
- **ผู้ให้บริการ** ควรเป็นบุคลากรหลายวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันเป็นทีมตามความเหมาะสม

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการวางโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข จัดแบ่งบทบาทของงานบริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับ ได้จัดวางให้สถานอนามัยทำหน้าที่เป็นบริการด่านแรกที่มีการดูแลประชากรรับผิดชอบในทุกด้านอย่างชัดเจน แต่ขณะเดียวกันก็ยังให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการในลักษณะบริการด่านแรกได้เช่นกัน ซึ่งมีทั้งที่เป็นการรับผิดชอบต่อประชากรทุกด้าน ทั้งรับ และรุกอย่างผสมผสานเพียงส่วนหนึ่งในพื้นที่ตำบลรับผิดชอบ นอกนั้นเป็นการตั้งรับ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องเป็นการส่งต่อมาจากสถานอนามัยทุกราย ด้วยเหตุที่จำนวนสถานพยาบาลกระจายไม่เพียงพอ และประชาชนเป็นผู้จ่ายค่าบริการเองเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนพอใจจะไปใช้บริการที่ใดก็ได้ ฉะนั้นจึงดูเหมือนว่างานของโรงพยาบาลไม่ว่าระดับใดก็จะทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด่านแรกด้วย แต่วิธีการดูแลงานบริการนี้จะแยกเป็นส่วนๆ ตามลักษณะบริการของโรงพยาบาลแห่งนั้นๆ เช่นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลใหญ่จะบริการการรักษาพยาบาลที่แยกเป็นสาขาเฉพาะทาง ส่วนงานชุมชนเป็นความรับผิดชอบต่อฝ่ายเวชกรรมสังคม แล้วใช้วิธีการประสานงานเท่าที่ทำได้ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนให้บริการรักษาพยาบาลในลักษณะเวชปฏิบัติทั่วไป แต่งานชุมชนก็เป็นความรับผิดชอบต่อฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายสุขภาพป้องกันโรค การประสานงานเพื่องานที่ผสมผสานในประชากรเป้าหมายเดียวกัน ขึ้นกับการประสานงานของแต่ละแห่ง ฉะนั้นลักษณะระบบบริการที่ให้บริการด่านแรกเช่นปัจจุบันนี้เป็นระบบที่เหมาะสมหรือไม่เป็นประเด็นที่ต้องมีการประเมินผลและทบทวนเพื่อการพัฒนาในอนาคต

ในส่วนสถานพยาบาลเอกชนนั้น ประชาชนใช้บริการนี้ในลักษณะเดียวกัน คือเป็นบริการด่านแรก ทั้งคลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน แต่รัฐบาลยังมิได้มีการวางระบบให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแล

ประชากรอย่างผสมผสานทุกด้าน ยกเว้นในโครงการประกันสังคมที่ได้เริ่มให้ทั้งรัฐและเอกชนมีส่วนในการให้บริการเช่นเดียวกัน แต่ก็รับผิดชอบเฉพาะการรักษาพยาบาล

ผลงานบริการของสถานพยาบาลในปัจจุบันเป็นลักษณะที่เน้นหนักทางด้าน การรักษาพยาบาลมากกว่าบริการอื่นๆ และมักเป็นการให้บริการเป็นครั้งๆ หรือเป็นบริการแบบเฉพาะหน้ามากกว่าการจัดระบบเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การดูแลทั้งครอบครัวหรือเป็นชุมชนยังดำเนินการได้น้อย อันพิจารณาได้จากระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบงานที่มักเน้นแต่งานบริการในสถานพยาบาลนั้นๆ ยกเว้นสถานอนามัยที่มีการวางระบบไว้เพื่องานนี้อย่างชัดเจน แต่มีปัญหาในด้านข้อจำกัดของขีดความสามารถในให้บริการของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลได้พยายามจัดบริการ ติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนเช่นกันในโครงการ home health care แต่ทำครอบคลุมประชากรได้น้อย อีกทั้งภาระงานรักษาพยาบาลอื่นๆ มาก

## 2. สถานการณ์ของสถานบริการด่านแรกในเขต กทม. และส่วนภูมิภาค

### 2.1 การขยายจำนวนสถานพยาบาลระดับต่างๆ

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4-7 ได้มีการเร่งขยายจำนวนสถานพยาบาลในพื้นที่ชนบทอย่างมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย ให้มีการจัดสร้างให้ครบทุกอำเภอ และทุกตำบล แต่ส่วนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาล มีแต่การขยายตึก และจำนวนเตียง รวมทั้งการปรับฐานะโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ภาพที่ 1 และ ภาพที่ 2 )

ในช่วงระยะปลายแผนพัฒนาฉบับที่ 7 เริ่มมีนโยบายให้มีการชลอการสร้างโรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยเพิ่มเติม เพราะมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ อีกทั้งจำนวนสถานพยาบาลเริ่มเพียงพอแล้ว แต่เน้นให้

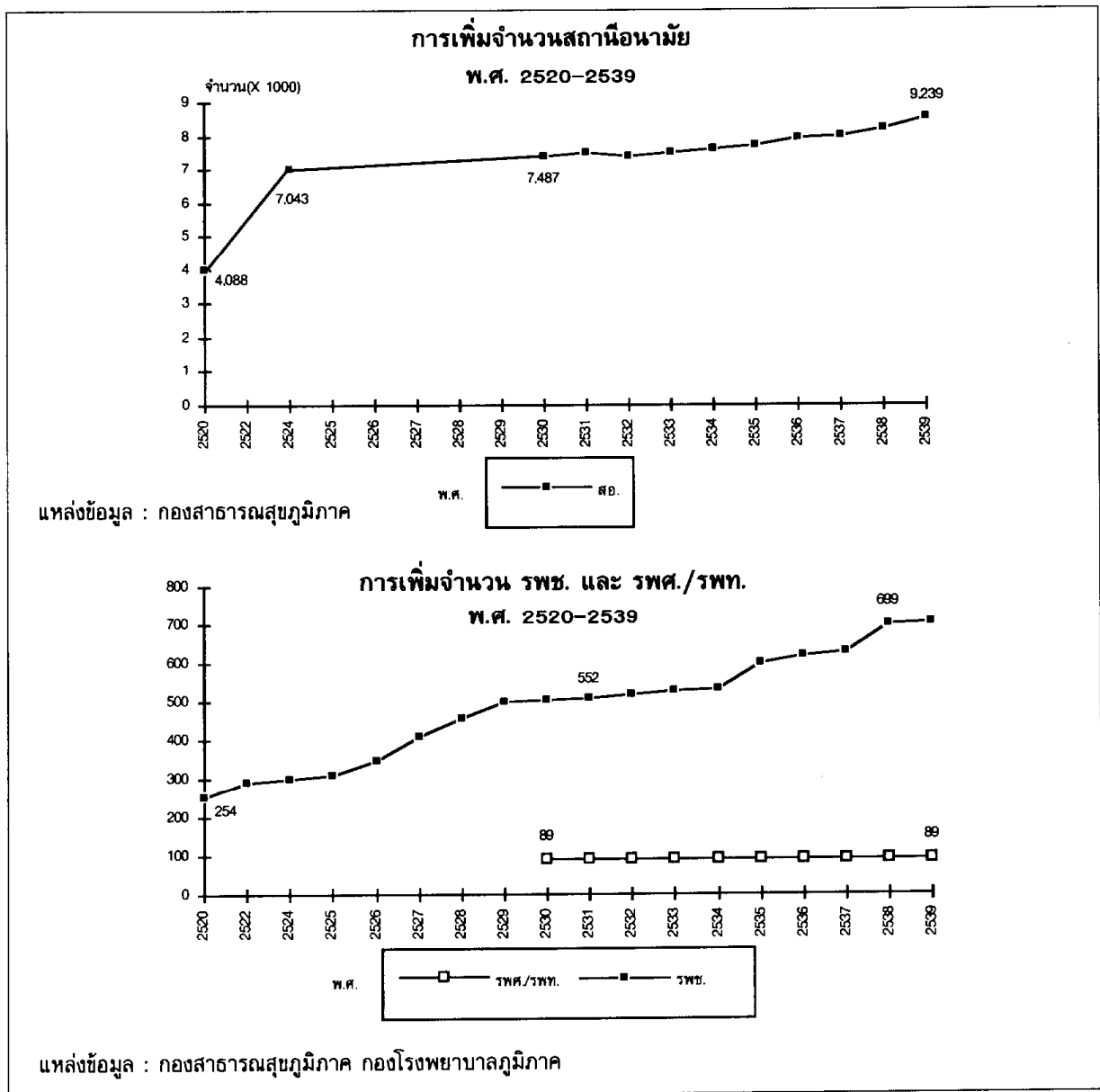
มีการพัฒนาด้านคุณภาพงานมากขึ้น

## 2.2 การกระจายของสถานพยาบาลระดับต้นในพื้นที่ต่างๆ

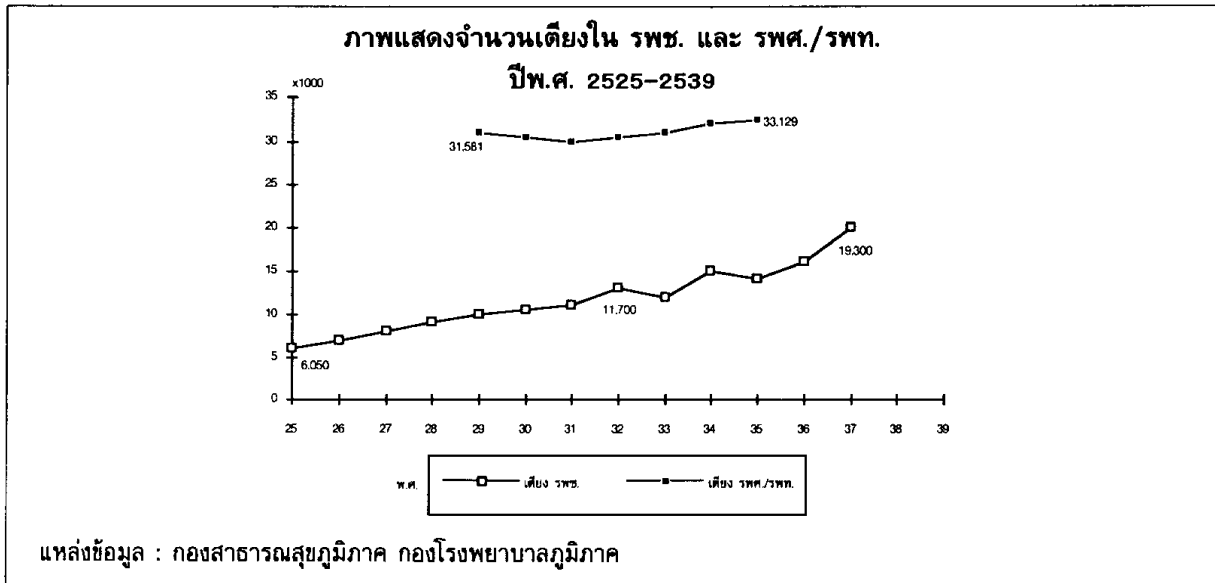
แม้ว่าจะมีการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมากดังแสดงในภาพข้างต้น แต่ก็ยังพบว่าประชาชนมีปัญหาการเข้าถึงบริการ เพราะการกระจายของสถานพยาบาลและคุณภาพของบริการไม่เท่าเทียมกันในพื้นที่ต่างๆ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนสถานพยาบาลลักษณะต่างๆ ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร เขตเทศบาล และเขตอำเภอที่ไม่มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพื้นที่ชนบท เนื่องจากข้อจำกัดของระบบข้อมูลที่มีในปัจจุบันจึงไม่สามารถแสดงข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันได้อย่างรอบด้าน และครบถ้วน บางข้อมูลต้องใช้การประมาณการ จากข้อมูลในตารางแสดงให้เห็นถึงลักษณะการกระจายของสถานพยาบาล และแพทย์ที่ไม่สม่ำเสมอ ปัญหาของบริการด่านแรกใน

ภาพที่ 1 แสดงการเพิ่มจำนวนสถานอนามัย รพช. และ รพศ./รพท.



ภาพที่ 2 แสดงการเพิ่มจำนวนเตียงใน รพช. และ รพศ./รพท.



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาล และแพทย์ในพื้นที่ต่างๆ

	กทม.	นอก กทม. ทั้งหมด	ในเขตเทศบาล	อำเภอที่ไม่มี รพศ./รพท.
ประชากร (สำมะโนทะเบียนราษฎร กลางปี ปี 35)	5,591,366	57,374,998	4,313,357	39,725,523 (ปี 39 กองสาธารณสุขภูมิภาค)
จำนวน ศบส.และสาขา (ปี 38)	325	135	135	-
		(เทศบาล ปี 35)		
จำนวน คลินิกเอกชน (ปี 36)	3,532	3,759	2,631	829
			(ประมาณการ 70% ของนอกกทม.)	(ประมาณการ 30%)
จำนวน รพ. เอกชน (ปี 36)	145	223	223	-
จำนวน รพ. รัฐอื่นๆ ที่มีใช้ รพช. และรพศ./รพท. (ปี 36)	40	54	na	na
จำนวน สถานีอนามัย (ปี 39)	-	9,239	-	9,239
จำนวน รพช. (ปี 39)	-	699	46	699
จำนวน รพศ./รพท. (ปี 39)	-	89	89	-
ประชากรต่อหน่วยบริการ (ไม่รวมคลินิก)	17,204	5,496	17,253	3,997
ประชากรต่อหน่วยบริการ (รวมคลินิก)	1,559	4,041	1,497	3,689
จำนวนแพทย์	6,191	7,443	3,247	1,653
(รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2536)			(เฉพาะในรพศ./รพท.)	(กองสาธารณสุขภูมิภาค)
ประชากรต่อแพทย์ 1 คน	903	7,708	1,324	24,032
			(เฉพาะแพทย์รพศ./รพท.)	

แต่ละพื้นที่มีลักษณะที่ต่างกัน กล่าวคือ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีสถานพยาบาลของรัฐที่ทำหน้าที่เป็นบริการด้านแรกโดยตรงจำนวนน้อย (เฉพาะศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.) ภาระดูแลประชากรสูงมาก และเมื่อรวมโรงพยาบาลต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านแรกด้วยก็ยังคงพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อสถานพยาบาลก็ยังคงสูง มีความแออัดมากในการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ยกเว้นแต่จะรวมให้คลินิกทำหน้าที่นี้ด้วย อัตราส่วนก็จะลดลงไปอย่างมาก ฉะนั้นประชาชนที่มีอำนาจการจ่ายด้านเศรษฐกิจย่อมจะไม่มีปัญหาเท่าผู้ยากจน ในขณะที่อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกทม. ต่ำกว่าพื้นที่อื่นมาก แต่ปัญหาคือแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง ที่ให้บริการในลักษณะเฉพาะทางมากกว่า ส่วนในพื้นที่ภูมิภาคนอกกทม.ทั้งหมด อัตราส่วนประชากรต่อหน่วยบริการน้อยกว่า แต่จำนวนแพทย์น้อยกว่ากทม. อย่างมาก โดยที่ในเขตเทศบาลมีลักษณะบริการคล้ายพื้นที่กทม. คือมีแพทย์มาก แต่ส่วนใหญ่ให้บริการแบบเฉพาะทาง หน่วยบริการรัฐน้อย ในขณะที่พื้นที่นอกเทศบาลมีความขาดแคลนแพทย์สูงมาก แต่แพทย์ให้บริการในลักษณะเวชปฏิบัติทั่วไป และพื้นที่นี้มีโครงสร้างหน่วยบริการด้านแรกโดยตรงคือ สถานีอนามัย จำนวนมาก อัตราส่วนประชากรต่อหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สูงมาก กล่าวคือมีโครงสร้างบริการดี แต่มีปัญหาด้านบุคลากร คุณภาพบริการขึ้นกับความสามารถของเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นหลัก และการเชื่อมต่อกับระบบงานในโรงพยาบาลชุมชน บทบาทคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่เหล่านี้มีผลกระทบน้อย

ฉะนั้นการจะแก้ปัญหา หรือยกระดับคุณภาพของบริการด้านแรกในพื้นที่ต่างๆ จึงควรที่จะมีกลวิธีที่แตกต่างกัน

### 2.3 แนวโน้มการกระจายของปริมาณงานบริการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ

ภาพที่ 3 แสดงการเพิ่มของปริมาณบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย รพช. และรพศ./รพท. พบว่าผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

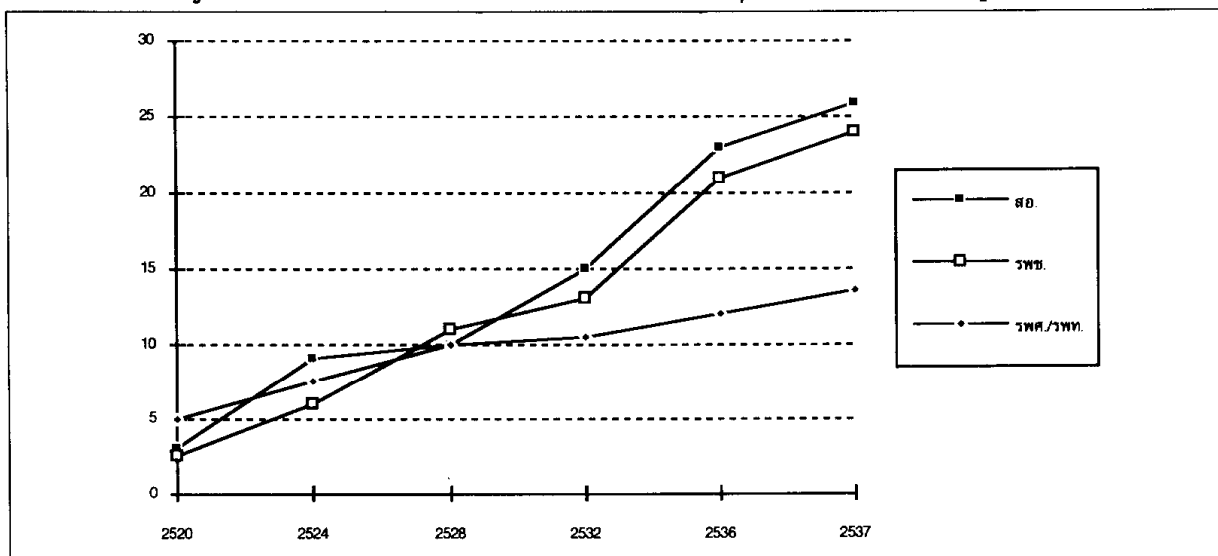
โดยบริการที่สถานีอนามัยมีปริมาณและอัตราการเพิ่มสูงที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนรพศ./รพท. มีอัตราการเพิ่มคงที่ สัดส่วนของผู้ป่วยมารับบริการที่ฐานสถานอนามัยเพิ่มมากขึ้นดังตารางที่ 2-3

ในด้านองค์ประกอบของการให้บริการ พบว่าบริการทุกประเภทมีปริมาณเพิ่มขึ้น ยกเว้นที่สถานีอนามัยที่ปริมาณการคลอลดลงอย่างมาก และไปเพิ่มที่โรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการคมนาคมที่ดีขึ้น ประชาชนมีความรู้และเศรษฐกิจดีขึ้นทำให้แสวงหาบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนก็เพิ่มขึ้นมาก หากมองภาพโดยรวมย่อมเห็นว่าปริมาณงานบริการเพิ่มที่โรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าสถานพยาบาลระดับอื่นๆ ในส่วนภูมิภาค

### 2.4 แนวโน้มการกระจายแพทย์ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ และสังกัดต่างๆ: ปัญหาหลัก คือการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

ควบคู่กับการเพิ่มขยายโรงพยาบาล ได้มีการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น และรัฐบาลได้พยายามหามาตรการที่จะทำให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในชนบทมากขึ้น โดยการบังคับให้แพทย์ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นระยะเวลา 2 ปี (ช่วง พ.ศ. 2516-2527) และ 3 ปี (ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527) ทำให้มีแพทย์กระจายไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนในชนบทเพิ่มขึ้นได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ก็มีกรไหลเวียนกลับของแพทย์ใช้ทุนมาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางพร้อมกับย้ายไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนในช่วงระยะ 5 ปีหลังนี้ค่อนข้างคงตัว และมีแนวโน้มลดลง ดังแสดงในภาพที่ 4 สัดส่วนของแพทย์ที่ใช้ทุนครบแล้ว และยังปฏิบัติงานที่รพช. มีแนวโน้มลดลงดังตารางที่ 4

ภาพที่ 3 ปริมาณผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป



ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของสัดส่วนปริมาณผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ

ปี พ.ศ.	สถานีอนามัย	รพช.	รพศ./รพท.
2520	29.40	24.17	46.43
2524	40.56	26.4	33.04
2529	35.84	37.86	30.30
2536	57.00	30.35	12.65

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการเพิ่มของบริการต่างๆ ของสถานพยาบาลระดับต่างๆ (ร้อยละ)

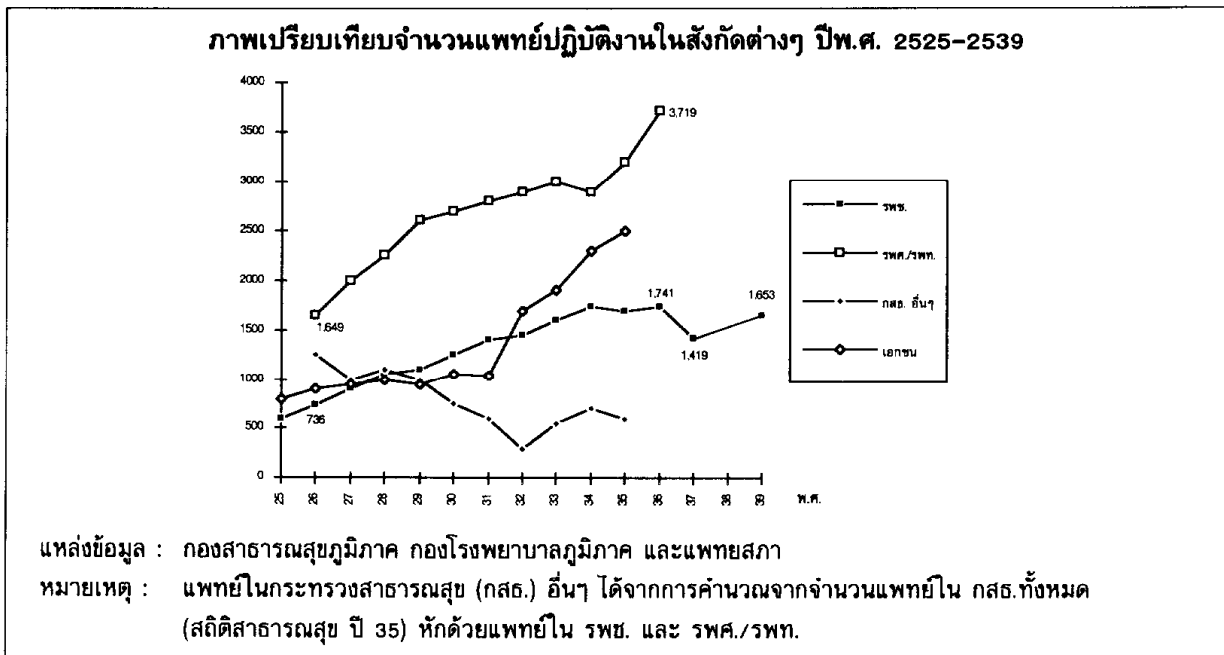
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	การผ่าตัด	การคลอด
สถานีอนามัย	67	-	-	ลดลงมาก
รพช.	82.1	21	49	111
รพศ./รพท.	21	17	31	12

แหล่งข้อมูล : นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย รายงานสถานการณ์และปัญหาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุข เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7

แม้ว่าจำนวนแพทย์รวมทั้งหมดของประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ปัญหาคือการกระจาย อันเป็นผลให้เกิดปรากฏการณ์คือ ภาระงานของแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนลดลงในระยะแรก แล้วกลับเพิ่มขึ้นใหม่ในช่วงระยะหลังนี้ อันพิจารณาจากอัตราเตียงต่อแพทย์ และประชากรต่อแพทย์ในพื้นที่อำเภอชนบทที่มีแต่โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยให้บริการ กลับเพิ่มขึ้นดังแสดงในตารางที่ 5

แม้ว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียงลดลง จากอัตรา 2,643 คนต่อเตียงในปี 2534 เป็น 1,537 คนต่อเตียงในปี 2539 ปริมาณบริการเพิ่มขึ้น ทรัพยากรงบประมาณ ทรัพยากรที่จัดสรรให้รพช.เพิ่มขึ้น ความขาดแคลนด้านวัสดุลดน้อยลงมาก บางแห่งอาจมีอย่างเหลือเฟือ<sup>5</sup> ดูเสมือนว่าสภาพการณ์ของระบบบริการจะดีขึ้น แต่ปัญหาใหญ่ที่พบคือความขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่รพช. และความต่อเนื่องของแพทย์ จากตารางจะเห็นว่า

ภาพที่ 4 แสดงการกระจายของแพทย์ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลในสังกัดต่างๆ



ตารางที่ 4 แสดงสัดส่วนแพทย์ใช้ทุนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2525-2539

พ.ศ.	แพทย์ รพช. ทั้งหมด	แพทย์ใช้ทุนหมดแล้ว		แพทย์ระหว่างการใช้ทุน		อื่นๆ	
	จำนวน	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
2525	628	175	27.87	453	72.13	-	-
2526	736	331	44.97	403	54.76	2	0.27
2527	934	377	40.36	552	59.10	5	0.53
2528	1,113	446	40.07	654	58.76	13	1.17
2529	1,182	527	44.58	652	55.61	3	0.25
2530	1,339	602	44.96	731	54.59	6	0.45
2539	1,653	661	39.99	992	60.01	-	-

แหล่งที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค

หมายเหตุ : อื่นๆ หมายถึง แพทย์ที่ไม่ทราบรุ่น และแพทย์จบจากต่างประเทศ

ในช่วงเวลา 6 ปีหลังนี้ ภาระงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่รพช. กลับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เพราะจำนวนแพทย์ที่กระจายไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลไม่เพิ่มขึ้น กลับลดลง มีการไหลเวียนตลอด ในขณะที่ประชากรมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีการขยายจำนวนเตียงของโรงพยาบาลในการให้บริการมากขึ้น

การไหลเวียนของแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่รพช.

เมื่อแพทย์จบใหม่ที่ปฏิบัติงานใช้ทุนระยะหนึ่งแล้วมักจะไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางประมาณร้อยละ 60 ภายใน 3 ปีหลังจบการศึกษา และสะสมเพิ่มเป็นร้อยละ 80 ในระยะ 5 ปีหลังจบ<sup>6</sup> สาขาวิชาของการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางนั้นแพทย์มักไม่นิยมศึกษาต่อในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งที่เป็นสาขาที่เห็นว่าสำคัญเป็นอันดับสองรองจากสาขาอายุรศาสตร์<sup>7</sup> หลังการ

สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด่านแรก

ตารางที่ 5 แสดงอัตราส่วนภาระงานของแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์ รพช.	เตียงต่อแพทย์ 1 คน	ประชากรต่อแพทย์
2534	1,751	8	21,870
2535	1,726	9	22,494
2536	1,741	10	22,604
2537	1,419	14	28,038
2538	1,706	13	23,838
2539	1,653 (ณ ก.ย. 39)	16	24,032

แหล่งข้อมูล : ใช้ข้อมูลประชากร และจำนวนเตียงจากเอกสารแผนกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในแผนฯ 8 กองสาธารณสุข ภูมิภาค

ตารางที่ 6 จำนวนแพทย์จากรพช., รพศ./รพท. ที่ลาศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ปีการศึกษา	สถานที่ปฏิบัติงานเดิม		สถานที่ปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษา		รวมจำนวนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละปีการศึกษา
	รพช.(คน)	รพศ./รพท.(คน)	รพช.(คน)	รพศ./รพท.(คน)	
2525	76	83	15	144	159
2526	77	108	11	174	185
2527	85	91	25	151	176
2528	85	81	26	140	166
2529	97	48	21	124	145
2530	94	120	32	182	214
2531	125	97	52	170	222
2532	149	88	55	182	237
2533	140	84	64	160	224
2534	156	119	49	226	275

ศึกษาต่อแล้วแพทย์กลุ่มนี้ส่วนใหญ่ก็จะไหลเวียนเข้ามาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลเอกชนในเมืองใหญ่ (ตารางที่ 6)

จากลักษณะข้างต้นแสดงให้เห็นว่าอัตราการไหลออกของแพทย์จากรพช. สูงกว่าการมีแพทย์กลับมาปฏิบัติงานที่รพช. แม้ว่าจะมีแพทย์จบใหม่เข้ามาปฏิบัติงานที่รพช.ทุกปี ปีละประมาณ 250-300 คน ทำให้อัตราการเพิ่มของแพทย์ที่รพช. เพิ่มขึ้นอย่างช้ามาก (ภาพที่ 4) โดยเฉพาะในสถานการณ์ช่วงระยะตั้งแต่ปี 2537 ที่มีโครงการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ใช้ทุนที่แพทย์

ต้องไปฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลใหญ่ก่อนเป็นเวลา 1 ปี ทำให้แพทย์มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนช้าลง และระยะเวลาสั้นลง (จาก 3 ปีเป็น 2 ปี) เมื่อครบระยะการใช้ทุน ก็จะไปศึกษาต่อ เป็นผลกระทบต่อภาวะขาดแคลนแพทย์ที่รพช. ส่งผลย้อนกลับให้แพทย์ที่กำลังปฏิบัติงานที่รพช. มีภาระงานหนักขึ้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้แพทย์ใช้ทุนโยกย้าย หรือไปศึกษาต่อเร็วกว่าเดิม ดังพิจารณาจากสัดส่วนแพทย์ใช้ทุนหมดแล้วที่ปฏิบัติงานที่รพช. ในปี 2539 เริ่มลดลงกว่าเดิม (ตารางที่ 4)



## 2.5 คุณภาพของบริการระดับต้นในสถานพยาบาลระดับต่างๆ

กระทรวงสาธารณสุขยังมีได้ดำเนินการประเมินด้านคุณภาพของบริการอย่างจริงจัง ในสภาพปัจจุบันการเปรียบเทียบคุณภาพบริการประเภทเดียวกันในสถานพยาบาลต่างๆ นั้นยังไม่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ชัดเจน พิจารณาได้เพียงองค์ประกอบของการให้บริการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ อันได้แก่ ความสามารถของผู้ให้บริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ ยา ที่ให้บริการ อีกทั้งระบบงานที่จัดขึ้นเพื่อให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องในการมารับบริการ กล่าวคือ สถานีนอนามัยซึ่งนับว่าเป็นสถานบริการระดับแรกที่กระจายในชนบทมากที่สุด ปัจจุบันมีแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการศึกษาฝึกอบรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียง 2 ปี ยาและอุปกรณ์ให้บริการมีจำกัด ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีผู้ให้บริการเป็นแพทย์ทั่วไป และพยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่า อุปกรณ์ค่อนข้างพร้อม ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้ให้บริการมีทั้งแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง บริการเป็นลักษณะแยกตามสาขาเฉพาะทาง มีบุคลากรมากแต่ก็มีบทบาทงานด้านอื่นนอกจากบริการระดับต้น ซึ่งอาจตอบไม่ได้ชัดเจนว่าแพทย์เฉพาะทางจะให้บริการปัญหาสุขภาพพื้นฐานได้ดีกว่าแพทย์ทั่วไปหรือไม่ หากเผชิญกับสถานการณ์ที่มีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมากเช่นเดียวกัน จนไม่อาจมีเวลาให้การดูแลที่ลึกซึ้งมีคุณภาพ อีกทั้งระบบงานที่จัดขึ้นเพื่อติดตามให้ผู้ป่วยบริการบางกลุ่มมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ให้บริการอย่างผสมผสานก็ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีผู้มารับบริการมาก และไม่มีโครงสร้างที่จะติดตามได้ ยกเว้นแต่ว่าระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปในขั้นนี้ดูเหมือนว่าบริการที่สถานื่อนามัยน่าจะมีความคุณภาพงานต่ำสุด เพราะความสามารถของบุคลากรต่ำกว่าระดับอื่นๆ ความพร้อมที่ถูกเตรียมในการให้บริการมีน้อยกว่า ทั้งที่สถานื่อนามัยเป็นโครงสร้างบริการที่จัดขึ้นเพื่อการบริการระดับแรกโดยเฉพาะ ใน

ขณะที่โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการที่ต้องรับภาระงานบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น แต่ก็ต้องรับภาระงานบริการด่านแรกจำนวนมาก เป็นการให้ทรัพยากรที่ไม่สอดคล้องและไม่มีประสิทธิภาพ แสดงถึงปัญหาทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องทบทวนกลวิธีการพัฒนาบริการระดับต่างๆ อย่างเร่งด่วน หากสถานื่อนามัยมิได้รับการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการด้านต่างๆ อย่างเป็นระบบและจริงจัง ค่อยๆ ปล่อยให้ตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ย่อมจะเกิดความสูญเสียทรัพยากรทั้งที่สถานื่อนามัย และที่โรงพยาบาล

อีกทั้งสถานการณ์ที่โรงพยาบาลชุมชน ต้องรับภาระงานบริการต่างๆ เพิ่มขึ้น แต่ปริมาณแพทย์เพิ่มขึ้นน้อยมาก มีอัตราการใช้เตียงสูง ไม่สามารถพัฒนางานอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพย่อมส่งผลกระทบต่อบริการระดับแรกในชนบทให้แยลง เพราะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการช่วยพัฒนาบริการที่สถานื่อนามัย และการพัฒนาระบบการส่งต่อ การบริการเบื้องต้นในพื้นที่ชนบททั้งหมด

## 3. สรุป ปัญหาอุปสรรค การพัฒนาบริการด่านแรก

- ความไม่ชัดเจนในเชิงแนวคิดกลวิธีเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการด่านแรก ที่ผ่านมานั้นแต่การให้บริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน และเป็นลักษณะตั้งรับมากกว่า การให้บริการผสมผสานเชิงสังคม ไม่ชัดเจนในการสร้างระบบการบริการที่ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน วิธีการทำงานที่เป็นลักษณะการทำตามกิจกรรมเป็นงานๆ เน้นที่การรายงาน มากกว่าการบริการผสมผสานโดยใช้ประชาชนเป้าหมายเป็นตัวตั้งการบริการ

- ความซ้ำซ้อนในบทบาทของบริการแต่ละระดับขาดจุดเน้น ทำให้บริการเป็นไปตามความต้องการของผู้ให้บริการ ข้ามเลยการพัฒนาบริการปฐมภูมิ/ด่านแรก เช่น บริการ OPD ที่มีได้รับดูแลให้เป็นบริการที่มีคุณภาพ

## สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด่านแรก

ส่วนสถานีอนามัย ก็ไม่มีแพทย์ หรือบุคลากรที่มีความชำนาญพอ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลก็ได้เน้นบริการ OPD แต่เน้นด้านสุขภาพมากกว่า บริการในภาคเอกชนก็ได้รับการดูแลให้มีคุณภาพ และยุติธรรมต่อผู้ใช้บริการ

- การขยายตัวของโรงพยาบาลใหญ่ ข้ามเลยบริการของสถานพยาบาลขนาดเล็ก เช่นสถานีอนามัย ทำให้ช่องว่างของคุณภาพบริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

- การขยายตัวของบริการเฉพาะทางอย่างไม่สมดุล โดยที่ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวไม่ได้รับการพัฒนาอย่างควบคู่ไปด้วย ทำให้เกิดความไม่เอียงของแพทย์ในการเป็นแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น เกิดภาวะขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ประชาชนพยายามจะข้ามไปใช้บริการเฉพาะทางมากขึ้น ทั้งที่ธรรมชาติความเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาพของประชาชนต้องการการบริการอย่างผสมผสานในลักษณะเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวมากกว่า

- การเชื่อมโยงระหว่างบริการเฉพาะทาง กับบริการพื้นฐาน ทั้งในด้านการพัฒนาความรู้ และการพัฒนาระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพพอ ทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจในการไปใช้บริการที่หน่วยบริการด่านแรก อีกทั้งหน่วยบริการด่านแรกโดยเฉพาะสถานีอนามัย และบริการในโรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- ในพื้นที่เขตเมืองขาดการพัฒนาโครงสร้างของหน่วยให้บริการด่านแรกที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานมากกว่า แยกส่วนเป็นเฉพาะทาง วิธีการให้บริการในโรงพยาบาลปัจจุบันไม่เอื้อต่อการให้บริการแบบผสมผสานที่มีคุณภาพ ในขณะที่ปัญหาหลักในการพัฒนาบริการในพื้นที่ชนบทคือคุณภาพและความสามารถของบุคลากรในการให้บริการที่สถานพยาบาลด่านแรก กลวิธีการพัฒนาบริการในพื้นที่ต่างกันไม่จำเป็นที่จะต้องเหมือนกัน ต้องอาศัยการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหาร ผู้วางแผนในระดับพื้นที่

- การไหลเวียนของบุคลากรในระบบบริการ

สาธารณสุขภาครัฐที่รวดเร็ว ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา ผู้บริหารหน่วยงานต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทั้งในระดับหน่วยงานบริหารสนับสนุนบริการในกระทรวงสาธารณสุข และในหน่วยงานบริการในพื้นที่ มีการเปลี่ยนนโยบายและวิธีการทำงานอยู่เสมอ ขาดแผนการพัฒนาและการติดตามผลการพัฒนาระบบบริการที่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหลักเชิงระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการแก้ปัญหาแบบไร้ทิศทาง และมีผลกระทบน้อย

## 4. สรุป

กล่าวโดยสรุป ระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการปฐมภูมิ/ด่านแรก/บริการเวชปฏิบัติครอบครัว เป็นบริการที่เป็นหัวใจสำคัญและเป็นฐานของการพัฒนาบริการที่ซับซ้อนในระดับที่สูงขึ้น หากบริการที่ระดับนี้อ่อนแอ ไม่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาสุขภาพของประชาชนจะทำได้ยากลำบาก และลงทุนใช้ทรัพยากรมาก ดังประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการในประเทศต่างๆ ที่พัฒนาแล้ว<sup>8,9</sup> สถานการณ์ของระบบบริการระดับต้นในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ยังอ่อนแอมาก แม้ว่ารัฐบาลไทยจะได้ลงทุนในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างมากในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งทำให้แก้ปัญหาสุขภาพเบื้องต้นที่เป็นปัญหาโรคติดต่อได้ดี แต่ยังไม่สามารถรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น ในลักษณะปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคตได้

## ข้อเสนอต่อการพัฒนา

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับต้นในประเทศไทยในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแนวคิดการจัดบริการใหม่ ปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการในการทำงานใหม่ การจัดการระบบการเงินการ

คลังใหม่ และต้องทำงานแบบมีแผนเป็นระบบต่อเนื่อง และเชื่อมโยงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในทุกกระดับ ไม่สามารถพัฒนาบริการระดับต้นโดดๆ โดยมิได้พิจารณา บริการสุขภาพในระดับที่ซับซ้อนหรือบริการเฉพาะทางได้ ควรมีระบบการกำกับ ส่งเสริมคุณภาพบริการ และ ต้องการความเป็นผู้นำของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการ นำการพัฒนาในระดับต่างๆ ตลอดจนสนับสนุนการ กระจายอำนาจทั้งด้านการเงิน การบริหารจัดการให้แก่ หน่วยงานส่วนปลาย และการกระจายอำนาจสู่ประชาชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Barbara Starfield. *Primary Care, Concept, Evaluation, and Policy*, 1992.
2. อรพันธ์ บุนนาค อัจฉรา เอนซ์. *การศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกรุงเทพมหานคร, การประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร, ก.ย. 2538.*
3. Sukulaya Khongsawatt et al. *Voice of customers: Patient perceptions of hospital services, Payment mechanisms: Efficiency and*

*quality of care in nine hospitals in Bangkok, Phase I.*

4. การประชุมระดมสมอง เรื่องการสร้างเสริมบริการด่านแรก ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วันที่ 5 พ.ย. 2539.
5. สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. *สถานการณ์และปัญหาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 แผนกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในแผนฯ 8. กองสาธารณสุขภูมิภาค.*
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. *2535 การศึกษาเรื่องอัตราการศึกษาต่อแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง.*
7. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สุพัตรา ศรีวณิชชากร. *ทัศนคติแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับการประกอบวิชาชีพแพทย์ 2539.*
8. John Fry, John Horder. *Primary care in International context.* 1994.
9. *The Reform of Health Care : A comparative analysis of seven OECD countries,* OECD 1992.

