

## ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

### ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์ และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

สุพัตรา ศรีวณิชชากร

#### ประเด็นที่น่าสนใจ

- ในประเทศไทยพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและมากที่สุด โดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย
- ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ความหนาแน่นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และความต้องการบริการที่ทันสมัยของประชาชน เป็นปัจจัยผลักดันการพัฒนาที่สำคัญ
- จากการศึกษาเปรียบเทียบในนานาประเทศพบว่าคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิมิมีผลต่อการเข้าถึง ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ
- การสนับสนุนบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ยังไม่เพียงพอหากพิจารณาจากอัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานีนอมนามัยของกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ลดลงจาก 1:1390 ในปี 2541 เป็น 1:1637 ในปี 2549 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด กสธ. ยังมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน
- แนวโน้มของการพัฒนาด้านบุคลากรคือ การเพิ่มแพทย์ พยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติเข้าไปมีส่วนร่วมมากขึ้น ในขณะที่ยังขาดทันตแพทย์และทันตภิบาล ซึ่งยังมีความท้าทายที่สำคัญ คือ การลาออกและผู้ที่จบการศึกษาใหม่ไม่นิยมและมีแนวโน้มถูกจำกัดไม่ให้เข้ามาทำงานในภาครัฐ รวมถึงความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจตามนโยบายกระจายอำนาจ
- ข้อมูลถึงปี 2547 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมียังประสบปัญหาขาดทุนอยู่บ้างทั้งที่สถานีนอมนามัย (15%) และโรงพยาบาลชุมชน (37%)
- ในเขตกรุงเทพมหานคร การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของระบบบริการปฐมภูมิยังทำได้ค่อนข้างจำกัด หน่วยบริการในระบบส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งมีข้อจำกัดที่ต้องปรับปรุงหลายประการ เช่น ภาพพจน์ ระยะเวลาารรับบริการ และคุณภาพบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง ระบบส่งต่อยุ่งยากขาดงบประมาณในการพัฒนาให้เกิดความคล่องตัว ตลอดจนการประชาสัมพันธ์
- หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมบริการได้มากขึ้น สอดคล้องกับค่านิยมคนเมือง ทั้งร้านยาและคลินิกเอกชน แต่ต้องการระบบในการจัดการที่ดีและคล่องตัว ตลอดจนการดูแลเรื่องความขัดแย้งผลประโยชน์ (Conflict of interest) ของบุคลากร รวมถึงระบบการส่งต่อ การดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและการกำกับดูแลคุณภาพ

#### 1. ความสำคัญ และบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อระบบบริการสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

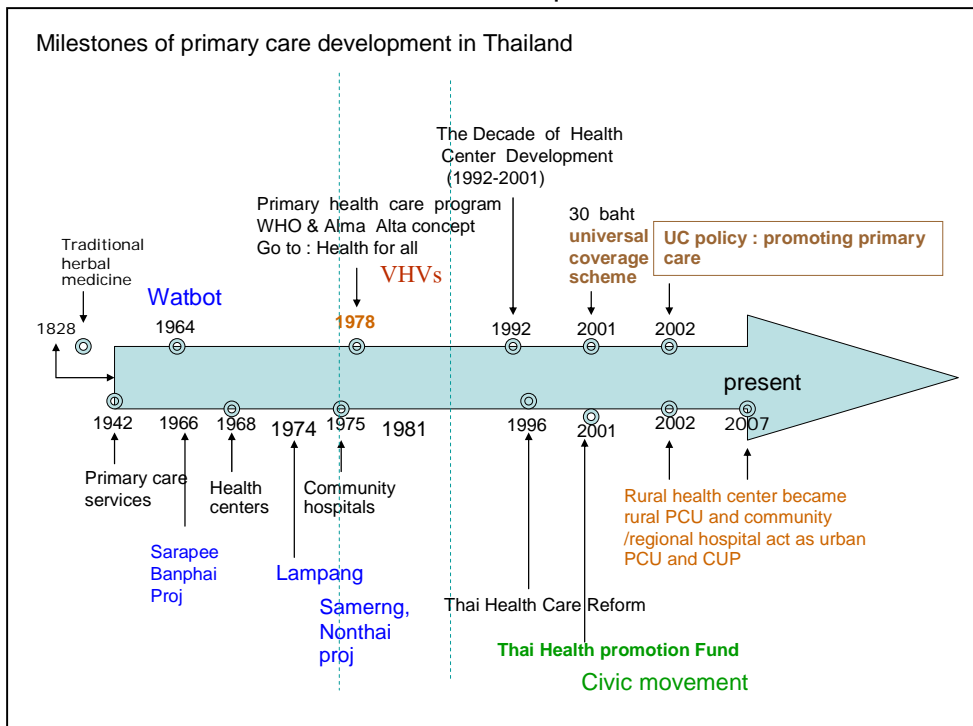
องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศที่อัลมาอัลตาให้ PHC เป็นหลักการ และกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้น การเข้าถึง เท่าเทียม ด้วยค่าใช้จ่ายและเทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งหมายรวมถึงการพัฒนาระบบ



บริการที่ใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน (WHO 1980) ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) จึงเป็นกลไกและกลยุทธ์ที่สำคัญส่วนหนึ่งภายใต้หลักการและแนวคิดของ Primary Health Care

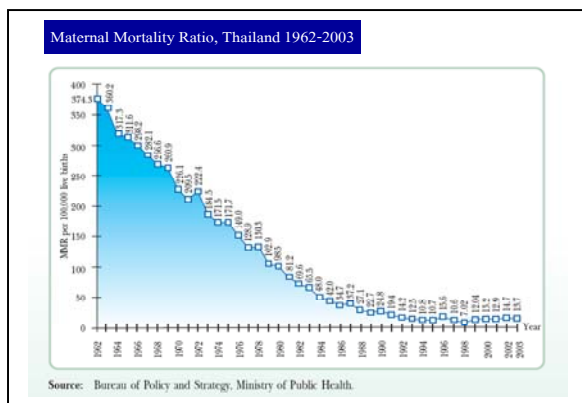
บทเรียนการพัฒนาในประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมาที่ได้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการ ได้ขยายและพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน อันได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน เป็นจำนวนมากอย่างครอบคลุม รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยวิธีการต่างๆ และการพัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข (ภาพที่ 1) เป็นผลให้ความครอบคลุมของบริการสุขภาพพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ได้แก่ ด้านอัตราการตายมารดาและทารกลดลง (ภาพที่ 2) รวมทั้งในระยะหลังหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ได้นำไปปรับใช้แปรออกมาเป็นกระบวนการพัฒนาที่เปลี่ยนไปทั้งในรูปกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบสุขภาพแห่งชาติ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาพ 1 วิวัฒนาการของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

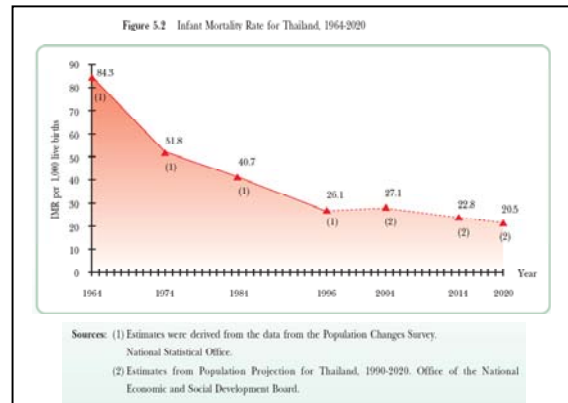


ภาพ 2 : ภาวะสุขภาพของประชาชน

อัตราการตายมารดา

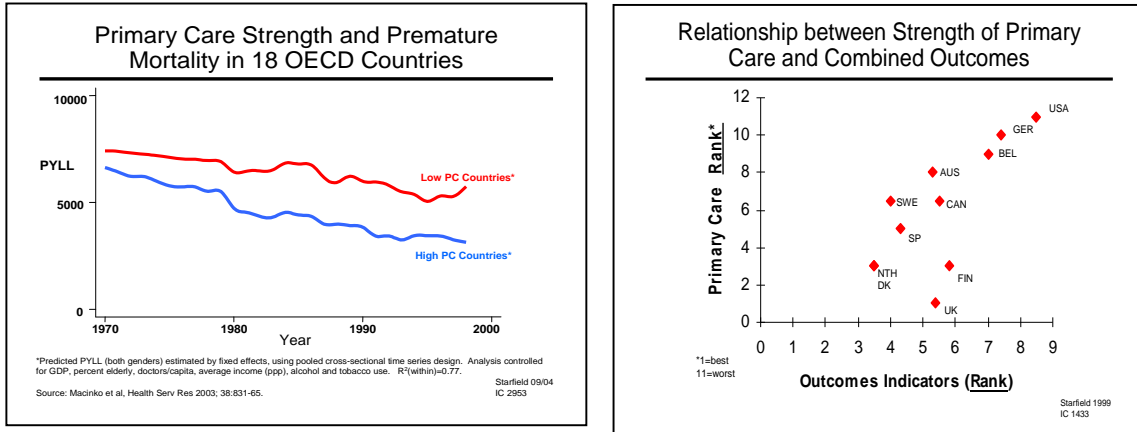


อัตราการตายทารก



จากการศึกษาเปรียบเทียบในนานาประเทศพบว่าคุณภาพของหน่วยปฐมภูมิ มีผลต่อการเข้าถึง ความเท่าเทียม และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ (Starfield 1998) ประเทศที่มีการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ และระบบนี้มีความเข้มแข็ง มีแนวโน้มที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่ำกว่า และผลลัพธ์สุขภาพดีกว่าประเทศที่ระบบบริการปฐมภูมิไม่เข้มแข็ง (ภาพ 3)

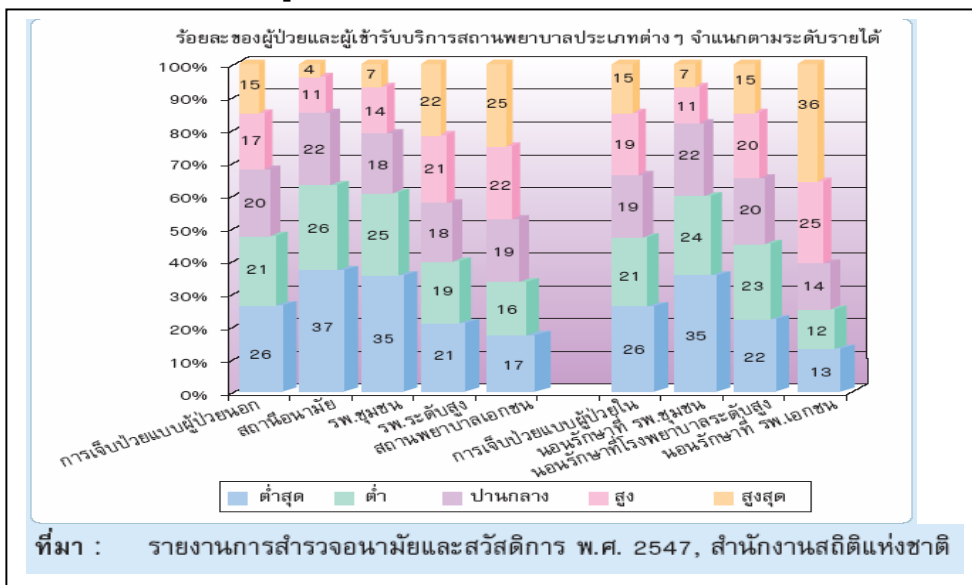
ภาพ 3



ในประเทศไทย ก็พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และได้มากที่สุด ดังพิจารณาจากผลการศึกษาที่พบว่าประชาชนผู้มีรายได้น้อยได้ใช้บริการ หรือเข้าถึงบริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐระดับสูง (ภาพที่ 4)

ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นฐานรากของระบบบริการสุขภาพที่ช่วยประกันให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นตามหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพ 4 สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)



สถานพยาบาลระดับต้นหรือ Primary Care Unit ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นด่านแรกที่เชื่อมระหว่างประชาชนและการดูแลสุขภาพขั้นสูงด้วยมืออาชีพ (Professional Care) เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการบริการสาธารณสุขในสัดส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับอื่นๆ (ทั้งจำนวนและความเจ็บไข้ได้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่ไม่รุนแรงและโรคที่เรื้อรัง) เป็นบริการที่ต่อเนื่องระยะยาวและรับผิดชอบทั้งขณะที่ป่วยและไม่ป่วย ทั้งต่อปัญหาของผู้ป่วยและของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นบริการที่กว้างขวางผสมผสาน มีลักษณะเป็นองค์รวม ใช้ความรู้ความสามารถหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง (Broad and Comprehensive Range of Responses) เช่น แพทย์ พยาบาล นักฟื้นฟูสุขภาพ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นบริการที่เป็นไปเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูร่างกาย โดยแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นขึ้นอยู่กับรากเหง้าทางประวัติศาสตร์ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของท้องถิ่น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2542)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญต่อระบบบริการปฐมภูมิ และได้ออกแบบระบบที่สัมพันธ์กับหน่วยนี้ อันได้แก่ ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการประจำที่ประชาชนขึ้นทะเบียน หรือเกณฑ์ของหน่วยบริการประจำที่จะขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องมีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการเป็นลักษณะเหมาะสมจ่ายต่อหัวประชากรซึ่งมีผลดีต่อการจัดบริการแบบผสมผสานโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ

## 2. ความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น

### ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม พฤติกรรม และวิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น

แนวโน้มสภาพปัญหาสุขภาพ มีลักษณะที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาทางสังคม มิใช่ปัจจัยทางการแพทย์เป็นหลัก ฉะนั้นการแก้ปัญหาเหล่านี้ได้มีแนวโน้มที่ต้องการหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน เข้าใจปัจจัยทางสังคมและอื่นๆ ที่เข้ามาเชื่อมโยงมากขึ้น โรงพยาบาลดำเนินการได้บางส่วนแต่ไม่เพียงพอ ต้องการหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ในการรองรับปัญหาพร้อมด้วยอย่างเป็นเครือข่ายจึงจะทำให้เกิดการ ระบบการดูแลที่มีคุณภาพ ทั้งถึง และเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น

### โรงพยาบาลใหญ่ แหน่นแออัด ให้บริการพื้นฐานได้ประสิทธิภาพต่ำ

เกือบทุกโรงพยาบาลในภาครัฐมีความแออัด ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล มาด้วยปัญหาที่สามารถดูแลได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่กลับไปแออัดที่ รพ.ใหญ่ และให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งไม่สอดคล้องกัน

### ประชาชนมีความต้องการบริการสุขภาพที่ทันสมัยมากขึ้น

สภาพที่การเดินทางสะดวก ข่าวดสารแพร่กระจายได้เร็วมากขึ้น ทำให้ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้รับข่าวสารที่ใกล้เคียงกัน ประชาชนต้องการได้รับการสุขภาพที่ทันสมัยเหมือนกับในเมือง และเมื่อการเดินทางสะดวก ประชาชนที่มีกำลังจ่ายได้ก็จะเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการที่ตนเองมั่นใจว่าจะให้บริการที่ดีกว่า ตามมุมมองของตน โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย

ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยที่กระทบให้หน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ต้องมีการพัฒนาให้มีขอบเขตการให้บริการที่มากขึ้นกว่าเดิม ทั้งบริการสุขภาพที่เป็นภาวะ acute และบริการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังมากขึ้น ต้องมีขอบเขตบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อสร้างให้เกิดศรัทธาของประชาชนต่อการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้หน่วยบริการต้องมีการปรับกระบวนการดำเนินงานสุขภาพที่เดิมเน้นเรื่องโรคติดต่อ แต่ต้องปรับให้มีการบริการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะที่กว้างขึ้น ดำเนินการเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิตปกติ เพื่อป้องกันปัญหาในด้านโรคไม่ติดต่อมากขึ้น



### 3. สถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาสถานอนามัย ให้ทำหน้าที่หน่วยบริการด่านแรกหรือหน่วยบริการปฐมภูมิของระบบบริการสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 30 ปี รวมทั้งการพัฒนาให้บริการบางส่วนของโรงพยาบาลร่วมทำหน้าที่ให้บริการด่านแรก หรือให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมির่วมด้วย จนกระทั่งไม่อาจแยกบริการปฐมภูมิกับบริการของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน

#### การกระจายและพัฒนาสถานอนามัยในประเทศไทย ก่อนระบบ UC

ประเทศไทยในระยะก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาและการลงทุนพัฒนาหน่วยบริการของภาครัฐจะดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข และเน้นการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนใหญ่ มีการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ มีบางส่วนที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัย และกระทรวงในสังกัดอื่นๆ แต่จำนวนไม่มาก โดยเฉพาะในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการลงทุนและพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก ซึ่งมีการเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 4-5 และมาเน้นการเพิ่มคุณภาพมากขึ้นในระยะหลังแผนฯ 5 แต่ก็มีการพัฒนาบริการเฉพาะทางอื่นๆ เพิ่มขึ้นมากด้วยเช่นกันในระยะแผนฯ 6-9 จึงทำให้สัดส่วนของการลงทุนขยายและพัฒนาสถานอนามัยดำเนินการไปในสัดส่วนที่น้อยและช้ากว่าการพัฒนาของโรงพยาบาล

จากข้อมูลย้อนหลังพบว่าแม้จำนวนสถานอนามัยจะเพิ่มขึ้นจาก 4,088 แห่ง ในปีพ.ศ.2522 เพิ่มขึ้นเป็น 6,992 แห่งในปี 2530, 9,810 แห่งในปี 2545 และ 9,762 แห่ง ในปี 2549 แต่สัดส่วนประชากรต่อสถานอนามัย จาก 1:10,064 ในปี 2522 เป็น 1:4,522, 1:4,872 และ 1:5,106 ในปี 2541, 2545 และ 2549 ตามลำดับ

จำนวนเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเพิ่มขึ้นจาก 14,341 คน ในปี 2530 เป็น 31,286 คน 28,835 คน และ 30,441 คน ในปี 2541, 2545 และ 2549 ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรที่เพิ่มขึ้นด้วย พบว่าสัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในระยะหลังกลับเพิ่มขึ้นจากเดิม จากปี 2541, 1:1390, ปี 2545, 1:1657; และปี 2549 1:1637, (การสาธารณสุขไทย, 2548-2550) ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคค่อนข้างน้อย

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลให้การสนับสนุนการพัฒนาสถานอนามัยโดยรวมในทุกภูมิภาคไม่เต็มที่ ไม่ทันกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา

#### หน่วยบริการปฐมภูมิในระยะที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดให้มีหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการในระบบ UC หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นหน่วยหลักในการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90, สปสช. 2549) และได้เปิดโอกาสให้หน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐทุกสังกัดและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 10) รวมทั้งการผูกเงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณเข้ากับการจัดบริการปฐมภูมิ จึงทำให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับความสนใจและให้ความสำคัญมากขึ้น



**ตาราง 1: หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

|                             | ปี 47     | ปี 49  |        |
|-----------------------------|-----------|--------|--------|
| สังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิ | จำนวน PCU | จำนวน  | ร้อยละ |
| ในสังกัดสำนักงานปลัดฯ       | 12,495    | 10,852 | 98.26  |
| นอกสังกัดสำนักงานปลัดฯ      | 5         | 5      | 0.05   |
| ภาครัฐนอกกระทรวง            | 134       | 72     | 0.65   |
| เอกชน/กาชาด                 | 129       | 116    | 1.04   |
| รวมทั้งหมด                  | 12,763    | 11,045 | 100.00 |

แหล่งข้อมูล สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานีนอมา้ย แต่ขณะเดียวกันคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมในระบบหลักประกัน เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกันแต่ยังมีสัดส่วนที่น้อย (ร้อยละ 1)

### หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีฐานเดิมจะปฏิรูปหรือปรับได้ชัดจะต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน ฉะนั้นโครงสร้างฐานเดิมของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน คือ สถานีนอมา้ยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งก็มีการพัฒนากระบวนการให้ขอบเขตบริการเพิ่มขึ้นด้วยความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้นใหม่ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดูแลโดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นๆ แต่จำนวนยังไม่มาก

สภาพการดำเนินงานหลังมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สะท้อนให้ระบบบริการปฐมภูมิมีการขยายตัวมากขึ้น มีหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสถานีนอมา้ยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิมากขึ้น

### ปัญหาสำคัญของคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ บุคลากรไม่เพียงพอ

จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ร้อยละ 70 ของพีซียูมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) (ข้อมูลสำนักตรวจราชการ 2547) และจากการสำรวจโดยสุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ (สค. 2547) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน และจำนวนบุคลากรโดยเฉลี่ยที่ สอ. คือ 2.9 คน

### ประเภทบุคลากรที่ให้บริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่ในสถานีนอมา้ยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีพื้นฐานการศึกษาในระดับอนุปริญญา มีพยาบาลวิชาชีพประมาณครึ่งหนึ่ง แต่หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มของประเภทบุคลากรที่มีมากขึ้น รวมทั้งการมีแพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เข้ามาร่วมให้บริการมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยทำให้คุณภาพ และบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านบริการดูแลสุขภาพขยายได้เพิ่มขึ้น แม้จะยังมีความขาดแคลนก็ตาม

บทบาทพยาบาล และพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งที่เข้ามามีส่วนในการพัฒนาบริการปฐมภูมิในด้านการ care การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น รวมทั้งขยายการบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องมีแพทย์ทั้งหมด แต่ในด้านทันตสาธารณสุขยังมีความขาดแคลนบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นทันตแพทย์และทันตภิบาล





### แนวโน้มสถานการณ์การผลิตและการย้ายออกของบุคลากรปฐมภูมิ

จำนวน พยาบาลผลิตปีละ 3000 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปีละ 800 คน แต่ในระยะหลังเริ่มไม่มีทุนการศึกษาตั้งแต่ ปี 2544 และเริ่มจบโดยไม่มีทุน ในปี 2547 ทำให้การรับบุคลากรเข้าทำงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุขลดลง เนื่องจากผู้จบแล้วไม่ได้ไปทำงานในระบบภาครัฐ รวมทั้งมีการลาออกจากระบบมากขึ้น จากข้อมูลเบื้องต้นในปี 2549 จากวิทยาลัยพยาบาลได้รู้หลังจบแล้ว มีผู้ที่แจ้งว่าไม่ไปไม่ไปทำงานราชการ 23 % (สพข. 2550: กำลังหาข้อมูลต่อเนื่องและชัดเจนมากขึ้น )

แนวโน้มที่ จนท.สร จะย้ายออกไปอยู่อบต.มีมากขึ้น มีการศึกษาที่พบว่าเจ้าหน้าที่ประสงค์จะย้ายออกไป 30% (นงลักษณ์ 2550) แต่ลาออกจริง หรือโอนย้ายไปเท่าไรยังไม่มีการศึกษา

จากสถานการณ์ที่ ก.พ. เข้มงวดในการเพิ่มอัตรากำลังของข้าราชการ ทำให้อัตราการเข้ามาทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่มีแนวโน้มบุคลากรย้ายออกเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นแนวโน้มที่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิจะเพิ่มขึ้นน้อย หรืออาจค่อยๆ ลดลงได้ในอนาคต หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นปัจจุบัน และไม่มีมาตรการอื่นแก้ไขเพิ่มเติม

ปัจจุบันมีแนวโน้มที่ร่วมมือกับอปท.ในการผลิตบุคลากรและจ้างงานบุคลากรเพื่อการให้บริการสาธารณสุขในสาขาสาธารณสุข และพยาบาล แต่ก็ยังติดขัดบ้างในเรื่องระเบียบ การจัดการสนับสนุนงบประมาณ และตำแหน่งที่รองรับเมื่อจบการศึกษาแล้ว

การคงอยู่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้นาน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสภาพแวดล้อมการทำงาน การได้รับความยอมรับจากชุมชน การได้รับความช่วยเหลือจาก อสม. ท้องถิ่น ความลงตัวในด้านครอบครัว พยาบาลที่อยู่สอ. และยังคงอยู่ต่อ เพราะมีอิสระจากการทำงาน ได้รับการยอมรับจากชุมชน การสนับสนุนจากอำเภอ ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ดี (นงลักษณ์ 2550)

### งบประมาณที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับในลักษณะต่าง ๆ

สถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ/พีซียูที่เป็นสถานอนามัยส่วนใหญ่มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น (ดังตาราง 8) เจ้าหน้าที่สถานอนามัยได้รับค่าตอบแทนสูงขึ้น (แต่ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่สอ.ก็ยิ่งเห็นว่าค่าตอบแทนน้อยกว่า รพ. และงบประมาณที่จัดสรรลงถึงปลายทางยังน้อย) แต่พีซียูที่เป็น รพช. มีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้น และลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของสถานการณ์เงินบำรุงลดลงในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการตัดเงินเดือนรวมในระดับประเทศ

ตาราง 13 : แสดงสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เป็นพีซียู คู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ

หน่วย: ร้อยละ

| สถานการณ์                 | พีซียู สอ. |         |         | พีซียู รพช. |         |         |
|---------------------------|------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
|                           | ปี 2545    | ปี 2546 | ปี 2547 | ปี 2545     | ปี 2546 | ปี 2547 |
| จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)      | (379)      | (406)   | (432)   | (67)        | (66)    | (73)    |
| รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม   | 30.3       | 29.3    | 27.8    | 17.9        | 16.7    | 15.1    |
| เงินเพิ่มจนจ้างบุคลากรได้ | 46.7       | 47.8    | 47.9    | 34.3        | 24.2    | 24.7    |
| รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม  | 7.9        | 3.9     | 3.5     | 10.4        | 9.1     | 6.8     |
| เงินลดลงแต่ไม่กระทบ       | 4.5        | 7.6     | 5.3     | 14.9        | 15.2    | 16.4    |



| สถานการณ์           | พีซียู สอ. |         |         | พีซียู รพช. |         |         |
|---------------------|------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
|                     | ปี 2545    | ปี 2546 | ปี 2547 | ปี 2545     | ปี 2546 | ปี 2547 |
| เงินลดลงจนมีผลกระทบ | 10.6       | 11.3    | 15.5    | 22.4        | 34.8    | 37.0    |
| รวม                 | 100.0      | 100.0   | 100.0   | 100.0       | 100.0   | 100.0   |

การที่สอ. หรือ พีซียู ประเภทต่างๆ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากระบบ UC รวมทั้งการที่ สอ. เป็นเครือข่ายร่วมกับ รพ. ทำให้มีเจ้าหน้าที่ลงไปเสริมมากขึ้น และได้รับเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ เพราะ รพ. เห็นว่าเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน ฉะนั้นหากตัดขาดให้ สอ. เป็นอิสระไม่เกี่ยวข้องกับ รพ. เลย ก็อาจจะทำให้โอกาสที่จะมีเจ้าหน้าที่ลงไปทำงานที่สอ.ทำได้ยากขึ้น

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนเห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากร แต่ขอให้มีการพิจารณากรณีประชากรน้อย พื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน และขอให้มีงบลงที่สอ. โดยตรงตั้งแต่ต้นปี ไม่ต้องรอการเขียนโครงการ และรอการอนุมัติจาก รพ. (ในขณะที่ รพ. ก็เห็นว่าถ้าเงินลงตรงที่ สอ. ก็ทำให้ รพ. ลงไปร่วมจัดการบริหารไม่ได้มาก พัฒนาอะไรได้ยาก)

#### บทบาทและคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยปฐมภูมิปัจจุบัน มีบทบาทในด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น แต่บทบาทในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ลดลงเนื่องจากประชาชนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น บทบาทในด้านจัดการสิ่งแวดล้อมลดลงเนื่องจาก อบต. เข้ามามีบทบาทมากขึ้น มีบทบาทในการประสานเพื่อการพัฒนาในระดับชุมชนร่วมกับหน่วยงานรัฐอื่นๆ มากขึ้น เนื่องจากเป็นหน่วยงานรัฐที่อยู่ระดับปลายมากที่สุด ร่วมกับโรงเรียน บทบาทในด้านการรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยยังคงเป็นบทบาทหลัก แต่จำนวนผู้รับบริการมากน้อยเพียงใดขึ้นกับที่ตั้งของสถานีอนามัย และชุมชนนั้นๆ มีโรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงหรือไม่ บทบาทในด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามประสานในชุมชน การป้องกันควบคุมโรคยังเป็นบทบาทหลักของหน่วยบริการระดับนี้ แต่ส่วนใหญ่จะดำเนินการภายใต้การทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งก็มีผลทำให้งานได้ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น

ในด้านบริการผู้ป่วยเรื้อรังนั้น พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดให้บริการเป็นเครือข่ายร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเชื่อมประสานกันได้ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น และคุณภาพการควบคุมโรคดีขึ้นจากเดิม ในหลายพื้นที่ดังเช่นกรณีตัวอย่างการจัดระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รพ. พุทธชินราช ที่หลังการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นเครือข่ายร่วมให้บริการ พบว่าคุณภาพบริการดีขึ้น ดังตัวชี้วัดในตาราง 14 (รพ. พุทธชินราช 2549)

**ตาราง 14: เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน**

|  | ก่อน                         | หลัง                         |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ตัวชี้วัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน | 2548<br>(1123 ราย)<br>ร้อยละ | 2549<br>(2024 ราย)<br>ร้อยละ |
| ได้รับการการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์         | 78.6                         | 98.9                         |
| ประชากรได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน | 60.2                         | 80.2                         |





|   | ก่อน                         | หลัง                         |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ตัวชี้วัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน            | 2548<br>(1123 ราย)<br>ร้อยละ | 2549<br>(2024 ราย)<br>ร้อยละ |
| ประชาชนได้รับความรู้ในการจัดการกับความเสี่ยง        | 50.6                         | 88                           |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่ admit เกี่ยวกับเบาหวานรอบ 1 ปี    | 1.4                          | 1.1                          |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hba1c <7                        | 11.2                         | 21                           |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่มี Hba1c 7 -8                      | 23.8                         | 21.5                         |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่เลิกสูบบุหรี่                      | 38.5                         | 64                           |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่เลิกทานเหล้า                       | 32.6                         | 34.7                         |
| ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า                       | 1.1                          | 1                            |
| ผู้ป่วยที่คุมได้จากการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย | 9.9                          | 15.4                         |

### หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีหน่วยให้บริการสุขภาพจำนวน หลากหลาย แต่ยังไม่ครอบคลุมการให้บริการแก่ ประชากรอย่างทั่วถึง และยังขาดการจัดการ ที่เป็นเอกภาพ โครงสร้างการให้บริการสุขภาพจะแตกต่างจากส่วนภูมิภาค หน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันก็มีบริการปฐมภูมิโดยหน่วยบริการของรัฐอื่นๆ ทั้งที่เป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัด สาธารณสุข ในรูปของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล และคลินิกเอกชน ร้านยา แต่ที่ดำเนินการภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนไม่มาก ครอบคลุมประชากรได้ไม่ทั่วถึง แต่ละหน่วยดูแลประชากรจำนวนมาก รวมทั้ง มีข้อจำกัดในการจัดระบบให้เป็นบริการที่ผสมผสาน และเป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของ ระบบบริการปฐมภูมิทำได้ค่อนข้างจำกัด

### ตาราง 15 : จำนวนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน จำแนกตามพื้นที่เขตของกรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ.2547

|                     | จำนวน ประชากร | ภาคเอกชน               |                             |         | ภาครัฐ              |   |            | รวม ทั้งหมด |
|---------------------|---------------|------------------------|-----------------------------|---------|---------------------|---|------------|-------------|
|                     |               | รพ. เอกชน <sup>1</sup> | คลินิกเวช กรรม <sup>1</sup> | รวม     | รพ.รัฐ <sup>2</sup> | ศูนย์บริการ สาธารณสุข กทม. <sup>2</sup> | รวม ภาครัฐ |             |
| จำนวน รวม           | 5,782,159     | 118                    | 1,742                       | 1,860   | 40                  | 62                                      | 102        | 1,962       |
| อัตราต่อประชากร รวม | 5,782,159     | 49,001.3               | 3,319.3                     | 3,108.7 | 144,554.0           | 93,260.6                                | 56,687.8   | 2,947.1     |

แหล่งข้อมูล: <sup>1</sup> ข้อมูลจากกองประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup> ข้อมูลสำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร

### ศูนย์บริการสาธารณสุขและสาขา

เป็นหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ที่มีบทบาทหลักในการให้บริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค แต่ในด้านการรักษาพยาบาลนั้นหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งรัฐ เอกชน มีบทบาทมากกว่า



ข้อดีของศูนย์บริการสาธารณสุข คือ การมีทำเลใกล้ชุมชน ผู้ใช้บริการมีค่าใช้จ่ายน้อย ศูนย์ มีบุคลากรที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคประจำอยู่ หากแต่มีข้อจำกัดที่ควรปรับปรุงในหลายประการเช่นกัน คือ 1. ภาพพจน์ของศูนย์และสาขาในฐานะสถานพยาบาลที่ไม่ทันสมัยด้านเครื่องมือแพทย์ 2. ระยะเวลาการรอรับบริการที่ยาวนาน 3. บุคลากรมีคุณภาพการบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง เช่น ระบบการส่งต่อยังมีปัญหาและมีความยุ่งยาก การขาดงบประมาณในการพัฒนาทำให้เกิดความไม่คล่องตัว การขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความเป็นไปและกิจกรรมต่างๆ ที่มี เป็นต้น ทั้งนี้ กลุ่มประชากรผู้ใช้บริการมักเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และกลุ่มคนด้อยโอกาสผู้ยากจน มีความรู้ชั้นประถมศึกษา หรือ ผู้อพยพย้ายถิ่นมาไม่นานนักเป็นส่วนใหญ่<sup>1</sup>

## หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน

### ร้านยา

จากสถิติปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีร้านยา 6 ประเภท ได้แก่ 1. ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จำนวน 4,723 ร้าน 2. ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) จำนวน 5,147 ร้าน 3. ร้านขายยาแผนโบราณจำนวน 2,149 ร้าน 4. ห้องยาของสถานพยาบาลประเภทต่างๆ 5. ระบบบริการทางยาในรูปแบบอื่น เช่น กองทุนยา และ 6. สถานที่ให้บริการทางยานอกระบบ – ร้านขายของชำและร้านยาเร่ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีร้านขายยาทุกประเภทรวมกันจำนวนกว่า 780 แห่ง<sup>2</sup> (สถิติ ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2550)

จากหลักการบริหารเภสัชกรรม (Pharmacy best practice) ร้านยามีบทบาทในด้านต่างๆ คือ 1. ในฐานะเป็นศูนย์ข้อมูลทางยาและด้านสาธารณสุข 2. ในฐานะเป็นผู้ให้คำปรึกษาเรื่องยา 3. ในฐานะเป็นผู้ให้ความรู้ ให้ข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ประชาชนเรื่องการดูแลสุขภาพ 4. ในฐานะผู้ดูแลและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังแพทย์ 5. ในฐานะที่เป็นแหล่งกระจายข้อมูลและรับข้อมูลทางยาและการสาธารณสุข 6. ในฐานะเป็นผู้ก่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม 7. ในฐานะเป็นผู้ Refill prescriptions ยกเว้นโรคภัยแรงควรให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ และ 8. การออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) และจากมาตรฐานร้านยา 5 ประการ ได้แก่ 1. ความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ 2. การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ 3. การบริหารเภสัชกรรมที่ดี 4. การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม และ 5. การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม ต่างเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเหมาะสมในการให้ร้านยาเป็น PCU Gatekeeper ของระบบบริการสาธารณสุขไทย เพราะความสามารถในการเข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และราคาไม่แพงนัก

ได้มีนักวิชาการที่พัฒนาข้อเสนอให้ร้านยาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพ ในฐานะ PCU Gatekeeper (การประชุมเวทีวิชาการครั้งที่ 1, 20 กุมภาพันธ์ 2540 เรื่อง ร้านยาในยุคปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และครั้งที่ 2 ในเดือนเมษายนของปีเดียวกัน) และได้มีการทดลองดำเนินการเพียง 2 แห่ง คือ ที่อำเภอเมือง มหาสารคาม และอำเภอเมือง นครราชสีมา ทั้งนี้มีปัจจัยจากข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่สนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐยังไม่เพียงพอ ทำให้หน่วยบริการไม่ต้องการให้มีการกระจายงบประมาณไปที่หน่วยบริการภาคเอกชน รวมทั้งยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องรูปแบบการจัดการที่ร้านยาเข้าไปเป็นหนึ่งในเครือข่ายบริการ

<sup>1</sup> อรพินท์ บุนนาคและอัจฉรา เอ็นซ์. โครงการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกรุงเทพมหานคร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กันยายน พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

<sup>2</sup> <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/consumer/stat/drug/dstdlc005.asp?rid=5&nm=สถิติจำนวนใบอนุญาตประกอบธุรกิจยาแยกตามภาค>, accessed on 4 October 2007, p. 1.



### คลินิกเอกชน

ก่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการดำเนินการให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่พอใจกับการใช้บริการคลินิกเครือข่ายเพราะสะดวก ในขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเองก็มีความพึงพอใจเพราะสามารถแบ่งเบาภาระโรงพยาบาล อีกทั้งยังก่อให้เกิดการแข่งขันด้านคุณภาพบริการที่ดีขึ้นอีกด้วย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2542)

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีคลินิกเอกชนประมาณ 16,000 แห่งทั่วประเทศ (ตัวเลขจาก Medical Registration Department กระทรวงสาธารณสุข เสนอในที่ประชุม ESCAP เมื่อวันที่ 9-11 ตุลาคม 2550) ในกรุงเทพมหานครมีประมาณ 2,310 แห่งในปี 2540 ซึ่งเปิดให้บริการบางเวลา เป็นคลินิกประเภททั่วไปในเขตเทศบาล มีบุคลากรที่เป็นข้าราชการประเภทพยาบาลทำงานหลังเลิกงานประจำเป็นส่วนใหญ่ โรคที่ให้บริการเป็นกลุ่มโรคเดียวกับที่พบในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และผิวหนัง เน้นที่การรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างไม่ค่อยมีประสิทธิภาพนัก ไม่มีการจัดระบบสถิติข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลและด้านยาที่เหมาะสม ไม่มีกระบวนการประเมินคุณภาพบริการตนเองอย่างต่อเนื่อง แม้คลินิกเอกชนบางส่วนได้ถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการประกันสังคมแล้วก็ตาม

จากการศึกษาโดย สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2542) ได้ให้ข้อเสนอแนะหลายประการเพื่อให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น ได้แก่ (1) สนับสนุนให้มีคลินิกเอกชนเต็มเวลานอกเขตเทศบาลให้มากขึ้นผ่านการอุดหนุน (Subsidy) โดยภาครัฐ (2) ส่งเสริมคลินิกเอกชนเหล่านี้ให้มีบทบาทด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้นโดยการอุดหนุนจากภาครัฐที่เหมาะสม (3) พัฒนาปรับปรุงระบบการส่งต่อระหว่างคลินิกกับโรงพยาบาล และพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (4) ทบทวนระบบจัดการบุคลากรในระบบรัฐที่ต้องทำงานนอกเวลา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ (Conflict of Interest) กับงานบริการของรัฐ เพื่อหามาตรการด้านการจัดการและการให้แรงจูงใจ ที่เหมาะสม (5) การผ่อนคลายระเบียบราชการอื่นๆ และการปรับการบริหารของรัฐให้มีความคล่องตัว หากต้องการให้คลินิกเอกชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฐมภูมิ และการพิจารณาให้ความเท่าเทียมกับคลินิกที่มีแพทย์เป็นข้าราชการปฏิบัติงานในระบบของรัฐ กับแพทย์ที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ ให้มีความเท่าเทียมกัน

ในส่วนที่จะประสานให้คลินิกเอกชนเข้าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพ และเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งที่เป็นสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนนั้น ได้มีการศึกษาพบว่าคลินิกเอกชนอยู่ 3 ประเภท คือ คลินิกเอกชนที่ต้องการเข้าร่วมในเครือข่ายเพราะต้องการสนับสนุนนโยบายรัฐบาล กลุ่มที่ไม่แน่ใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ และกลุ่มที่ไม่ต้องการเข้าร่วมเลย เพราะความไม่มั่นใจในระบบบริหารจัดการด้านเอกสารและการเงินที่มีความยุ่งยาก แนวทางการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน และจำนวนเงินที่ได้ไม่คุ้มค่า เป็นต้น (สุพิศตรา ศรีวิณิชชากร, 2547)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มให้คลินิกเอกชน เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในระบบฯ ในชื่อโครงการ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” โดยรับสัญญาให้บริการที่เป็นบริการผู้ป่วยนอก และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นบริการตั้งรับในสถานพยาบาล เริ่มต้นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2547 (ตาราง 1) และค่อยๆ ขยายออกไปในภูมิภาค ซึ่งคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม ส่วนใหญ่เป็นคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าคลินิกเดิมที่เป็นบุคคลเป็นเจ้าของ ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยในด้านเงื่อนไขการบริหารจัดการ และลักษณะการจัดบริการตามมาตรฐาน (สุพิศตรา ศรีวิณิชชากร 2547) รวมทั้งพบว่าคลินิกมีข้อจำกัดในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน



ตาราง 16: คลินิกเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีพ.ศ. 2549-2550

| คลินิกแยกตามลักษณะ             | ปี 2549      |               | ปี 2550      |               | ความเปลี่ยนแปลง |             |
|--------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-----------------|-------------|
|                                | จำนวน (แห่ง) | ร้อยละ        | จำนวน (แห่ง) | ร้อยละ        | จำนวน (แห่ง)    | ร้อยละ      |
| คลินิกเวชกรรม                  | 1,818        | 49.31         | 1,857        | 49.11         | 39              | 2.15        |
| คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง          | 183          | 4.96          | 188          | 4.97          | 5               | 2.73        |
| คลินิกทันตกรรม                 | 1,157        | 31.38         | 1,183        | 31.29         | 26              | 2.25        |
| คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง         | 1            | 0.03          | 1            | 0.03          | 0               | 0.00        |
| คลินิกทันตกรรมชั้นสอง          | 26           | 0.71          | 24           | 0.63          | -3              | -11.54      |
| คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ | 18           | 0.49          | 17           | 0.45          | -1              | -5.56       |
| คลินิกการผดุงครรภ์ ชั้นสอง     | 10           | 0.27          | 8            | 0.21          | -2              | -20.00      |
| คลินิกกายภาพบำบัด              | 36           | 0.98          | 45           | 1.19          | 9               | 25.00       |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์           | 44           | 1.19          | 43           | 1.14          | -1              | -2.27       |
| คลินิกการแพทย์แผนไทย           | 311          | 8.44          | 316          | 8.36          | 5               | 1.61        |
| คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์   | 23           | 0.62          | 28           | 0.74          | 5               | 21.74       |
| สหคลินิก                       | 60           | 1.63          | 71           | 1.88          | 11              | 18.33       |
| <b>รวม</b>                     | <b>3,687</b> | <b>100.00</b> | <b>3,781</b> | <b>100.00</b> | <b>94</b>       | <b>2.55</b> |

แหล่งข้อมูล: กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 20 กันยายน 2550)

ทั้งคลินิกเอกชน และร้านยา ที่มีจำนวนมากในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ หากสามารถบูรณาการเข้ามาสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ก็จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ปัญหาที่พบในปัจจุบัน คือ การออกแบบการจัดบริการ การกำกับคุณภาพหน่วยบริการเอกชน และการเชื่อมประสานบริการในภาคเอกชนกับบริการของรัฐส่วนอื่นๆ

แนวโน้มที่เอกชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพมากน้อยเพียงใด น่าจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) นโยบายของผู้บริหารระบบ UC ว่าจะผลักดันเรื่องนี้เพียงใด ซึ่งจะแปรเป็นระบบวิธึงบประมาณ และการจัดการกับหน่วยบริการภาคเอกชนที่สอดคล้องมากขึ้น 2) งบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานในระบบ UC หากงบประมาณมากพอ อาจเป็นแรงจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมมากขึ้น และทำให้ภาครัฐแบ่งงบประมาณมาร่วมมือดำเนินการกับภาคเอกชน 3) การจัดการความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชนในการร่วมมือให้บริการ หรือใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งขึ้นกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข



## สรุปแนวโน้มอนาคตและข้อเสนอ

### ปัจจัยกระทบต่อการขยายและการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในเขตชนบท หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นฐานใหญ่ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตชนบท มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น และได้รับการพัฒนาไปอย่างช้าๆ หากไม่มีมาตรการในการแก้ไข และพัฒนาที่เข้มข้น และชัดเจนทั้งในด้านการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร และการบริหารองค์กรที่มีความเป็นอิสระ คล่องตัวมากขึ้น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนนั้น เป็นทั้งจุดเด่น ปัจจัยด้านบวกในการทำงานได้ผสมผสาน เชื่อมโยงกันได้ดี แต่ก็มีจุดอ่อนหากโรงพยาบาลชุมชนมีบุคลากรจำกัดเช่นกัน และหากเจตคติของบุคลากรในโรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการจัดองค์กรบริการที่มีสองสายงาน ทำให้การพัฒนาทำได้ไม่เต็มที่

นโยบายการลดขนาดภาครัฐ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อขยายจำนวนบุคลากรในการให้บริการสุขภาพระดับต่างๆ รวมทั้งส่งผลให้ไม่มีระบบนักเรียนทุนที่จะสนับสนุนให้บุคลากรในชนบทไปศึกษาต่อเพื่อกลับมาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภูมิลำเนา ทำให้ปัจจุบันพยาบาลที่จบการศึกษากลับเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐลดลง ซึ่งจะต้องหาทางออกในการจัดบุคลากรมาปฏิบัติงานเพิ่มโดยวิธีจ้างงานอื่นๆ รวมทั้งการให้มือถาวรรองรับในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทน

พร้อมกับแนวปฏิบัติในการกระจายอำนาจ ที่จะถ่ายโอนภารกิจ และสถานีนอมาลัยไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ชัดเจน ทำให้การลงทุน การสนับสนุนการพัฒนาทำได้ไม่เต็มที่ และหากเตรียมความพร้อมไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้เกิดปัญหาได้ในอนาคต ที่กระทบในด้านคุณภาพบริการ และการเชื่อมประสานบริการระหว่างสถานีนอมาลัยที่มีการถ่ายโอนไปแล้ว รวมทั้งการเชื่อมบริการกับโรงพยาบาลด้วย

ฉะนั้นรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณให้แก่เครือข่ายสถานีนอมาลัยร่วมกับโรงพยาบาล และการเชื่อมโยงกับ อบต. ชุมชน ย่อมจะมีผลต่อคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท รวมทั้งแนวทางการลงทุนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญคือด้านกำลังคน มากกว่าด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ จะมีผลต่ออนาคตของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นฐานเสริมให้หลักประกันสุขภาพกระจายได้อย่างทั่วหน้า และครอบคลุมได้จริง ยั่งยืน

**ส่วนในพื้นที่เขตเมือง** มีทางเลือกของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งที่เป็นของภาครัฐ และเอกชน มีบุคลากรให้บริการมากกว่าชนบท แต่ก็ยังมีปัญหาในการจัดการ การประสานงาน และรูปแบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เหมาะสมกับเขตเมือง รวมทั้งแนวโน้มค่านิยมของประชาชนที่นิยมการใช้บริการที่เป็นสาขาเฉพาะทาง นิยมการใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน การจัดการที่เชื่อมโยงกับคลินิกเอกชน จึงน่าจะเป็นทางเลือกเพิ่มทางหนึ่งในการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองนี้ แต่ต้องออกแบบวิธีจัดหาบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมชาติของหน่วยบริการ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงบริการไม่ให้มีช่องว่าง และทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

พร้อมกันนี้ สถานการณ์การเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน และ Medical hub ส่งผลให้เกิดภาวะลาออกของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ อันมีผลกระทบต่อเกิดความขาดแคลนแพทย์สาขาต่างๆ และกระทบต่อมาถึงแพทย์ในเขตเมืองด้วย

แต่ภายในการจัดการเพื่อการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการนั้น รัฐควรรวมงบประมาณเป็นก้อนใหญ่ที่จัดสรรให้เป็นพื้นที่เป็นโซน ที่ปรับวิธีการภายในได้เหมาะสม มิใช่คิดแยกและจัดการทั้งหมดจากส่วนกลางทั้งหมด เพื่อให้ยืดหยุ่นจัดการได้ง่ายขึ้น และมีความสอดคล้องกับสภาพพื้นที่มากขึ้น



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย 2548-2550
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีพ.ศ.2547, 2548, 2549, 2550
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด, ส.ค. 2547 (เอกสารพิมพ์)
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ โครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่คลินิกเอกชนเป็นคู่สัญญาดูแลสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ, ธ.ค. 2547 (เอกสารพิมพ์)
5. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ ปัจจุบันและอนาคตคลินิกเอกชนไทย. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.2542
6. อรพันธ์ บุณนาและอัจฉรา เอ็นซ์. โครงการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกรุงเทพมหานคร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กันยายน พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. Starfield Babara, Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology Oxford University Press, 1998
8. Starfield Babara, Global Trends in Primary Care Development , เอกสารประกอบคำบรรยาย, กุมภาพันธ์ 2550
9. นงลักษณ์, 2550

