

การประเมินผลโครงการ วิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ตอนที่ 1 : การประเมินคุณภาพบริการ

การประเมินผลโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นการประเมินคุณภาพบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งจัดเป็นสถานบริการขั้นปฐมภูมิในเขตเมืองนครราชสีมา ในประเด็นของการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความต่อเนื่องของบริการ การดูแลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของชุมชน งานวิจัยชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นเงื่อนไขสำคัญในการก่อตั้งและพัฒนาสถานบริการในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ซึ่งจะต้องมีสถานที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีประชาชนในเขตรับผิดชอบชัดเจน มีทีมงานที่ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับการจัดการบริการแบบองค์รวม รวมถึงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ใช้บริการที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยให้มาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์นี้มากขึ้นแทนการไปใช้บริการในโรงพยาบาล อันส่งผลให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีเวลาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น

รุจิรา มังคะศิริ พ.บ.ส.อ.เวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ได้มีการประเมินผลคุณภาพของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตเมืองนครราชสีมา โดยใช้การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความต่อเนื่องของบริการ การดูแลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินผล เอกสารนี้ได้นำเสนอเครื่องชี้วัดและผลการประเมินบางส่วน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบศูนย์แพทย์ที่พัฒนาขึ้นสามารถจัดบริการให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถรองรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่บริการได้ถึงร้อยละ 63 ของการเจ็บป่วยทั้งหมดในปีที่ 3 ของการ

พัฒนา ผู้มาใช้บริการร้อยละ 98 พอใจที่มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ 73 พึงพอใจในบริการเนื่องจากสถานที่ตั้งใกล้ และร้อยละ 56 พอใจเพราะสะดวกในการรับบริการไม่ต้องรอนาน สำหรับความต่อเนื่องในบริการนั้นพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ดูแลที่ศูนย์แพทย์ จะได้รับการดูแลต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 90 ทุกกลุ่ม และมีอัตราการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพียงร้อยละ 1.6

Abstracts

A model of Urban Health Center in Nakhon Ratchasima Province has been evaluated by using criterias for quality of care at the primary level which

are; accessibility, acceptability, affordability, continuity of care, holistic care and community involvement. This paper presents some selected indicators which indicate success of the development. It shows that 63% of illnesses among catchment population were served by Urban Health Center in the third year of development. The users were satisfied by getting care from doctors, proximity of the Urban Health Center which is in the community and short waiting time. Continuity rate in high risk groups was more than 90%. Referral rate to Maharaj Hospital was only 1.6%.

บทนำ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 1,000 เตียง มีพันธกิจในการจัดบริการสาธารณสุข อันประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบ คือเขตเมืองนครราชสีมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส ตลอดจนเป็นศูนย์รับผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ในระหว่างปีงบประมาณ 2535-2537 มีผู้มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นจำนวนรวม 447,489, 458,866 และ 509,016 ครั้ง คิดเป็นจำนวนครั้งต่อวันเท่ากับ 1,566, 1,604 และ 1,780 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นการให้บริการด้านรักษาพยาบาลร้อยละ 73.55 การส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 8.90 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคร้อยละ 9.84 และการฟื้นฟูสภาพร้อยละ 7.71 สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยการรักษาพยาบาลนั้นเป็นผู้ป่วยที่มาโดยระบบส่งต่อเพียงร้อยละ 6.82 มาโดยการนัดหมายโดยแพทย์ 22.45 และที่เหลือทั้งหมดร้อยละ 70.82 มาเองโดยไม่มีใบนำส่งหรือใบนัด (ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2537)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาภูมิสำเนาของผู้มารับบริการพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือร้อยละ 52.62 เป็นผู้ที่มีภูมิสำเนา

อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่เหลือร้อยละ 38.66 มาจากอำเภออื่นๆ ในจังหวัดนครราชสีมา และมาจากต่างจังหวัดเพียงร้อยละ 8.72 เท่านั้น

เนื่องจากชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น คืออยู่ในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา 187,955 คนอยู่นอกเขตเทศบาลอีก 138,066 คน และอยู่ในเขตทหารอีกประมาณ 80,000 คนเศษ รวมทั้งสิ้นประมาณ 400,000 คนเศษ แต่สถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองที่จะให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอย่างมีคุณภาพนั้นยังไม่เพียงพอ ประชาชนส่วนใหญ่ในเขตเทศบาล เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย (ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล) จะไปรับบริการจากคลินิกเอกชนมากที่สุดร้อยละ 27 รองลงมาคือร้านขายยาร้อยละ 21 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร้อยละ 19 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 14 สถานีอนามัยร้อยละ 3 สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลที่มีอยู่เพียง 2 แห่งมีประชาชนไปใช้บริการเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2536)

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับคือ การเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Accessibility) ความพึงพอใจในบริการ (Acceptability) การที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ (Affordability) เป็นบริการที่เบ็ดเสร็จ ผสมผสานเป็นองค์รวม (Comprehensiveness, Integrated and Holistic care) มีความต่อเนื่อง (Continuity of Care) และประชาชนมีส่วนร่วม (Community Participation) แล้ว (Starfield, 1992) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับบริการดังกล่าวอย่างครบถ้วนจากการสำรวจประชาชนในเขตเมืองพบว่าประชาชนมีความพึงพอใจบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, อ้างแล้ว) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทางด้านความรู้ความสามารถของแพทย์มากที่สุด แต่ไม่พึงพอใจการต้อนรับ และการที่ต้องรอนานเกินไป สำหรับความต่อเนื่องในการดูแลรักษาและความเป็นองค์รวมนั้น แม้จะมีการดำเนินการโครงการต่างๆ ในหลายกลุ่มงาน เช่น โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

โครงการฟื้นฟูสภาพผู้พิการที่บ้าน โครงการอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มเสี่ยง ฯลฯ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม และมีการจัดการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพเพียงพอ

นอกจากนี้ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล มีทั้งผู้ป่วยที่ต้องการบริการขั้นพื้นฐาน (Primary Care) และผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Secondary Care) จนถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Tertiary Care) (สุพิศร และคณะ, 2539) จากความไม่เหมาะสมของการให้บริการดังกล่าวได้ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่ต้องการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นไปอย่างขาดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต ความพิการ หรือการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจึงได้ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างรูปแบบของสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพขึ้นในเขตเมือง มีอัตรากำลังประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบจำนวน 7,000 คน และจัดบริการเชิงรุกออกไปในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่บริการโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส ได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ อีกทั้งยังอาจจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องไปรับการรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็น อันเป็นการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งจะทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความจำเป็นได้ดียิ่งขึ้น

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาตามรายละเอียดในภาพที่ 1 ซึ่งเป็นการดำเนินงานพัฒนารูปแบบและมีการประเมินผลควบคู่กันไปเป็นระยะๆ

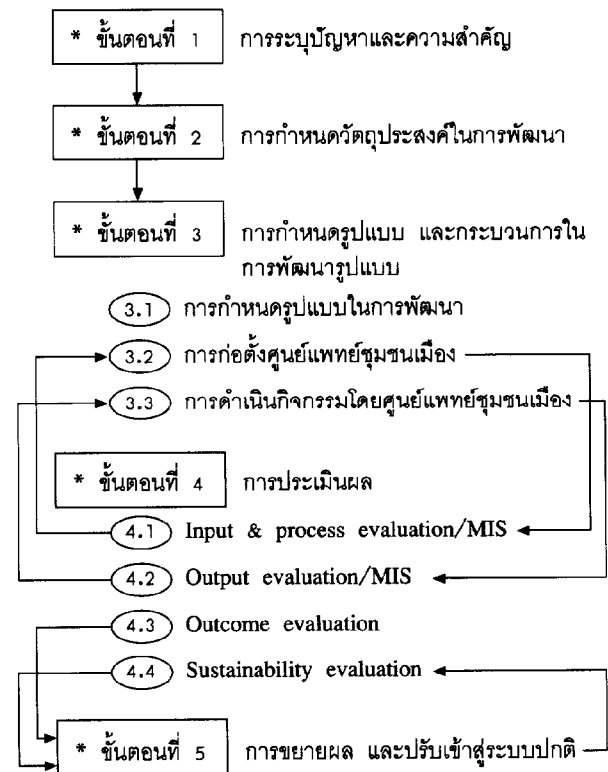
ผลจากการประเมินที่สำคัญประกอบด้วย

1. การประเมินปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงาน

2. การประเมินคุณภาพบริการ
3. การประเมินต้นทุนประสิทธิผล
4. การประเมินผลกระทบของโครงการต่อระบบสาธารณสุข

โครงการนี้ได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 3 ปี คือ ปีพ.ศ. 2537-2539

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง



MIS = Management Information System

วัตถุประสงค์

บทความตอนนี้ ผู้เขียนใคร่ขอนำเสนอผลการประเมินเฉพาะประเด็นคุณภาพบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จัดขึ้นโดยศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองในด้านต่อไปนี้

1. มีบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ครบถ้วน

ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์ เครื่องชี้วัด และวิธีการรวบรวมข้อมูล

วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด	วิธีการรวบรวมข้อมูล
1. เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการ (accessibility)	- อัตราการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ - สัดส่วนจำนวนครั้งของการมารับบริการที่ศูนย์ต่อจำนวนครั้งของการใช้บริการทั้งหมด (ทุกสถานบริการ) - ความครอบคลุมของบริการขั้นพื้นฐาน	- UIS - สุ่มสำรวจในชุมชน - UIS
2. การยอมรับและความพึงพอใจในบริการ (acceptability)	- การยอมรับของประชาชนต่อศูนย์ - ความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ - เวลารอคอยของผู้มารับบริการ	- สุ่มสัมภาษณ์ในชุมชน - Focus group discussion - Time motion study
3. การบริการที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ (affordability)	- ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพต่างๆ - สัดส่วนของการจ่ายค่าบริการในรูปแบบต่างๆ ที่ศูนย์แพทย์	- UIS - UIS
4. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)	- ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนไว้รักษาที่ศูนย์แพทย์ - ความต่อเนื่องในการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน แก่กลุ่มเสี่ยงแม่และเด็ก - สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม	- UIS - UIS - UIS
5. การดูแลแบบองค์รวม คือ เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน และชุมชนมีส่วนร่วม (Holistic Care)	- Input indicators ที่แสดงให้เห็นการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแบบ Holistic Care - Process indicators คือ กระบวนการให้บริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน - Output indicators ที่แสดงความครอบคลุมหรือบริการแบบองค์รวมที่กลุ่มเป้าหมายพึงได้รับ	- การจดบันทึก และการสังเกต - การสังเกตการให้บริการตาม Check list - สุ่มสำรวจในชุมชน

(Readily accessibility)

2. มีการบริการที่เป็นที่ยอมรับในชุมชน (Acceptability)
3. มีการบริการที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ (Affordability)
4. มีความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Continuity of care)
5. มีการบริการแบบองค์รวม คือ เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน (Holistic Care) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement)

เครื่องมือและวิธีการดำเนินงาน

การประเมินผลส่วนนี้เป็นการดำเนินงานโดยทีมวิจัย

ภายใน (Internal evaluators) โดยการจัดระบบข้อมูลข่าวสารขึ้นเรียกว่า Urban Health Center Information System (UIS) มีการออกแบบเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเข้า และมีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประมวลผลข้อมูล (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษาวิจัย

ในรายงานนี้ได้เลือกเครื่องชี้วัดบางตัวนำเสนอในแต่ละด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ (Accessibility)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการคือ สถานที่ตั้งของสถานบริการ สิทธิการรักษาพยาบาล และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

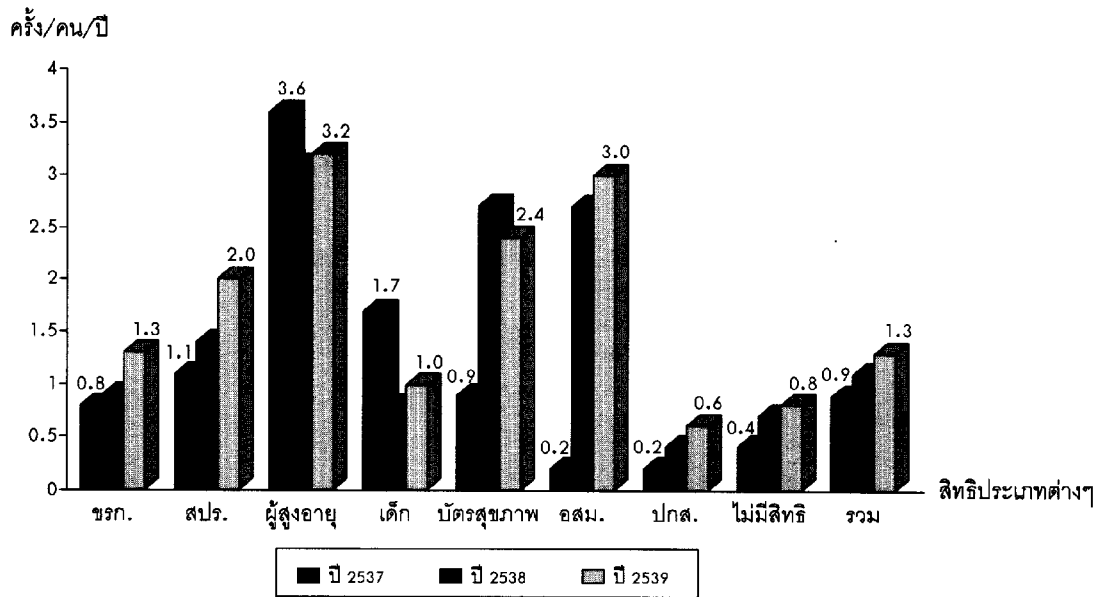
ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่บริการเปรียบเทียบกับอัตราป่วย ปีพ.ศ. 2536-2539

อัตรา (ครั้ง/คน/ปี)	ปี 2536	ปี 2537	ปี 2538	ปี 2539
อัตราป่วยของประชาชนในเขต*	0.9	1.8	ไม่มีข้อมูล	1.4
อัตราการใช้บริการที่ศูนย์แพทย์**	0	0.97	1.07	1.1

* ได้จากการสุ่มสำรวจประชาชนในเขต สอบถามการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ 2 สัปดาห์

** ได้จากการนำจำนวนครั้งของการใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ของประชาชนในเขต หารด้วยจำนวนประชากรในเขตทั้งหมด

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตที่ศูนย์แพทย์แยกตามสิทธิประเภทต่างๆ ในปีพ.ศ. 2537-2539



หมายเหตุ : ชรก. คือ ชำรภาพการ สปร. คือ โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย
อสม. คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ปกส. คือ ประกันสังคม

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่บริการของศูนย์แพทย์ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอัตราป่วย ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มาใช้บริการมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุ อสม. ผู้มีบัตรประกันสุขภาพ ผู้มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และข้าราชการ ตามลำดับ

ภาพที่ 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนการใช้บริการของผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งอยู่ในเขตบริการของศูนย์ จากสถานบริการอื่นๆ ในเขตเมืองมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์มากขึ้น

2. การยอมรับและความพึงพอใจในบริการของประชาชน (Acceptability)

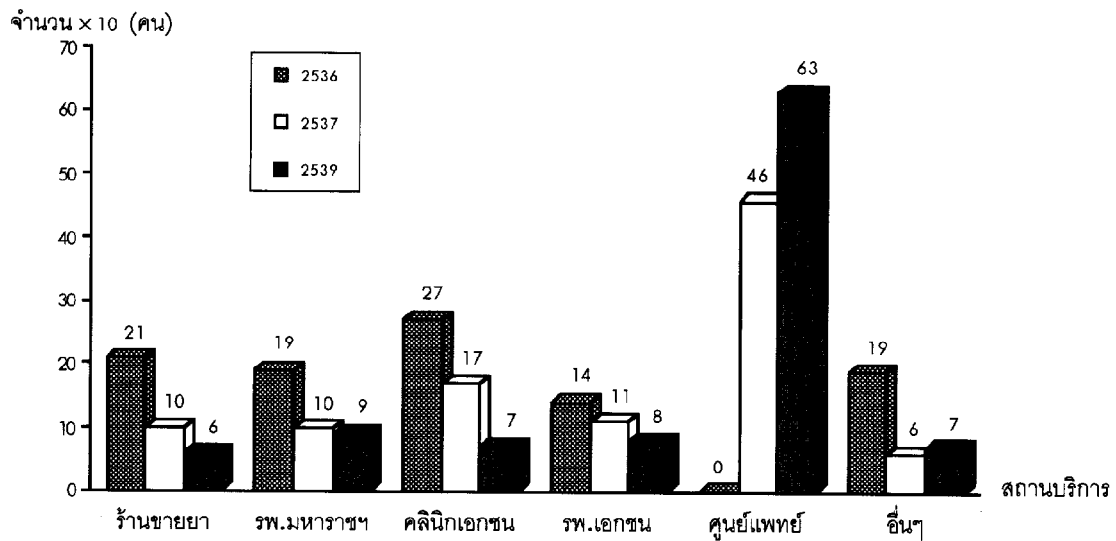
ผู้ป่วยที่เลือกมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์เนื่องจาก

สถานที่ตั้งใกล้บ้าน สะดวกในการมารับบริการไม่ต้องรอนาน และที่สำคัญคือมีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ แพทย์สนใจคำบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 3 และ 4

3. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability)

จากการสำรวจข้อมูลรายได้ และหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนในเขตบริการก่อนดำเนินโครงการในปี พ.ศ. 2536 พบว่าประชาชนในเขตบริการของศูนย์แพทย์ มีผู้มีรายได้ต่ำกว่า 2,800 บาทต่อครอบครัวต่อเดือน (ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการได้รับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) เพียงร้อยละ 12 เท่านั้น ค่าเฉลี่ยของรายได้ต่อเดือนในประชากรกลุ่มนี้ถ้าคิดโดย Mean จะมีค่า

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการใช้บริการในสถานบริการต่างๆ ของประชาชนที่เจ็บป่วยเล็กน้อยในเขตเมือง ปีพ.ศ. 2536 (ก่อนสร้างศูนย์) ปีพ.ศ. 2537 (หลังสร้างศูนย์ 1 ปี) และปีพ.ศ. 2539 (หลังสร้างศูนย์ 3 ปี)



หมายเหตุ : เก็บข้อมูลโดยการสุ่มสำรวจในพื้นที่บริการ (Catchment Area) สอบถามการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลย้อนหลัง 2 สัปดาห์ และสถานที่เลือกไปรักษาแห่งแรกของการเจ็บป่วยนั้นๆ
 ปีพ.ศ. 2536 กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ 5,759 คน อัตราป่วย 0.9 ครั้งต่อคนต่อปี
 ปีพ.ศ. 2537 กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ 1,085 คน อัตราป่วย 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี
 ปีพ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ 1,368 คน อัตราป่วย 1.4 ครั้งต่อคนต่อปี
 จากจำนวนประชากรรวม 6,914 คน (กรกฎาคม 2539)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเหตุผลของผู้ป่วยเล็กน้อย (OPD Case) ที่เลือกไปรักษาที่ศูนย์แพทย์ และที่อื่น (n = 225)*

เหตุผล	เลือกไปศูนย์แพทย์ (n = 152)	เลือกไปที่อื่น (n = 73)
สถานที่ตั้งใกล้ที่พัก	73 (48%)	7 (9.6%)
สะดวกในการรับบริการ		
ไม่ต้องรอนาน	56 (37%)	16 (22%)
คุ้นเคยกับแพทย์ผู้รักษา	7 (4.6%)	13 (18%)
เชื่อถือในบริการ (มีเครื่องมือ)		
มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	7 (4.6%)	17 (23%)
มีประกันสุขภาพ	9 (5.8%)	10 (14%)
ศูนย์แพทย์ปิดบริการ		5 (6.7%)
อื่นๆ		5 (6.7%)

* สุ่มสำรวจประชาชนในเขต 1,368 คน สอบถามประวัติการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลย้อนหลัง 2 สัปดาห์ แล้วถามชื่อสถานบริการที่เลือกไปรักษาเป็นแห่งแรก และเหตุผลพบว่าผู้ป่วย 225 คน เลือกไปศูนย์แพทย์ 152 คน และที่อื่น 73 คน

เฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 9,238 บาท แต่ถ้าคิดโดย Median จะมีค่าเท่ากับ 6,200 บาท และถ้าคิดโดย Mode จะมีค่า

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจในการใช้บริการในผู้ที่เคยไปใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ (n = 187)**

บริการ	ร้อยละที่ตอบว่ามีความพอใจ
มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ	98.0
คำแนะนำของแพทย์/พยาบาล	96.3
มีบริการครบถ้วน	58.3
มีแพทย์/พยาบาลมาเยี่ยมที่บ้าน	75.0
คุณภาพการรักษา	89.8
ราคาค่าบริการ	85.0
ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่	94.6
แพทย์สนใจคำบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	98.0
เวลาที่แพทย์ตรวจรักษา	91.4
ความทันสมัยของเครื่องมือแพทย์	59.4
ความน่าเชื่อถือของตัวอาคาร	93.0

** สอบถามจากผู้ป่วย 225 คน ที่เคยไปใช้บริการศูนย์แพทย์ ทั้งที่เลือกเป็นสถานบริการลำดับแรกและลำดับหลัง พบว่าเคยไปใช้บริการ 187 คน

เท่ากับ 3,000 บาท ซึ่งแสดงว่ารายได้ของประชากรกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี มีผู้ที่ไม่

ตารางที่ 5 มูลค่าการให้บริการ และวิธีการจ่ายค่าบริการในรูปแบบของสิทธิในการมีหลักประกันสุขภาพด้านต่างๆ ของผู้มารับบริการที่ศูนย์แพทย์ ปีพ.ศ. 2537-2539

การจ่ายค่าบริการ	ปีพ.ศ. 2537		ปีพ.ศ. 2538		ปีพ.ศ. 2539	
	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ
เงินสด (เบิกได้)	153,683	26.3	416,900	23.2	712,800	24.4
เงินสด (ไม่มีสิทธิ)	130,392	22.3	392,475	21.9	704,040	24.1
สงเคราะห์ประเภท ข.	36,826	6.3	25,197	1.4	21,394	0.7
สงเคราะห์ประเภท ก.	212,125	36.3	232,450	12.9	296,285	10.1
บัตรสุขภาพ	33,723	5.8	186,655	10.4	234,320	8.0
บัตรประกันสังคม	17,130	3.0	540,590	30.1	959,880	32.7
บัตรประกันเอกชน	-	-	500	0.1	480	0.0
รวม	583,879	100.0	1,794,767	100.0	2,927,199	100.0

มีหลักประกันด้านสุขภาพอยู่ถึงร้อยละ 44.6 ของประชากรทั้งหมด และมีจำนวนผู้ที่เดือดร้อนเมื่อเจ็บป่วยคือต้องไปกู้ยืม จำนำ หรือไปขอจากญาติ มีร้อยละ 9 ในผู้ป่วยนอก และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยใน

ตารางที่ 5 แสดงมูลค่าการให้บริการของศูนย์แพทย์ และสัดส่วนตามวิธีการจ่ายค่าบริการ ซึ่งพบว่าผู้มารับบริการที่ต้องจ่ายเป็นเงินสดและเบิกคืนไม่ได้มีสัดส่วนของการจ่ายเพียงร้อยละ 22-24 ของการจ่ายค่าบริการในศูนย์แพทย์ทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีฐานะดี มีรายได้ต่อเดือนเกินค่าเฉลี่ย คือ 9,238 บาท ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของค่าบริการของศูนย์แพทย์ต่อการมารับบริการ 1 ครั้งจะมีราคาเพียง 90 บาทเท่านั้น ส่วนผู้มารับบริการที่เหลือส่วนใหญ่มีหลักประกันด้านสุขภาพ หรือได้รับสวัสดิการสาธารณสุข ซึ่งจะเห็นว่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีสิทธิและหลักประกันใดๆ และไม่สามารถจ่ายได้ (สงเคราะห์ประเภท ข.) มีจำนวนไม่มากนัก

4. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ศูนย์แพทย์ได้สร้างระบบเพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยง เช่น แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค อีयरอยด์ ดังนี้

- ก. มีระบบนัด และขึ้นทะเบียนเพื่อดูแลต่อเนื่อง
- ข. มีสมุดคู่มือประจำตัวให้แก่ผู้ป่วย
- ค. มีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มต่างๆ อย่างน้อยปีละ

1 ครั้ง และติดตามทุกครั้งเมื่อขาดนัด

ง. มีอาสาสมัครในชุมชนช่วยดูแลและให้ข้อมูลข่าวสาร

จ. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และศูนย์แพทย์

กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ดูแลต่อเนื่องที่ศูนย์แพทย์จะได้รับบริการต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 90 ทุกกลุ่ม และมีอัตราการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร้อยละ 1.6

5. การดูแลแบบองค์รวม และชุมชนมีส่วนร่วม (Holistic Care & Community Involvement)

ประเมินโดย Input Indicators ที่แสดงให้เห็นการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแบบองค์รวม ดังนี้

ก. มีการกำหนดพื้นที่บริการและจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ (Catchment Area/Population) แต่ในทางปฏิบัติจริงไม่สามารถสกัดผู้ป่วยนอกเขตได้

ข. การออกแบบสถานที่และจุดบริการต่างๆ ให้เป็น One Stop Service และเชื่อมต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ค. การมีทีมงานเล็กๆ มีความสามารถหลายด้าน (Polyvalent) มีเจตคติที่ดีต่อการจัดบริการแบบองค์รวม และมี Psycho-social Skills

ง. มีการจัดทำมาตรฐานงานในการให้บริการแบบ

ผสมผสาน (Integration)

จ. มีระบบข้อมูลในการจัดบริการที่เอื้อต่อการให้แพทย์และทีมงานได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เช่น Family Folders

ฉ. มีกิจกรรมที่เอื้อให้ทีมงานได้สัมผัสชุมชนอยู่เสมอ เช่น การเยี่ยมบ้าน

ช. มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมตามศักยภาพ เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาอสม. แม่อาสาชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ประเมินโดย Process Indicators คือกระบวนการให้บริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เทคนิคของการสังเกต สัมภาษณ์ และนิเทศงาน (มีรายงานแยก)

วิจารณ์

1. วิธีการประเมินและเครื่องชี้วัด

โครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ โดยมีกรอบแบบการประเมินผลไว้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนคือ Input → Process → Output → Outcome → Sustainability ควบคู่ไปกับการดำเนินงานพัฒนาตลอด 3 ปีของโครงการ รายงานนี้ได้นำเสนอบางส่วนของผลการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกเครื่องชี้วัดและวิธีการประเมินที่เห็นว่าสามารถนำมาใช้ในการประเมิน และควบคุมกำกับการพัฒนาคุณภาพบริการในงานประจำได้ นอกจากนี้ โครงการฯ ได้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารซึ่งเรียกว่า Urban Health Center Information System (UIS) ขึ้น โดยออกแบบเครื่องมือในการนำเข้าข้อมูลทั้งจากชุมชนและสถานบริการ ทั้งข้อมูลด้านบริการและการเงิน เพื่อวิเคราะห์ และจัดทำรายงานที่สามารถนำเสนอคุณภาพบริการตามเครื่องชี้วัดที่ระบุคุณภาพบริการ ที่พึงประสงค์ได้เป็นรายเดือน เช่น อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตบริการ อัตราความครอบคลุมของบริการในกลุ่มเป้าหมาย มูลค่าการให้บริการ และวิธีการจ่ายค่าบริการ อย่างไรก็ตาม เครื่องชี้วัดบางตัว เช่น สัดส่วนการใช้บริการของผู้ป่วยที่มายังศูนย์แพทย์หรือสถานบริการอื่นๆ ในเขตเมือง ความพึงพอใจในบริการ ฯลฯ สามารถจัดเก็บข้อมูลได้โดยการสุ่มสำรวจ ซึ่งถือว่าเป็น

ระบบการประเมินผลที่สำคัญอีกรูปแบบหนึ่งที่สำคัญสำหรับสถานบริการในระดับปฐมภูมิ

การประเมินคุณภาพบริการบางส่วน เช่น ความต่อเนื่องของบริการ ความเป็นองค์รวม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องอาศัย Input และ Process Indicators ที่แสดงกระบวนการให้บริการ เช่น การจัดทำทะเบียน การมีคู่มือ และดำเนินการตามคู่มือ รวมไปถึงการสังเกตทักษะในการจัดบริการ และการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ก็เป็นการประเมินที่สำคัญซึ่งต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบวิธีการประเมินและเครื่องชี้วัดที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัยนี้กับวิธีการประเมินอื่นๆ ที่มีการดำเนินงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น โครงการรับรองคุณภาพของสถานบริการ (Accreditation) โครงการรับประกันคุณภาพทางการแพทย์ (Quality Assurance) และโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการฯ (พบส.) ก็พบว่าจุดเด่นของเครื่องชี้วัดและวิธีการประเมินของโครงการฯ นี้คือ เครื่องชี้วัดของโครงการฯ จะเน้นการเชื่อมต่อนระหว่างข้อมูลที่จัดเก็บในสถานบริการกับข้อมูลของประชากรในพื้นที่บริการของศูนย์แพทย์ และเครื่องชี้วัดหลายตัวจะต้องจัดเก็บในชุมชนอันเป็นการตอบสนองต่อแนวคิดสำคัญของสถานบริการปฐมภูมิคือ จุดสัมผัสระหว่างระบบบริการสาธารณสุขและชุมชน (Institute of Tropical Medicine, 1991-1992) ซึ่งพบได้น้อยในเครื่องชี้วัดของโครงการอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการประเมินคุณภาพบริการ

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองแห่งแรกของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในโครงการวิจัยนี้ กับศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองแห่งแรกของโครงการอยุธยา (ศูนย์แพทย์อยุธยา) (สุพัตรา และคณะ, 2538ก; สุพัตรา และคณะ, 2539) และผลการวิจัยของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร (สุพัตรา และคณะ, 2538ข) พบว่ามีความเหมือนและความแตกต่างในด้านต่อไปนี้

อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตบริการศูนย์แพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็น 1.1 ครั้งต่อคนต่อปี ขณะที่

ที่ศูนย์แพทย์อยุธยาเป็น 2 ครั้งต่อคนต่อปี และศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมีอัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตเพียง 0.2 ครั้งต่อคนต่อปี เนื่องจากเขตรับผิดชอบของกรุงเทพมหานครกว้างขวางมาก

ในภาพที่ 3 ที่แสดงว่าศูนย์แพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาสามารถรองรับผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 63 ของการเจ็บป่วยทั้งหมดในปีที่ 3 นั้นสอดคล้องกับการศึกษาของผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลอยุธยา ซึ่งได้รับการประเมินว่า ในบรรดาผู้ป่วยนอกทั้งหมดนั้นมีลักษณะการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาจากแพทย์ทั่วไปร้อยละ 48 และพยาบาลร้อยละ 17 และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นที่ต้องการการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง (สุพัตรา และคณะ, 2539ข)

ในด้านเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกใช้บริการที่ศูนย์ทั้ง 3 แห่งตอบเป็นอันดับหนึ่งเหมือนกันคือ สถานที่ตั้งใกล้ที่พักและสะดวกในการมารับบริการ ไม่ต้องรอนาน สำหรับผู้รับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครจะให้เหตุผลเพิ่มเติมคือเสียค่าใช้จ่ายน้อยและมีบัตรสงเคราะห์เพราะศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครจะให้บริการฟรี สำหรับงานวิจัยที่ศูนย์แพทย์อยุธยา มีผู้ตอบว่าพึงพอใจที่แพทย์ตรวจร่างกายละเอียด และอธิบายปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ด้วย ซึ่งในส่วนนี้ทางศูนย์แพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ดำเนินการมาตั้งแต่ต้นแล้ว

มีข้อสังเกตจากงานวิจัยศูนย์แพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประการหนึ่งคือ ในการจัดตั้งศูนย์แพทย์แห่งแรกในปีแรกซึ่งยังขาดงบประมาณก่อสร้างอาคาร ทีมงานได้ไปอาศัยศาลาโรงลิเกในวัดของชุมชนแห่งหนึ่ง และเปิดให้บริการเป็นเวลาถึง 1 ปี โดยมีแพทย์ไปให้บริการทุกวัน ผลจากการประเมินสัดส่วนของผู้มาใช้บริการเมื่อสิ้นปีคิดเป็นร้อยละ 46 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ภาพที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจด้วยวิธีการเดียวกันในศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งที่ 2 ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาซึ่งมีการลงทุนสร้างอาคารตั้งแต่เริ่มแรก แต่มีเฉพาะพยาบาลไปทำหน้าที่ให้บริการในปีแรกนั้น พบสัดส่วนของผู้ป่วยมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์แห่งที่ 2 เพียงร้อยละ 23 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่าคนในเมืองนครราชสีมาต้องการสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ

ข้อเปรียบเทียบประการสุดท้ายคือรายรับของศูนย์แพทย์ที่เก็บได้เป็นเงินสดจากตารางที่ 5 พบว่ามีมูลค่า 1,416,840 บาท ในปีพ.ศ. 2539 และยังมีโอกาสได้รับเงินจัดสรรจากกองทุนประกันสุขภาพและประกันสังคมเพิ่มอีกประมาณ 1 ล้านบาท เงินส่วนนี้ศูนย์แพทย์นำมาจัดเก็บในรูปของเงินบำรุง และมีการจัดทำแผนเงินบำรุงเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาศูนย์ เช่น จัดหาครุภัณฑ์เพิ่มเติม จ้างลูกจ้างมาช่วยงานเพิ่มเติม ต่อเติมและซ่อมแซมอาคารรวมทั้งจ่ายเป็นค่าล่วงเวลาให้แก่แพทย์ พยาบาล ที่เปิดให้บริการนอกเวลาด้วย อำนาจในการบริหารเงินบำรุงได้เองนี้คือสิ่งสร้างแรงจูงใจ และขวัญกำลังใจให้ทีมงานมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาศูนย์แพทย์มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร พบว่าศูนย์ส่วนใหญ่มีรายรับเพียงปีละ 2-2.5 แสนบาทเท่านั้น โดยที่รายรับนี้ต้องส่งคืนส่วนกลางทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีข้อจำกัดในการบริหารและพัฒนางานของศูนย์ค่อนข้างมาก

ข้อสรุป

บทความนี้ได้นำเสนอผลการวิจัยบางส่วนของโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในด้านการประเมินผลคุณภาพบริการ ผู้วิจัยได้คัดเลือกเครื่องชี้วัดที่สำคัญ และสามารถจัดเก็บได้ง่ายในงานปกติมานำเสนอประกอบกับผลการศึกษาในระหว่างปีพ.ศ. 2537-2539 เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีบางส่วนที่จะต้องพัฒนาต่อไป งานวิจัยชิ้นนี้ ได้แสดงให้เห็นเงื่อนไขสำคัญในการก่อตั้งและพัฒนาสถานบริการระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้แก่ ต้องมีสถานบริการตั้งอยู่ในชุมชน ต้องมีประชาชนในเขตรับผิดชอบชัดเจน ต้องมีทีมงานที่ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับการจัดบริการแบบองค์รวม และยังสามารถแสดงให้เห็นว่าผลจากการพัฒนาดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงแผนของการใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ให้มาใช้บริการที่

ศูนย์แพทย์มากขึ้นเป็นร้อยละ 63 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด ในปีที่ 3 ของการพัฒนา ผู้มาใช้บริการร้อยละ 98 พอใจที่มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการร้อยละ 73 พึงพอใจในบริการ เนื่องจากสถานที่ตั้งใกล้ที่พัก และร้อยละ 56 พอใจเพราะสะดวกในการรับบริการ ไม่ต้องรอนาน สำหรับความต่อเนื่องในบริการนั้น พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนไว้ดูแลที่ศูนย์แพทย์จะได้รับการดูแลต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 90 ทุกกลุ่ม และมีอัตราการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

มหาราชา เพียงร้อยละ 1.6 หากมีการขยายผลการดำเนินงานรูปแบบนี้ให้กว้างขวางมากขึ้น นอกจากประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพแล้ว ยังสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชาได้ และช่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักได้เต็มประสิทธิภาพมากขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2536) รายงานการสำรวจเบื้องต้น โครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง. เอกสารอัดสำเนา.
2. ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. รายงานประจำปี 2537. เอกสารอัดสำเนา.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2538ก) การศึกษาความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสุขภาพด่านแรก, โครงการอยุธยา. เอกสารอัดสำเนา.
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ดวงพร เสงบุญพันธ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคณะ. (2538ข) โครงการศึกษาประเมินผลศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.
5. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, ประภาพรณ คำคม. (2539ก) ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย: สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา, โครงการอยุธยา. ดีไซน์. กรุงเทพฯ.
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2539ข) รายงานการศึกษาการสำรวจสภาวะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โครงการอยุธยา. เอกสารอัดสำเนา.
7. Institute of Tropical Medicine. *The role of the health center in the context of a district health system based on Primary Health Care.* Handout for the 28th International Course in Health Development, Antwerp, 1991-1992.
8. Starfield B. (1992) *Primary care: concept, evaluation and policy.* Oxford University Press, New York.