

การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

คณะอง กนอมสตัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลศรีเตี้ยและเหล่ายาวซึ่งเป็นพื้นที่ติดต่อกัน และเป็นพื้นที่รอยต่อกับจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ - ๒๕๔๘ แบ่งงานเป็น ๔ ระยะ คือ ระยะแรก ทำการศึกษาข้อมูล, เตรียมการ, ดำเนินการและประเมินผลลัพท์. เนื่องจากในระยะแรกของการวิจัยประชากรบางส่วนในเขตสถานีอนามัยสันปูเลย ขอใช้บริการด้านสุขภาพนอกเขตรอยต่อทำให้เกิดปัญหาการบริหารงบประมาณตามจ่ายทีมสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่งจึงประชุมเพื่อศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการมารับบริการ, จำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง, การเข้าถึงบริการ และความสามารถในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ตลอดจนประเมินศักยภาพตนเอง, และเตรียมการพัฒนารูปแบบการบริการในระยะที่ ๒ คือ จัดให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติงานในสถานีอนามัยแบบเต็มเวลาผสมผสานกับการบริการสุขภาพเชิงรุกในช่วงต้นและพัฒนาให้สถานีอนามัยบ้านเหล่ายาวเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนมีแพทย์รับผิดชอบตรวจรักษา. ในช่วงต่อมา (ระยะที่ ๓) และระยะที่ ๔ คือการประเมินผลลัพท์ของการดำเนินการ.

ผลการวิจัยพบว่าประชากรในพื้นที่ ๒ ตำบลเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น โดยสถานีอนามัยบ้านเหล่ายาวเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑.๕๔ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เนื่องจากมีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวไปปฏิบัติงานในพื้นที่ และร้อยละ ๒๔.๖๐ เมื่อพัฒนาให้เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลเหล่ายาวใน พ.ศ. ๒๕๔๘ สามารถลดปัญหางบประมาณตามจ่ายตาม DRGs ของประชากรเขตสถานีอนามัยสันปูเลย เพิ่มการเข้าถึงบริการร้อยละ ๒๐.๖๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ และร้อยละ ๓๖.๑๓ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ กัดครองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ๓.๓๒ เท่า, ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ๕.๖๔ เท่าจาก พ.ศ. ๒๕๔๖. การเข้าถึงบริการของโรคที่สามารถป้องกันได้ลดลง คือ โรคทางหายใจ, และค้นหาโรคที่สอดคล้องกับปัญหาในชุมชนได้มากขึ้น คือ อาการปวดเมื่อยในระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง. การจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน จึงเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ เน้นศักยภาพบุคลากรเชิงรุกระหว่างชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้น “ซ่อม” ควบคู่กับ “สร้าง” สุขภาพภายใต้การบริหารงบประมาณรายหัวของอำเภอบ้านโฮ่ง.

คำสำคัญ: บริการสุขภาพปฐมภูมิ, พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, ศูนย์แพทย์ชุมชน

Abstract Development of Contracting Primary Care Unit for Baan Hong District, Lamphun Province

Kanong Thanomsap*

*Baan Hong Hospital, Baan Hong District, Lamphun Hospital

The aim of this development research study was to develop the patterns of the primary care service in Sritia and Laoyaw tambons of Baan Hong District in Lamphun Province, where they conjoin with Chiang Mai Province. The study was undertaken in the period 2003 - 2006. The study was conducted in a number of phases: first, correcting the

*โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน



data, then planning, followed by processing, and finally evaluating the outcome. In the first period of this study, the population of the Sunpulauy Primary Care Unit (PCU) required extraordinary health-care service out that posed a budgetary problem under the Universal Coverage system in the Banhong PCU. Subsequently a meeting was held to study and correct the statistical data, the health-care services received, the number of patients with chronic illness, the ways to establish health-care services, the ability to recruit new patients, evaluate the competency of the health-care team, and prepare to develop the pattern of health-care services. In second phase, arrangements were made for family nurses to work in the PCU full time and be associated with the community based health-care services. In the third phase the Laoyaw PCU was developed to become the center for community medical-care services with the provision of a doctor for providing medical care and evaluating the outcome of processing.

In the fourth phase, the people in Sritia and Laoyaw tambons enjoyed a greater range of health-care services. Patients in the Laoyaw PCU increased from 11.94 percent of the population in 2004 to 24.60 percent in 2006, because family nurses were working in this PCU and developed it into a community medical-care center. The Laoyaw PCU decreased the UC budget following the DRGs of the Sunpulauy PCU. The population receiving health-care services increased from 20.69 percent in 2004 to 36.13 percent in 2006. The screening of patients with hypertension increased 3.32 more than three fold, and that of patients with diabetes mellitus increased more than 5.6 times from 2003. The number of patients with respiratory diseases decreased; increased screening was carried out for diseases associated with community problems, that is, myalgia of the muscle and skeleton systems. The community medical hub was connected to the primary health-care service system in this area. The study found that it is possible to develop persons in the community and public health volunteers following the system policy that stresses improving health using the Banhong UC budget.

Key words: contracting primary care unit, Baan Hong District, Lamphun Province

ภูมิหลังและเหตุผล

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายการรักษาพยาบาล แบบรัฐสวัสดิการเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสได้รับบริการสุขภาพโดยเท่าเทียมได้กำหนดหลักการและแนวทางภายใต้แนวคิดด้านสุขภาพ^(๑,๓) คือ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นในด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยไม่มีปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์, ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม, เชื้อชาติ เพศ ฯลฯ เป็นอุปสรรค.

ดังนั้นประชากรในเขตพื้นที่รอยต่อของสถานีอนามัยล้นปูเลย จึงสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลนอกเขตรอยต่อได้, ประสิทธิภาพมีการใช้จ่ายทรัพยากรเพื่อให้เกิดผลตอบแทนทางด้านสุขภาพสูงสุดโดยมีการใช้จ่ายทรัพยากรน้อยที่สุด คือ การกระจายบุคลากรด้านสุขภาพปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลเหล่า

ยาวและศรีเตี้ยในลักษณะเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน, คุณภาพบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทั้งคุณภาพด้านเทคนิคและสังคมจิตวิทยา โดยการบริการเชิงรุก, การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลและสุขภาพแบบองค์รวมจนถึงระดับผังเครือญาติในแนวทางของเวชปฏิบัติครอบครัว โดยมีหลักการ “สร้าง” ควบคู่กับการ “ซ่อม” สุขภาพ และมีการจัดบริการเป็นเครือข่าย (จากระดับต้น -ปฐมภูมิ ไปยังระดับกลางและระดับสูง -ทุติยภูมิ และตติยภูมิตามลำดับ)^(๑,๒) โดยเน้นสถานบริการระดับต้นหรือสถานีอนามัยเป็นจุดบริการหลัก ซึ่งต้องอาศัยแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวช่วยในการดูแลระดับปฐมภูมิ^(๓-๕).

การบริหารด้วยประสิทธิภาพเชิงขนาดเศรษฐกิจ เชื่อว่าต้นทุนเฉลี่ยของทีมสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้งจะลดลงเมื่อปริมาณการให้บริการของทีมมีมากขึ้น เนื่องจากการบริการจำนวนมาก

จะช่วยกระจายต้นทุนคงที่ออกไป.

ดังนั้นกองทุนขนาดใหญ่สามารถกระจายความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายและรองรับการเบิกจ่ายที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้ดีกว่า^(๑,๒) ทำให้อำเภอบ้านโฮ้งต้องรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ คือ กองทุนประกันต้องรับความเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรจากการที่ค่าใช้จ่ายของประชากรทั้งกลุ่มไม่ได้ปฏิบัติตามความเสี่ยงของผู้มีประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระยะแรกของการดำเนินนโยบายเมื่อผู้มีประกันสุขภาพมีการใช้บริการสุขภาพมากขึ้นกว่าในกรณีที่ไม่มีประกันทั้ง ๆ ที่ไม่มีผลเป็นทางแพทย์ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และประชาชนส่วนหนึ่งได้ยื่นความประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๑. สิทธิการรับบริการสาธารณสุข มาตรา ๕ ระบุสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของประชาชนที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา ๖ ได้กำหนดไว้ว่าบุคคลใดประสงค์จะใช้สิทธิตามมาตรา ๕ ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนดเพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ... และให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยให้คำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ..."^(๔,๓) ทำให้ผู้มีประกันสุขภาพจำนวนหนึ่งของสถานีนอนมัยสันปูเลยได้เลือกหน่วยบริการระดับทุติยภูมิเป็นโรงพยาบาลจอมทอง (รพท.) จังหวัดเชียงใหม่ทำให้งบประมาณ Global budget ของอำเภอบ้านโฮ้งเปลี่ยนไปจากสภาพปัญหาและความต้องการดังกล่าว. ทีมสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง จึงพัฒนารูปแบบการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหามากยิ่งขึ้น.

ระเบียบวิธีศึกษา

ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบจำลองในพื้นที่ตำบลศรีเตี้ยและตำบลเหล่ายาวในประเด็นที่สำคัญ คือ การสร้างรูปแบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายเพื่อพัฒนาการบริการที่เหมาะสมกับพื้นที่. กระบวนการวิจัยเริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ, อัตราการเข้าถึงบริการ, อัตราการ

ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่, การเข้าถึงบริการของโรคเรื้อรังและโรคที่ป้องกันได้, ศักยภาพวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ออกแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.

การประเมินผลลัพธ์ โดยขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ สถิติการมารับบริการ, จำนวนประชากรที่ใช้สิทธิรักษานอกเขตรอยต่อ, การส่งต่อ, ศักยภาพของทีมสุขภาพในการบริการเชิงรุก, การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่, การค้นหาปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๙.

๒. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ๓ ระยะ คือ ก่อน, ระหว่างและหลังการพัฒนาารูปแบบบริการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ.

- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่.
- ความสามารถในการลดปัญหาโรคที่สามารถป้องกันได้.
- จำนวนการส่งต่อหรือการไปรับบริการสุขภาพนอกเขตรอยต่อ.
- อัตราการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่.

๑. จัดประชุมทีมสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้งเพื่อประเมินศักยภาพด้านบริการและพัฒนารูปแบบบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่และเหมาะสมกับภูมิศาสตร์บริบทของพื้นที่.

๒. กำหนดเป้าหมายและแผนงานในการเพิ่มศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพรวมถึงการวางแผนในการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่.

๓. ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการที่บูรณาการเหมาะสม และสอดคล้องกับพื้นที่ ทั้งทางด้านภูมิศาสตร์บริบท โดยเน้นความเสมอภาคเท่าเทียม ประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการปฐมภูมิ.

๔. ประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณวิเคราะห์ค่าร้อยละและเชิงคุณภาพใน ๔ ประเด็นที่ศึกษา.

๕. เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาารูปแบบบริการเพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป.



ผลการศึกษา

การให้บริการสุขภาพของอำเภอบ้านไผ่ เป็นบริการในรูปแบบสถานีอนามัย ๔ แห่ง โดยในแต่ละสถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขเป็นหัวหน้าหน่วยงาน. การให้บริการเป็นเอกเทศในแต่ละแห่ง และให้บริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นการรักษาเบื้องต้นเป็นหลัก.

หลังจากการเข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการให้บริการสุขภาพที่สำคัญ คือ มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เกิดขึ้นใหม่ ๑ แห่งเรียกว่าศูนย์แพทย์ชุมชน มีแพทย์เป็นหัวหน้าหน่วย, มีพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ชันสูตร.

ลักษณะงานบริการสุขภาพส่วนในระดับอำเภอมีการจัดการเครือข่ายให้บริการปฐมภูมิในรูปแบบ “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” หรือเรียกว่า “ทีมสุขภาพ” ประกอบด้วยแพทย์/นักวิชาการจากโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ. สถานีอนามัยได้พัฒนารูปแบบการทำงานจนได้คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สถานีอนามัย. บริการส่วนนี้ไม่มีแพทย์อยู่ประจำ แต่ทุกที่จะมีพยาบาลวิชาชีพ. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติภารกิจดูแลรักษาพยาบาลเป็นหลักโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง โดยมีรายการยาที่สามารถจัดให้ผู้ป่วยได้ แต่เป็นอันตรายที่แพทย์จ่าย โดยได้รับการเตรียมความพร้อมจากการฝึกอบรมในด้านทักษะการรักษาพยาบาล และแนวคิดทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว.

ส่วนการบริหารจัดการในการเลือกสถานพยาบาลและระบบส่งต่อให้กับผู้บริการ มี ๒ ระบบ คือ

๑) ระบบการส่งตัวผู้ป่วย จัดการดังนี้

- การส่งตัวในระดับสถานีอนามัย/หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยกัน ไม่ต้องมีหนังสือส่งตัว.
- การส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ไปยังโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ต้องมีหนังสือส่งตัวด้วยเสมอ.
- การส่งตัวผู้ป่วยที่ทำการรักษาต่อเนื่องจากโรง

พยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ทำหนังสือส่งตัว ๑ ครั้ง / ๓ เดือน.

- การส่งตัวผู้ป่วยออกต่างจังหวัด ต้องมีหนังสือส่งตัวทุกครั้ง.

- พื้นที่รอยต่อ ให้ตามจ่ายในอัตรากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของสถานบริการที่รับผู้ป่วย.

๒) ระบบงบประมาณสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย มีการปรับปรุงเป็น ๒ ส่วน

- ส่วนที่ ๑ ใช้วิธีการดำเนินการแบบตามจ่าย
- ส่วนที่ ๒ ใช้วิธีการกันงบประมาณเป็นกองทุนกลางไว้ที่จังหวัด ให้จังหวัดทำหน้าที่ตามจ่ายแทนโรงพยาบาลชุมชนในกรณีต้องส่งต่อในจังหวัดหรือส่งต่อไปจังหวัดอื่น.

ด้านการเข้าถึงบริการในสถานบริการด้านสุขภาพประชาชนมีแนวโน้มเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปีในระดับสถานีอนามัย. สถานีอนามัยบ้านเหล่ายาวมีผู้มารับบริการเพิ่มจาก ๘,๘๐๔ ครั้งใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๙,๘๕๕ ครั้งใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑.๙๔, และ ๑๐,๙๗๐ ครั้งใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๔.๖๐. สถานีอนามัยที่มีสัดส่วนผู้มาใช้บริการในระดับคงที่ คือสถานีอนามัยตำบลเหล่ายาว จาก ๑๒,๔๙๘ ครั้งใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๑๑,๔๗๑ ครั้งใน พ.ศ. ๒๕๔๗ ลดลงร้อยละ ๘.๒๒, และ ๑๒,๓๔๑ ครั้งใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ลดลงร้อยละ ๑๘.๓๑ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ (ตารางที่ ๑ และ ๒).

การบริการระดับปฐมภูมิ มีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่อยู่เสมอ โดยเฉพาะโรคที่ต้องเฝ้าระวังและค้นหาเพื่อการรักษาให้ทัน่วงที่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคมะเร็งคอมดลูกและมะเร็งเต้านม. สถานีอนามัยตำบลเหล่ายาวได้มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ทำให้จำนวนครั้งของผู้มารับบริการมีจำนวนมากกว่าสถานบริการแห่งอื่น ๆ และมีความคงที่สม่ำเสมอมากกว่า. เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของผู้มารับบริการเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จึงมีแนวโน้มลดลง.

สัดส่วนประชากรที่เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิและการส่งต่อตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ พบว่าสถานี

ตารางที่ ๑ บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลบ้านโฮ้งและสถานีอนามัยในตำบลเหล่ายาวและศรีเตี้ย

สถานบริการ	ปีงบประมาณ (ครั้ง)			
	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙
โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง	๗๒,๘๕๐	๘๓,๕๓๐	๘๕,๐๑๖	๘๓,๕๘๑
สถานีอนามัยบ้านเหล่ายาว	๘,๘๐๔	๙,๘๕๕	๑๐,๕๓๒	๑๐,๕๓๐
สถานีอนามัยตำบลเหล่ายาว	๑๒,๔๕๘	๑๑,๔๓๑	๑๒,๓๔๑	๑๐,๒๑๐
สถานีอนามัยสันปูเลย	๕,๓๓๖	๖,๕๓๑	๗,๖๐๔	๗,๘๖๓
สถานีอนามัยเหล่าแก้ว	๕,๑๕๒	๗,๕๘๔	๔,๕๑๕	๓,๗๑๕

ตารางที่ ๒ บริการสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๗-๒๕๔๙ เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

สถานบริการ	ปีงบประมาณ		
	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙
โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง	+๑๕.๒๖%	+๑๖.๗๐%	+๑๔.๗๓%
สถานีอนามัยบ้านเหล่ายาว	+๑๑.๕๔%	+๑๕.๖๓%	+๒๔.๖๐%
สถานีอนามัยตำบลเหล่ายาว	-๐๘.๒๒%	-๐๑.๒๖%	-๑๘.๓๑%
สถานีอนามัยสันปูเลย	+๒๐.๖๕%	+๓๑.๖๕%	+๓๖.๑๓%
สถานีอนามัยเหล่าแก้ว	+๕๔.๕๗%	-๑๒.๓๖%	-๑๗.๗๒%

อนามัยสันปูเลยมีสัดส่วนการมารับบริการเพิ่มขึ้นสูงสุด คือ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ร้อยละ ๒๐.๖๕. ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๑.๖๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ และเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๖.๑๓ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ โดยเป็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นเพื่อมารับบริการในพื้นที่และส่งต่อไปยังศูนย์แพทย์ชุมชนในพื้นที่.

สถานีอนามัยบ้านเหล่ายาว มีสัดส่วนการมารับบริการเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ร้อยละ ๑๑.๕๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗, ร้อยละ ๑๕.๖๓ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘, และร้อยละ ๒๔.๖๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ โดยแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นการรองรับการส่งต่อผู้มารับบริการของสถานีอนามัยใน ๒ ตำบลที่รับผิดชอบ.

สถานีอนามัยตำบลเหล่ายาวมีสัดส่วนการมารับบริการลดลง พบว่าสัดส่วนจำนวนครั้งผู้มารับบริการมีแนวโน้มลดลง

เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๖ คือ ลดลงร้อยละ ๘.๒๒ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗, ลดลงร้อยละ ๑.๒๖ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘, และลดลงร้อยละ ๑๘.๓๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ โดยส่วนหนึ่งผู้ป่วยได้รับการคัดกรองได้รวดเร็วในการบริการเชิงรุกและเข้าถึงการบริการศูนย์แพทย์ชุมชนได้ง่ายขึ้น (ตารางที่ ๒).

ข้อมูลสถิติประโยชน์ของการรักษาพยาบาลมีสัดส่วนความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากช่วงแรกของการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการตรวจสอบทะเบียนผู้มีสิทธิซึ่งใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่มีความสมบูรณ์น้อย และไม่ครบถ้วน เช่น มีคนไม่มีบัตรประชาชนย้ายเข้า - ออก, นักโทษในเรือนจำจึงมีปัญหามาก. ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงและฐานข้อมูลส่วนกลางของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดีขึ้นทำให้สามารถตรวจสอบได้ จึงไม่ค่อยพบ



ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน. ที่ผ่านมาพบปัญหาและสถานการณ์การใช้สิทธิ ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิไม่มารับบัตร เนื่องจากไม่ประสงค์ใช้สิทธิในบัตร.

๒. การไม่ไปยกเลิกสิทธิประกันสังคมทำให้ไม่สามารถรับสิทธิขึ้นทะเบียนได้.

๓. ปัญหากลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย จำเป็นต้องไปใช้บริการพื้นที่อื่น. ในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ตำบลเหล่ายาวมีสัดส่วนความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพสูงสุดร้อยละ ๙๖.๐๖. ตำบลศรีเตี้ยความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพน้อยที่สุดร้อยละ ๙๒.๗๔ (ตารางที่ ๓).

สัดส่วนการมารับบริการของผู้มีประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและการส่งต่อ ทั้งชนิดที่ยกเว้นค่าธรรมเนียมและจ่ายเงินสมทบ ๓๐ บาท ในสถานบริการสุขภาพทั้ง ๔ แห่ง ไม่มีความแตกต่างกัน. สถิติการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปีสาเหตุหนึ่งมาจากการค้นหาผู้ป่วยเรื้อรัง

รายใหม่และการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ผู้มีประกันสุขภาพมารับบริการ ๙๖,๘๓๘ ครั้ง, ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จำนวน ๑๐๔,๗๒๗ ครั้ง, ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ จำนวน ๑๐๕,๗๑๔ ครั้ง, และปีงบประมาณ ๒๕๔๙ จำนวน ๑๐๙,๘๙๒ ครั้ง. นอกนั้นเป็นการให้บริการแก่ผู้มารับบริการที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอย่างอื่น เช่น สิทธิประกันสังคม, ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เอกชน ง่ายเอง ซึ่งการเข้าถึงบริการที่มากขึ้นของผู้มีประกันสุขภาพในเขตพื้นที่สอดคล้องกับความสามารถในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเพิ่มมากขึ้นทุกปีทั้งการตรวจคัดกรองสุขภาพ การนัดตรวจสุขภาพเพื่อการวินิจฉัย และการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์

จากระดับสถานีอนามัยไปโรงพยาบาลเครือข่ายและรับส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลมาสถานีอนามัยเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว และแพทย์มีความเห็นให้ส่งตัวผู้ป่วยกลับเพื่อรับการรักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้านได้ (ตารางที่ ๔).

ตารางที่ ๓ ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามพื้นที่ ปีงบประมาณ ๒๕๔๙

ตำบล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนผู้มีสิทธิ (คน)	ร้อยละผู้มีสิทธิ	จำนวนผู้ไม่มีสิทธิ (คน)	ร้อยละผู้ไม่มีสิทธิ
ศรีเตี้ย	๖,๒๕๓	๕,๘๐๓	๙๒.๗๔	๒๕	๐.๔๐
เหล่ายาว	๑๐,๕๑๘	๑๐,๑๐๔	๙๖.๐๖	๕	๐.๐๕

ตารางที่ ๔ จำนวนครั้งการให้บริการผู้มีประกันสุขภาพในเขตบริการ โครงการหลักประกันสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๔๖ - ๒๕๔๙

พ.ศ.	รพ.บ้านไธสง		สอ.บ้านเหล่ายาว		สอ.ต.เหล่ายาว		สอ.สันปูเลย		สอ.เหล่าแก้ว		รวม	
	ไม่มี ท.	มี ท.	ไม่มี ท.	มี ท.	ไม่มี ท.	มี ท.	ไม่มี ท.	มี ท.	ไม่มี ท.	มี ท.	ไม่มี ท.	มี ท.
๒๕๔๖	๑๒,๐๓๕	๕๗,๒๐๘	๕๓๖	๔,๐๒๖	๘๑๒	๓,๕๔๓	๑,๕๕๑	๘,๖๓๓	๑,๗๘๖	๕๕๐๘	๑๗,๕๒๐	๗๕,๓๑๘
๒๕๔๗	๑๔,๐๒๓	๕๕,๖๔๓	๑,๓๕๐	๔,๔๑๑	๑,๐๔๖	๕,๗๑๖	๑,๘๐๔	๗,๘๘๕	๒,๐๐๓	๖,๘๐๖	๒๐,๒๖๖	๘๔,๔๖๑
๒๕๔๘	๑๕,๑๐๒	๖๒,๓๐๑	๑,๔๕๒	๔,๓๓๓	๖๑๘	๓,๐๖๗	๒,๑๕๕	๘,๓๐๑	๒,๐๗๕	๖,๒๖๖	๒๑,๔๔๖	๘๔,๒๖๘
๒๕๔๙	๑๖,๐๒๑	๖๕,๐๓๑	๑,๑๔๒	๔,๔๕๐	๔๘๑	๒,๔๔๑	๑,๘๗๔	๘,๕๘๑	๒,๐๖๕	๗,๖๖๒	๒๑,๕๘๗	๘๘,๓๐๕

ตารางที่ ๕ สถิติ ๕ อันดับโรคแรก ผู้มารับบริการรายใหม่ เขตตำบลเหล่ายาวและศรีเตี้ย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไธสง ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ - ๒๕๔๙

ชื่อโรค	ปีงบประมาณ							
	๒๕๔๖	ครั้ง ต่อแสน	๒๕๔๗	ครั้ง ต่อแสน	๒๕๔๘	ครั้ง ต่อแสน	๒๕๔๙	ครั้ง ต่อแสน
โรคในช่องปาก	๕,๑๕๕	๘,๕๐๘	๗,๖๑๗	๗,๗๒๒	๘,๘๕๕	๘,๗๗๗	๘,๑๓๓(๒)	๕,๔๒๘
ความดันโลหิตสูง	๖,๔๐๕	๔,๐๑๘	๗,๓๗๕	๔,๒๓๖	๗,๒๗๕	๕,๓๗๓	๕,๘๖๘(๑)	๑๓,๓๔๐
เบาหวาน	๓,๖๗๘	๒,๒๐๐	๓,๕๔๓	๑,๗๘๐	๔,๗๔๖	๓,๓๔๔	๖,๒๒๖	๑๒,๔๐๖
ทางหายใจ	๓,๖๓๔	๕,๐๕๕	๒,๖๕๗	๖,๖๖๓	๒,๒๑๑	๔,๐๕๖	-	-
ทางเดินอาหาร	๓,๒๕๐	๔,๓๐๕	๓,๑๗๕	๔,๘๗๕	๒,๕๘๔	๔,๔๕๗	๒,๕๖๐	๔,๗๐๑
ข้ออักเสบหลายข้อ	-	-	-	-	-	-	๒,๑๑๔	๒,๑๒๑

สถิติผู้มารับบริการรายใหม่เขตตำบลเหล่ายาวและศรีเตี้ย แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านไธสง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ - ๒๕๔๙ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการบริการเชิงรุกในระดับสถานีอนามัยและส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์.

กลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถคัดกรองและส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มมากขึ้น มาเป็นอันดับ ๑ ในปี ๒๕๔๙ ด้วยอัตราป่วย ๑๓,๓๔๐ ต่อแสนประชากร เพิ่มมากขึ้น ๓.๓๒ เท่าจากปี ๒๕๔๖ ที่มีอัตราป่วย ๔,๐๑๘ ต่อแสนประชากร.

ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มมากขึ้นเป็นอันดับ ๒ ด้วยอัตราป่วย ๖,๒๒๖ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๔๖ เป็น ๑๒,๔๐๖ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๔๙ เพิ่มมากขึ้น ๕.๖๔ เท่า.

ด้านเวชปฏิบัติป้องกันมีผู้ป่วยโรคในช่องปากมาใช้บริการมากเป็นอันดับที่ ๑ ในปี ๒๕๔๖ - ๒๕๔๘ ติดต่อกัน ๓ ปี เนื่องจากการให้บริการที่ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์หลักในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของการให้บริการสุขภาพแบบเวชปฏิบัติครอบครัวรวมถึงการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในเด็กนักเรียนทำให้จำนวนครั้งของผู้มารับบริการด้วยอาการของโรคในช่องปากลดลง จาก ๕,๑๕๕ ครั้ง ในปี ๒๕๔๖ เหลือ ๘,๘๕๕ ครั้งในปี ๒๕๔๘ และลดลงเหลือ ๘,๑๓๓ ครั้ง ในปี

๒๕๔๙.

การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการป่วยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือโรคในชุมชน คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงร่างจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชากรในพื้นที่โดยมีสถิติผู้มารับบริการด้วยอาการดังกล่าวเป็นอันดับที่ ๕ ในปี ๒๕๔๙ ด้วยอัตราป่วย ๒,๑๒๑ ต่อแสนประชากร.

การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสุขภาพดีได้มีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำส่งผลให้จำนวนผู้มารับบริการที่มีอาการป่วยด้วยโรคทางหายใจลดลง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยมีสถิติการเข้ารับบริการ ๓,๖๓๔ ครั้ง อัตราป่วย ๕,๐๕๕ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ลดลงเหลือ ๒,๒๑๑ ครั้ง และอัตราป่วย ๔,๐๕๖ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และสามารถลดลงในระดับที่ไม่อยู่ใน ๕ อันดับโรคแรกได้ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ (ตาราง ที่ ๕).

วิจารณ์

การวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอบ้านไธสงเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๘,๙). ผลการวิจัยพบว่าแนวโน้มของผู้มารับบริการด้านสุขภาพ มีเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประชากร



ส่วนหนึ่งมีความต้องการเลือกสถานบริการในระดับทุติยภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน ตามมาตรา ๕ และมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕^(๖,๗) คือ ประชากรในพื้นที่ให้บริการของสถานอนามัยสำนุญเลย มีแนวโน้มมาใช้บริการเพื่อการส่งต่อนอกเขตรอยต่อมากกว่าสถานบริการแห่งอื่น ๆ ขณะที่สถานบริการแห่งอื่น มีแนวโน้มผู้มารับบริการลดลง. ด้านการจัดรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่กระบวนการตัดสินใจ การวางแผนและการดำเนินงานและสร้างความตระหนักว่าชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองใช้ศักยภาพหรือกิจกรรมที่ดำเนินอยู่เดิมเพื่อเป็นแนวทางขยายไปสู่การบริการปฐมภูมิปรับปรุงการประเมินผลปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีความสอดคล้องกับทิศทางการสร้างสุขภาพ^(๓,๗).

การพัฒนาารูปแบบการบริการปฐมภูมิแบบมีพยาบาลเวชปฏิบัติและการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน สามารถลดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ สามารถค้นหาผู้ป่วยเรื่องรังไรใหม่เพิ่มมากขึ้นประชากรสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นทั้งบริการเชิงรุก คือ การได้รับการบริการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่และการเข้ารับบริการในสถานบริการ แนวโน้มการมารับบริการในสถานอนามัยสำนุญเลยเพื่อการส่งต่อศูนย์แพทย์ชุมชนมากขึ้นส่งผลให้สามารถลดการส่งต่อออกเขตรอยต่อได้.

สรุปว่าการพัฒนารูปแบบการให้บริการปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ด้วยการวิจัยและพัฒนาควบคู่กันไปทำให้ได้ผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น ทั้งเชิงรุกและในสถานบริการลดการส่งต่อออกเขตรอยต่อสามารถลดโรคที่สามารถป้องกันได้ และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้มากขึ้นตลอดจนถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้าง

สุขภาพในบริบทที่เป็นจริง. ดังนั้น การบริการด้านสุขภาพตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพควรต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดำเนินงานให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งคงต้องอาศัยการศึกษาและพัฒนาควบคู่กันไป.

เอกสารอ้างอิง

๑. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, วิรัช เกษมทรัพย์. การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสพการณ์ของต่างประเทศ. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, ๒๕๔๒:๑๔-๒๕
๒. รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ. เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เรื่องการประกันสุขภาพ. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๗: ๑-๕.
๓. โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค: การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
๔. ปิยศักดิ์ มานะสันต์. จาก NHS สู่ โครงการ “๓๐ บาท”: รัฐสวัสดิการในอุดมคติ. บทความกึ่งวิชาการ. ตีพิมพ์ครั้งแรกในนิตยสาร mba ธันวาคม ๒๕๔๔.
๕. ปิยศักดิ์ มานะสันต์. ปฏิรูป “๓๐ บาท”: ข้อเสนอจากลอนดอน. บทความกึ่งวิชาการ. ตีพิมพ์ครั้งแรกในนิตยสาร mba กรกฎาคม ๒๕๔๕.
๖. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ ๕ จังหวัดนำร่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยความสมัครใจ, ๒๕๔๗.
๗. วันดี สุทธิรังษี, ภัณจิรา โมสิกะ, วรวิทย์ กิตติศักดิ์ธรรม, นิภา สนิลสุวรรณ. การพัฒนากระบวนการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ ๒๕๔๘:๑๕-๓๐
๘. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พ.ศ. ๒๕๔๕.
๙. ฌัฐกานต์ คำดี. รัฐสวัสดิการทางเลือกใหม่ของการเมืองไทย from url: <http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=thaipolitic&month=15-06-2007&group=2&gblog=1>