

ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง ๑๔ ประเทศ

สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์*

วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย*

วิศรี วายูรกุล*

จรรยา กัทธราชาชัย*

บทคัดย่อ

จากการที่มีการขยายตัวของชุมชนเขตเมืองเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองมีความสำคัญมากขึ้น การศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศต่างๆจะช่วยให้ได้เรียนรู้รูปแบบที่ดีและนำมาปรับใช้กับระบบบริการของประเทศต่อไปได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองในต่างประเทศ และเปรียบเทียบการจัดบริการดังกล่าวของประเทศเหล่านั้น วิธีการศึกษาเป็นการทบทวนเอกสารเปรียบเทียบระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน 14 ประเทศ คือ บราซิล แคนาดา สเปน คิวบา เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮังการี เดนมาร์ก สวีเดน เบลเยียม อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ตามกรอบแนวทางการประเมินระบบบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก ภูมิภาคยุโรป (Primary Care Evaluation Tool : PCET of WHO European Region) จากการศึกษาพบว่าประเทศที่มีระบบผู้เฝ้าประตู (gatekeeper) ไม่ว่าจะโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ดี ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประเทศส่วนใหญ่ที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมีการจัดบริการโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วย ประเทศที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรูปแบบประกันสุขภาพภาคบังคับจะไม่มีระบบผู้เฝ้าประตูคอยคัดกรองผู้ป่วย แต่มีการนำระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็น.

คำสำคัญ: บริการปฐมภูมิ, บริการปฐมภูมิเขตเมือง, ระบบบริการปฐมภูมิ, ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง

Abstract

Urban Primary Care System in 14 countries

Surasak Buranatrevedh*, Viwat Puttawanchai*, Wisree Wayurakul*, Junya Pattaraarchachai*

*Faculty of Medicine, Thammasat University

People living in urban areas are growing; therefore, urban primary medical care is more crucial. Studying urban primary care systems in various countries will make us learn from best practice in each country which may be applied to Thai urban medical system. Objectives of this study were to analyze and compare urban primary care systems among each country. Study design was documentary research about urban primary care systems in 14 countries including Brazil, Canada, Spain, Cuba, Republic of Korea, Japan, Taiwan, Hong Kong, Denmark, Sweden, Belgium, United Kingdom, United States of America, and Australia. Primary Care Evaluation Tool (PCET) of WHO European Region was used as a framework for analysis. From this study, countries with gatekeeper system (patients were screened by general practitioners or family physicians) had good continuous, collaborative, and coordinate care with appropriate health care costs. Most of countries which governments spent budget for people's medical care expenses had provided general practitioners or family physicians as gatekeepers acting in patients screening. There was no gatekeeper system in countries which people were responsible for their own medical care expenses but co-payment system was involved to reduce unnecessary service uses.

Keywords: primary care, urban primary care, primary care system, urban primary care system

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภูมิหลังและเหตุผล

สหประชาชาติพบว่าในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ประชากรโลกน้อยกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง แต่ในอีก ๓๐ ปีข้างหน้ามีการคาดการณ์ว่าเกือบ ๒ ใน ๓ ของประชากรโลกจะอาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง การเติบโตของประชากรโลกระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๐๐-๒๐๓๐ ส่วนมากจะเกิดจากชุมชนเมืองเป็นหลัก โดยมีการคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ร้อยละ ๖๐.๔ ของประชากรโลก (๔.๙ พันล้านคน จาก ๘.๑ พันล้านคน) จะเป็นประชากรในชุมชนเขตเมือง เปรียบเทียบกับในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ ที่มีประชากรในชุมชนเขตเมืองเพียงร้อยละ ๔๘.๓ (๒.๘ พันล้านคน จาก ๖ พันล้านคน) สัดส่วนของประชากรที่อาศัยในเขตมหานคร (megacities) ซึ่งเป็นเมืองที่มีขนาดประชากรมากกว่า ๑๐ ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔.๓ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ เป็นร้อยละ ๕.๒ ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕^(๑) การบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นการให้บริการแบบบูรณาการและเข้าถึงได้โดยแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือผู้ช่วยแพทย์ และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ เพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพทุกมิติของกลุ่มประชากร มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและชุมชน^(๒) สำหรับชุมชนเขตเมืองจึงมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศไทยพบว่า การที่บริบทของเขตเมืองแตกต่างจากชนบททำให้การจัดบริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน การจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศไทยมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน^(๓) การศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศต่างๆ จะช่วยให้ได้เรียนรู้รูปแบบที่ดีและนำมาปรับใช้กับระบบบริการของประเทศต่อไปได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองในต่างประเทศและเปรียบเทียบการจัดบริการดังกล่าวของประเทศเหล่านั้น

วิธีการศึกษา

เป็นการทบทวนเอกสารเปรียบเทียบระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน ๑๔ ประเทศ คือ บราซิล แคนาดา สเปน คิวบา

เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮังการี เดนมาร์ก สวีเดน เบลเยียม อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ตามกรอบแนวทางการประเมินระบบบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก ภูมิภาคยุโรป (Primary Care Evaluation Tool: PCET of WHO European Region)^(๔) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินหน้าที่หลักของระบบบริการ ๔ ด้าน คือ (๑) Stewardship หมายถึง บทบาทในการควบคุมกำกับกิจกรรมพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงวิสัยทัศน์ ทิศทางนโยบาย การดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายผ่านการบังคับใช้กฎหมายและการให้คำแนะนำ การสนับสนุน ตลอดจนการเก็บและใช้ข้อมูล (๒) Resource Generation หมายถึง การจัดการทรัพยากรที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงความยั่งยืนและครอบคลุมบริการระดับต่างๆ ตลอดจนพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่หลากหลาย ทรัพยากรดังกล่าวได้แก่ ทรัพยากรทางกายภาพ เช่น อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรด้านความรู้และสารสนเทศ ปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรบุคคลมีความจำเป็นที่จะต้องสอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพในระดับต่างๆ และคำนึงถึงความเท่าเทียมกันในระบบบริการ ความรู้และทักษะของบุคลากรสุขภาพต้องทันสมัย และสอดคล้องเหมาะสมกับเทคโนโลยี รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการให้บริการสุขภาพ (evidence-based medicine) การวางแผนเกี่ยวกับทรัพยากร และการจัดการตามแผนอยู่ภายใต้หน้าที่ stewardship (๓) Financing หมายถึง การจัดเก็บ รวบรวม และจัดสรรงบประมาณสำหรับระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและโดยภาพรวม หน้าที่ย่อยของ financing จึงประกอบด้วย การจัดเก็บรายได้ การรวบรวมเป็นกองทุนต่างๆ และการซื้อบริการ (๔) Service Delivery เกี่ยวข้องกับการผสมผสานปัจจัยนำเข้าต่างๆ เพื่อใช้ในการจัดการให้เกิดบริการสุขภาพ ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในระดับบุคคล และประชากรกลุ่มใหญ่ การจัดบริการสุขภาพที่ดีประกอบด้วย ๔



ปัจจัยหลัก คือ access to services, continuity of services, coordination of delivery และ comprehensiveness

ผลการศึกษา

บราซิล ^(๕-๑๒)

มีนโยบายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งประเทศเรียกว่า Brazilian Unified Health System (Sistema Unico de Saude: SUS) โดยอาศัยงบประมาณจากภาครัฐเป็นหลัก ในการจัดบริการแบบ Family Health Programme ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจากการจัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ต่างๆเพิ่มขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยทีม Family Health Care ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล วิชาชีพละ ๑ คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ๔-๖ คน รับผิดชอบเขตพื้นที่ที่กำหนด ดูแลประชากรไม่เกิน ๕,๐๐๐ คน แต่เนื่องจากขาดระบบ gatekeeper และระบบส่งต่อ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อและบริการสุขภาพโดยรวมสูง

Good Practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. นโยบาย decentralization ทำให้เกิดการแข่งขันทันทีงบประมาณด้านสุขภาพในทุกระดับ ให้อำนาจท้องถิ่นในการบริหารจัดการงบประมาณ และจัดบริการสุขภาพพื้นฐานในท้องถิ่นตามความต้องการของชุมชน และมีคณะกรรมการสุขภาพในทุกระดับการปกครองที่มีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

๒. สนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิ Family Health Programme เน้นการให้บริการผสมผสานทางการแพทย์และการสาธารณสุขไปด้วยกัน และมุ่งหวังผลในทุกระดับ คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน

๓. ในภาคเอกชนมีการนำระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนแบบ P4P มาใช้เพื่อประโยชน์ในการประกันคุณภาพทั้งในระดับสถานพยาบาล และการให้การดูแลของแพทย์แต่ละคน ในขณะที่ภาครัฐ ยังไม่ได้้นำเรื่องการจ่ายเงินมาผูกกับการประกันคุณภาพ

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. การกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์
๒. ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากภาคเอกชนคู่สัญญาได้
๓. ปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ
๔. ปัญหาการควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลเอกชนคู่สัญญา
๕. ขาดเครือข่ายภายในหน่วยบริการปฐมภูมิกันเอง และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการรับส่งต่อ
๖. ไม่มีระบบการส่งต่อที่เป็นแบบแผนชัดเจน
๗. มาตรฐานการบริการทางการแพทย์ยังคงมีความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยกับคนจน

แคนาดา ^(๑๓-๒๓)

กฎหมายกำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยภาครัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย ผู้ให้บริการหลักคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeper) แต่เนื่องจากบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จัดโดยภาคเอกชน จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น

Good Practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. มีระบบบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน ทั้งบทบาท หน้าที่ บุคลากรที่ได้รับการยอมรับจากรัฐบาล ประชาชน และเพื่อนร่วมวิชาชีพ
๒. นโยบายจัดบริการ และการพิจารณาแผนประกันสุขภาพ รวมทั้งการกำหนดทรัพยากรต่างๆ เป็นไปตามความต้องการของพื้นที่ โดยให้อำนาจภาครัฐของมณฑล/เขตปกครองเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้มีการกำหนดเป้าหมายใหญ่หรือนโยบายที่สำคัญร่วมกันในระดับประเทศ
๓. ครอบพระราชบัญญัติสุขภาพชัดเจน ทำให้มีแนวทางการจัดบริการสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ว่าจะป็นชุมชนเมือง หรือชุมชนชนบท แต่ไม่จำเป็นต้องทำกิจกรรมรูปแบบเดียวกัน
๔. ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการพื้นฐานด้วยความเสมอ

ภาค ไม่ขึ้นกับฐานะ อาชีพ หรือเชื้อชาติ ไม่ต้องร่วมจ่าย มีแผนประกันสุขภาพเสริมจากภาครัฐท้องถิ่นตามความจำเป็น

๕. รัฐบาลกลางมีหน้าที่กำหนดนโยบายหลัก และจัดการสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุน CHT (Canada Health Transfer) รัฐท้องถิ่นมีบทบาทในลักษณะผู้ซื้อบริการ (purchaser) ในขณะที่หน่วยบริการ หรือแพทย์เป็น providers คล้ายกับประเทศไทย แต่มีความซับซ้อนน้อยกว่า

๖. จำนวนแพทย์ต่อประชากรน้อย ระบบค่อนข้างแข็ง (rigid) ทำให้เกิดปัญหาเรื่องระยะเวลารอคอยนานทุกระยะบริการ ไม่ว่าจะรอพบแพทย์เฉพาะทาง รอตรวจพิเศษ หรือรอผ่าตัด

๗. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่ผู้เฝ้าประตู (gatekeeper) ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิและระบบการส่งต่อเข้มแข็ง

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลและบริการสุขภาพส่วนใหญ่จัดโดยภาคเอกชน

สเปน^(๒๔)

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบประกันสุขภาพครอบคลุมทุกคน กระจายอำนาจการจัดการให้แก่ ๑๗ เขต แหล่งงบประมาณหลักสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐมาจากภาษี โดยประชาชนอายุต่ำกว่า ๖๕ ปีต้องร่วมจ่ายค่ายา หน่วยบริการสุขภาพที่เล็กที่สุดส่วนมากเป็นหน่วย Primary care team (PCT) มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeper)

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. มีระบบการกระจายอำนาจการบริหารจัดการบริการสุขภาพไปยัง ๑๗ เขต

๒. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมี่มีความครอบคลุมประชากรจำนวนพอเหมาะ

๓. ประชาชนที่มีอายุน้อยกว่า ๖๕ ปี ต้องร่วมจ่ายสำหรับค่ายา ทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะค่ายาได้

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. การที่ประชาชนอายุต่ำกว่า ๖๕ ปีต้องร่วมจ่ายค่ายาทำให้เกิดปัญหาสำหรับกลุ่มที่มีรายได้น้อย

คิวบา^(๒๕,๒๖)

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่รัฐจัดบริการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีการจัดตั้ง health councils ขึ้นทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการประสานงานภาคส่วนต่างๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ แหล่งเงินคืองบประมาณของรัฐบาล โดยจัดสรรให้แก่หน่วยบริการและโรงพยาบาลต่างๆที่เป็นของรัฐบาล โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเป็นค่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และเครื่องมือทางการแพทย์บางชนิด บริการปฐมภูมิในคิวบา อาศัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักในการให้บริการ ให้บริการครอบคลุมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และมีการกระจายแพทย์ในหน่วยบริการอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. แนวคิดเห็นความเท่าเทียมของคนในชาติ ดังนั้น จึงทำให้การจัดบริการสุขภาพทั่วประเทศเป็นไปในทางเดียวกัน เพียงแต่แตกต่างกันในรายละเอียดของบริการเสริม (ต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของชุมชน)

๒. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมินั้น เน้นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและกระจายบุคลากรทางการแพทย์เข้าสู่เขตชนบทส่วนในเขตเมือง แม้จะมีชุมชนแออัด หรือมีจุดที่มีคนอยู่หนาแน่น ก็ยังคงรูปแบบการบริการสุขภาพเดิม คือ consultorio (ศูนย์แพทย์ชุมชน) และ polyclinic รับผิดชอบพื้นที่เป็นหลัก

๓. การดำเนินงานบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

๔. การกระจายแพทย์เข้าไปในหน่วยบริการปฐมภูมิกระทำได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

สาธารณรัฐเกาหลี^(๒๗)

มีการรวมกองทุนต่างๆเข้าด้วยกันเป็นกองทุนประกันสุขภาพกองทุนเดียว เรียกว่า National Health Insurance (NHI) การประกันสุขภาพเป็นภาคบังคับที่ทุกคนต้องเข้าร่วมและจ่ายเบี้ยประกัน แต่มีมาตรการช่วยเหลือสำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามสัดส่วน



ที่กำหนดเพื่อป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็นและลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง สถานบริการสุขภาพ ร้อยละ ๔๐ เป็นของเอกชน แพทย์สามารถบริหารคลินิกของตนได้อย่างอิสระทั้งในรูปแบบคลินิกเดี่ยวหรือคลินิกที่เป็นกลุ่ม มีการใช้กลไกการตลาดอย่างเสรีในการเลือกให้บริการสุขภาพทำให้เกิดการแข่งขันของสถานบริการ ส่งผลให้ขาดการดูแลต่อเนื่องระหว่างบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. เกาหลีใช้เวลา ๑๒ ปีในการขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือว่าใช้เวลาน้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่น โดยเริ่มในกลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการใหญ่ๆก่อน และค่อยๆขยายไปยังกลุ่มต่างๆ

๒. ระบบประกันสุขภาพระบบเดียวไม่มีปัญหาเหลื่อมล้ำ มีการกำหนดราคาค่าบริการ

๓. มีการเก็บเบี้ยประกัน และการร่วมจ่าย เป็นการสร้างความรับผิดชอบต่อตนเองของประชาชน และเกิดความยั่งยืนของกองทุน

๔. ระบบประกันสุขภาพมีการสนับสนุนการใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิโดยให้ประชาชนร่วมจ่ายในอัตราที่ต่ำกว่าการใช้บริการที่รพ.ขนาดใหญ่

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. เนื่องจากบริการสุขภาพเป็นตลาดเสรี ประชาชนเลือกไปใช้บริการที่ใดก็ได้ ทำให้ไม่มีระบบผู้เฝ้าประตู และขาดการประสานงานกันระหว่างบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ญี่ปุ่น^(๒๔)

มีการประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพตั้งแต่ปี ๑๙๒๒ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากการประกันสุขภาพ และประชาชนต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนหนึ่งโดยผู้มีรายได้น้อยร่วมจ่ายน้อย ประชาชนทุกคนที่มีหลักประกันสุขภาพ มีอิสระในการเลือกพบแพทย์และเลือกใช้บริการสุขภาพจากคลินิกหรือโรงพยาบาลในประเทศได้อย่างเสรีตามสิทธิประโยชน์ งานบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชน และไม่มีแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิทำหน้าที่ผู้

เฝ้าประตู ทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ลำบากและโรงพยาบาลมีความแออัด

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. กลไกสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพคือการประกาศใช้กฎหมายประกันสุขภาพตั้งแต่ปี ๑๙๒๒ เป็นการแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และเป็นการเอาใจจริงเอาใจของผู้นำประเทศ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ก็ไม่มีผลกระทบต่อนโยบายสาธารณสุข (ใช้กฎหมายเป็นตัวบังคับ)

๒. แพทย์เป็นบุคลากรที่มีบทบาทอย่างมากในระบบการให้บริการสุขภาพ เป็นทั้งผู้สั่งยาและจ่ายยา มีเตียงนอนรับผู้ป่วยในสถานบริการ (solo practice) สามารถบริหารจัดการอย่างเบ็ดเสร็จทั้งในการตรวจวินิจฉัย/รักษา การเบิกเงินค่าบริการจากระบบประกันสุขภาพ

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. ต้องมีหน่วยงานกลางในการทำหน้าที่ตรวจสอบควบคุมการใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ เช่นควบคุมการเบิกเงินประกันของสถานบริการให้เป็นไปอย่างถูกต้อง รัดกุม มีเหตุมีผล มีแนวทางการรักษา (guideline) ที่ชัดเจนเพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมมากขึ้น

๒. การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานบริการแบบ fee for service สถานบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นเอกชนก็ต้องพยายามแสวงหากำไรเพื่อการอยู่รอดเช่นกัน อาจทำให้สถานบริการพยายามนัดผู้ป่วยบ่อยๆและให้การบริการที่ไม่จำเป็น (อุปทานเทียม)

๓. การให้ประชาชนเลือกสถานบริการได้อย่างเสรี ทำให้เกิดความแออัดที่โรงพยาบาล และไม่สามารถดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการแต่ละระดับให้ชัดเจน และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ทำหน้าที่ gate keeper เป็นด่านแรกที่ประชาชนต้องมาใช้บริการก่อน

๔. มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มุ่งเน้นการควบคุมด้านอุปสงค์เป็นหลัก โดยการเพิ่มส่วนร่วมจ่ายของประชาชน อาจไม่ได้ผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากนัก ควรมี

มาตรการในการควบคุมการให้บริการของสถานบริการที่ให้ บริการโดยยึดเหตุผลทางการแพทย์ ไม่ก่อให้เกิดการรักษาที่ไม่จำเป็น (อุปทานเทียม) เช่น ความถี่ของการนัด และการจ่ายยาที่ไม่จำเป็น

ไต้หวัน^(๒๙)

ระบบบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น ๑๗ เขต กระจายอำนาจให้เขตมีบทบาทมากขึ้น เขตมีหน้าที่ในการผลิต การกระจายบุคลากร การจัดตั้งหน่วยบริการ และดูแลประชาชนของตนเอง แหล่งที่มาของเงินมาจากการหักเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้ สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไปและรายได้อื่นๆของรัฐเข้ากองทุนประกันสุขภาพ ประชาชนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยหากเข้ารับบริการปฐมภูมิจะร่วมจ่ายน้อยกว่าการไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการส่งต่อ ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการตามลำดับขั้นของสถานบริการ หากไม่เข้าตามลำดับต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นกว่าปกติ

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. การปฏิรูปเครือข่ายบริการสุขภาพ (medical network reform) ก่อนการปฏิรูปไต้หวันก็เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ที่มีปัญหาเรื่องการกระจายแพทย์และโรงพยาบาลที่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ ปี ๒๕๒๘ ไต้หวันเริ่มแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็น ๑๗ เขต กระจายอำนาจให้เขตมีบทบาทมากขึ้น เขตมีหน้าที่ในการผลิต การกระจายบุคลากร การจัดตั้งหน่วยบริการ และดูแลประชาชนของตนเอง และรัฐบาลยังจัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการทางการแพทย์ (medical care development fund) โดยมีเงินสนับสนุนและเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ ใจให้ภาคเอกชนไปตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบท ทำให้การกระจายตัวของแพทย์และหน่วยบริการดีขึ้น

๒. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ (health insurance reform) โดยได้รวมหลักประกันสุขภาพทุกระบบ เช่น แรงงาน ข้าราชการ และผู้ด้อยโอกาส เข้าด้วยกันเป็นแบบภาคบังคับระบบเดียว (single fund) โดยประชาชนที่มีรายได้ทุกคนต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพ ที่มีสัดส่วนที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับอาชีพและฐานะทางการเงิน การไปใช้บริการในแต่ละระดับ

ก็มีการกำหนดการร่วมจ่าย (co-payment) ทั้งค่าบริการและค่ายา ผลของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพนั้นทำให้คนไต้หวันโดยเฉพาะคนจนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น และไม่ต้องล้มละลายจากการเจ็บป่วย

๓. การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศ (health information reform) คนไต้หวันทุกคนมีบัตรสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ไว้ในบัตร เมื่อไปรับบริการที่ใดแพทย์ก็สามารถเรียกดูประวัติการรักษาที่ผ่านมาได้ทันที ทำให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อน เป็นประโยชน์ในการประสานงาน การวางแผน และการบริหารจัดการต่างๆ ส่งผลให้เกิดการประหยัดทรัพยากรในระยะยาว

๔. การพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family physicians development) เพื่อตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง เพราะการแพทย์ปัจจุบันมาเน้นแต่การรักษาโรค ขณะที่ภาวะโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น สังคมผู้สูงอายุ ต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไต้หวันต้องเร่งผลิตแพทย์สาขาดังกล่าว พร้อมทั้งได้สร้างแรงจูงใจต่างๆ เพื่อให้มีแพทย์มาเรียนมากขึ้น และยังเน้นการเปลี่ยนวิถีคิดและการผลิตบุคลากรของโรงเรียนแพทย์ เพื่อพัฒนาแพทย์สาขานี้ให้เพียงพอกับความต้องการ

๕. โครงการนำร่อง Integrated Community Health Care Service Network โดยให้ Health stations ในแต่ละเขตพื้นที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อร่วมกันเป็น community medical care network (เป็นโครงการนำร่องให้ health station ซึ่งเทียบเท่าศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นแกนประสานหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานสวัสดิการสังคมในการดำเนินการด้านสุขภาพแบบครบวงจรสำหรับจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมในการป้องกันโรค ดูแลโรคเรื้อรัง และผสมผสานการจัดการโรคและสุขภาพ

ฮ่องกง^(๓๐)

การประกันสุขภาพเป็นไปตามความสมัครใจ ค่าใช้จ่ายในระบบผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มาจากเบี้ยประกันของผู้ประกันตนและบริษัทประกัน ประชาชนที่ใช้บริการในสถานบริการ



ต้องร่วมจ่ายค่าบริการในลักษณะตามปริมาณการใช้บริการ บริการระดับปฐมภูมิผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการทุติยภูมิเป็นของรัฐบาล มีบริการทั้งแพทย์แผนตะวันตกและแผนจีน

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

- ๑. ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในค่ารักษาพยาบาลทำให้ควบคุมการรักษายาบาลที่ไม่จำเป็นได้
- ๒. มีการให้บริการทั้งการแพทย์ตะวันตกและแพทย์แผนจีน

เดนมาร์ก^(๓๑)

ระบบบริการสุขภาพได้รับการกระจายอำนาจให้เป็นหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบบริการจัดการ งบประมาณหลักได้จากภาษีทั้งระดับประเทศและระดับเทศบาล ประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๑๖ ปีมีสิทธิ์เลือกรูปแบบความครอบคลุมบริการสุขภาพ ๒ รูปแบบ group ๑ หรือ group ๒ ส่วนใหญ่เลือกแบบ group ๑ ซึ่งจะมีการเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำเวชปฏิบัติใกล้บ้านสำหรับบริการปฐมภูมิ ผู้ที่เลือก group ๑ ได้รับการบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับ group ๒ ผู้ป่วยมีอิสระในการเข้ารับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแขนงใดๆก็ได้โดยไม่ต้องได้รับการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เขตทำการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเท่ากับค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับ group ๑ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นด่านหน้าที่พบกับผู้ป่วยเป็นด่านแรก และเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดเขตต่างๆ

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

- ๑. การกระจายอำนาจการจัดการให้แก่อำนาจท้องถิ่น
 - ๒. การมีทางเลือกให้ประชาชนได้เลือกรูปแบบประกันสุขภาพ group ๑ หรือ group ๒
 - ๓. การจัดการให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็น gatekeepers
- สวีเดน^(๓๒)**
- หน้าที่การจัดการบริการสุขภาพถูกกระจายอำนาจออกไปสู่รัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตและเทศบาลงบประมาณสนับสนุนระบบบริการสุขภาพของสวีเดนมาจากภาษีเป็นหลัก ประชาชน

ต้องมีส่วนร่วมจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม รัฐบาลท้องถิ่นระดับเขตสามารถพิจารณาอัตราจ่ายสมทบตามความเหมาะสมภายใต้กรอบของกฎหมาย ผู้ป่วยได้รับการบริการครั้งแรกกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ผู้ป่วยสามารถเลือกไปใช้บริการคลินิกเอกชนได้ หากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดูแลรักษาได้ จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับต่างๆต่อไป ปัญหาที่สำคัญคือระยะเวลาการรักษายาบาลและการผ่าตัดที่นาน

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

- ๑. การกระจายอำนาจการจัดการสุขภาพให้แก่ระดับรัฐบาลท้องถิ่น
- ๒. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นด่านหน้าในการรักษายาบาล
- ๓. พยาบาลมีบทบาทในหน่วยบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกับแพทย์
- ๔. ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาล โดยรัฐบาลท้องถิ่นสามารถพิจารณาอัตราจ่ายสมทบตามความเหมาะสมภายใต้กรอบของกฎหมาย

ช่องว่างในการพัฒนา

- ๑. ระยะเวลาการรักษายาบาลและการผ่าตัดที่นาน ได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาที่อยู่

เบลเยียม^(๓๓)

ระบบประกันสุขภาพเป็นแบบภาคบังคับรวมเป็นกองทุนความเจ็บป่วย (Sickness funds) โดยมีสิทธิประโยชน์กว้างขวางครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ มีการจำกัดจำนวนเงินสูงสุดในแต่ละปีที่แต่ละครอบครัวต้องจ่ายเองสำหรับค่ารักษาพยาบาลตามรายได้ของครอบครัว (Maximum billing-MAB) บริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านหน้าที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการสุขภาพ เนื่องจาก ไม่มีระบบการส่งต่อ ทำให้การรับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางบางประเภทเป็นบริการด่านหน้าเช่นเดียวกัน บริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นบริการเอกชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้มีบทบาทผู้รักษาประตูในเบลเยียม ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ ทำค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูง โรงพยาบาลมีทั้งโรงพยาบาล

เอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. การกระจายอำนาจบริหารจัดการสุขภาพไปยังรัฐบาลท้องถิ่น

๒. ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพภาคบังคับทั่วประเทศ

๓. ประชาชนมีอิสระในการเลือกรับบริการ ไม่มีระบบ gatekeeper

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (ร้อยละ ๑๐.๒ ของ GDP) อาจเกิดจากการที่ประชาชนสามารถเลือกเข้ารับบริการได้โดยอิสระ

อังกฤษ^(๓๔)

ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service-NHS) เกิดขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๔๘ เพื่อให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณมาจากภาษีของรัฐ การใช้บริการสุขภาพของ NHS ส่วนใหญ่ไม่ต้องเสียค่าบริการ ยกเว้น กรณีบริการที่ไม่ครอบคลุมโดย NHS กองทุนบริการปฐมภูมิ (Primary care trusts-PCTs) ตามกฎหมายทำหน้าที่จัดซื้อบริการสุขภาพและจัดสรรงบประมาณให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปบริหารจัดการตามบริการสุขภาพที่ให้แก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนบริการปฐมภูมิเป็นระบบการดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาล โดยมีหน่วยบริการอยู่ใกล้กับชุมชนที่ประชาชนที่รับผิดชอบอาศัยอยู่ บทบาทที่สำคัญของบริการปฐมภูมิ คือ ให้บริการด้านหน้าสำหรับประชาชนที่ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และให้การบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องสำหรับโรคและการบาดเจ็บที่พบบ่อย โดยบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบประชาชนรายนั้นๆ ระบบบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู (gatekeeping role) ในการพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาล

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

๒. ระบบบริการปฐมภูมิและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เข้มแข็ง ทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตู พิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยไป

ยังระบบบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

๓. หน่วยบริการปฐมภูมิที่กระจายอยู่ใกล้กับชุมชนครอบคลุมประชากรที่มีขนาดเหมาะสม

สหรัฐอเมริกา^(๓๕-๓๖)

ระบบบริการสุขภาพเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน (public-private mix) ไม่มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care system) ครอบคลุมทั้งประเทศ รายได้สำหรับบริการสุขภาพมาจากค่าบริการที่ผู้ป่วยจ่ายเองและแผนประกันสุขภาพตามปริมาณการให้บริการ การเข้ารับบริการสุขภาพขึ้นกับสิทธิ์ประกันสุขภาพที่มีอยู่ หากไปรับบริการนอกเหนือจากที่ระบุตามสิทธิ์ผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายเอง ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพมักไม่ได้เข้ารับบริการเมื่อจำเป็น สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โดยบางส่วนดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง รัฐและท้องถิ่น ไม่มีระบบสถานบริการทางการแพทย์ที่เป็นของรัฐบาลกลาง ให้บริการแก่ประชาชนทั่วประเทศ ไม่มีระบบ gatekeeper และระบบส่งต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ กับบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. สถานบริการสุขภาพมีความหลากหลาย มีอิสระในการเลือกใช้บริการ

ช่องว่างในการพัฒนา

๑. ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมีสูงถึงร้อยละ ๑๕.๓ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๗

๒. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากถึง ร้อยละ ๑๖ ของ GDP ในปี ค.ศ. ๒๐๐๗

ออสเตรเลีย^(๓๘)

รัฐบาลรัฐและดินแดนจัดงบประมาณและบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ แต่ละรัฐและดินแดนมีอิสระในการบริหารจัดการบริการสุขภาพภายใต้ข้อบังคับตามกฎหมายรัฐ และข้อตกลงกับรัฐบาลกลาง รัฐบาลรัฐมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการโรงพยาบาล จัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการบริการชุมชนและสาธารณสุข งบประมาณสนับสนุนหลักมาจากภาษีทั่วไป ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการในกรณีเกินกว่าสิทธิประโยชน์ปกติ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้



บริการการแพทย์ทั่วไป วางแผนและให้คำปรึกษาครอบครัว คัลยกรรมเล็ก ป้องกันโรค มักเป็นจุดแรกที่พบกับผู้ป่วย ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้เฝ้าประตูไม่มีระบบส่งต่อไปยังบริการทุติยภูมิ/ ตติยภูมิที่ชัดเจน

Good practice/สิ่งที่ได้เรียนรู้

๑. การกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพแก่รัฐบาล รัฐและดินแดน

๒. ความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพ
๓. การปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้มแข็งในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น การเกิด GP superclinics และการประสานงานเชื่อมต่อกับระบบบริการทุติยภูมิ

สรุปเปรียบเทียบการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองของประเทศต่างๆ

จากตารางที่ ๑ พบว่าประเทศที่มีระบบผู้เฝ้าประตู

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบการจัดบริการปฐมภูมิเขตเมืองประเทศต่างๆ

ประเทศ	First contact/ Gatekeeper	Continuity	Collaboration/ Coordination	Comprehensiveness
บราซิล	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
แคนาดา	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมินุเคราะห์การกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สเปน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมินุเคราะห์การกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
คิวบา	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมินุเคราะห์การกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
เกาหลีใต้	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ญี่ปุ่น	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ไต้หวัน	หากผู้ป่วยไม่เข้ารับบริการตามลำดับขั้นจะเสียค่าบริการเพิ่มขึ้น	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมินุเคราะห์การกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ฮ่องกง	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
เดนมาร์ก	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สวีเดน	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
เบลเยียม	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
อังกฤษ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมินุเคราะห์การกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สหรัฐอเมริกา	ไม่มีระบบ gatekeeper	ไม่มีระบบการดูแลต่อเนื่องชัดเจน	ไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ออสเตรเลีย	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็น gatekeeper	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	หน่วยบริการปฐมภูมินุเคราะห์การกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

(gatekeeper) ไม่ว่าจะโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity) และมีการประสานความร่วมมือในการดูแล (collaboration/coordination) ที่ดี ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การจัดบริการโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วยพบในประเทศที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คือ แคนาดา สเปน คิวบา เดนมาร์ก สวีเดน และออสเตรเลีย มีเพียงประเทศบราซิลที่รัฐบาลรับผิดชอบงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแต่ไม่มีระบบผู้เฝ้าประตู ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อสูง ประเทศที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรูปแบบประกันสุขภาพภาคบังคับ คือ เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น เบลเยียม และสหรัฐอเมริกาไม่มีระบบผู้เฝ้าประตูคอยคัดกรองผู้ป่วย แต่มีการนำระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็น

วิจารณ์และข้อยุติ

รูปแบบบริการปฐมภูมิประเทศต่างๆมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ ในประเด็นที่สำคัญ ๒ ประเด็น คือ งบประมาณและรูปแบบบริการด่านหน้ามีประเด็นที่น่าสนใจสามารถนำมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

๑. ด้านงบประมาณ

๑.๑ การสนับสนุนงบประมาณโดยภาษีจากภาครัฐมีข้อดีในเรื่องความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชน แต่มีข้อเสียในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงจากการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น อย่างไรก็ตามการนำระบบร่วมจ่ายของผู้ป่วยมาใช้สามารถควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็นได้

๑.๒ ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ มีข้อดีในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ของแผนประกันสุขภาพ ประชาชนมีอิสระในการเข้ารับการรักษาพยาบาล แต่มีข้อจำกัดในเรื่องการส่งต่อที่ไม่มีจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้มีความแออัดของผู้ป่วยในหน่วยบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

๒. รูปแบบบริการด่านหน้า

๒.๑ การมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่ผู้เฝ้าประตู มีข้อดีในการจัดการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และมีการประสานการทำงานในการส่งต่อได้ดี ข้อเสียคือผู้ป่วยขาดอิสระในการเลือกรับบริการต้องดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการได้รับการรักษาที่เหมาะสมได้

๒.๒ การไม่มีระบบบริการด่านหน้า ข้อดี คือ ประชาชนมีอิสระในการเลือกรับบริการที่ใดก็ได้ ข้อเสียคือมีค่าใช้จ่ายในด้านรักษาพยาบาลสูงขึ้น การใช้บริการเกินจำเป็นและระยะเวลาในการรอคอยการรักษาเนื่องจากความแออัดในหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

จากการศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน ๑๔ ประเทศ รูปแบบที่เหมาะสมที่อาจนำมาใช้กับระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศไทย มีดังนี้

๑. **Stewardship** รูปแบบที่เหมาะสมคือการที่รัฐบาลมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีการกระจายอำนาจให้แก่วัฒนธำมรงค์จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เนื่องจาก สามารถจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเองได้มากที่สุดโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในค่ารักษาพยาบาล

๒. **Resource generation and distribution** มีความจำเป็นต้องมีบุคลากรให้บริการด่านหน้าคัดกรองผู้ป่วย ไม่ว่าจะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น และจัดระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและบูรณาการอย่างไรก็ตามต้องพยายามลดปัญหาความยุ่งยากเสียเวลาในการรับการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

๓. **Financing and incentives** แหล่งงบประมาณอาจเป็นภาครัฐหรือประกันสุขภาพภาคบังคับขึ้นกับความสามารถในการจัดหางบประมาณของรัฐบาลและความพร้อมในการจ่ายค่าประกันสุขภาพของประชาชน สำหรับการจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นการจัดสรรตามปริมาณและคุณภาพงานการให้บริการ



เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการที่ครอบคลุม ทั้งนี้ต้องจัดทำมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เกินงบประมาณ

๔. Delivery of care รูปแบบที่เหมาะสมคือการจัดแยกหน่วยบริการปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิให้ชัดเจน หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดระบบประสานงานส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพ.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดยโครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

๑. Vlahov D, Galea S. Urbanization, urbanicity, and health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2002;79 (Suppl. 1):S1-12.
๒. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Neal A. Vanselow, editors. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington DC: Institute of Medicine;1996.
๓. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. CUP management: การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: นโม พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; ๒๕๕๐.
๔. World Health Organization: Regional Office for Europe. *Primary Care Evaluation Tool* [Internet] 2011 [Accessed March 24, 2011]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2010/primary-care-evaluation-tool-pcet>.
๕. Buss P, Gadelha P. Health care systems in transition: Brazil Part I: an outline of Brazil's health care system reforms. *J Public Health* 1996;18:289-95.
๖. Elias PEM, Cohn A. Health reform in Brazil. *Am J Public Health* 2003;93:44-8.
๗. Fleury S. Brazil's health care reform: social movements and civil society. *Lancet* 2011;377:1724-5.
๘. Magalhaes R, Senna MCM. Local implementation of the family health program in Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2006;22:2549-59.
๙. Technical Cooperation Strategy for PAHO/WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012. / Pan-American Health Organization. - Brasilia; 2007.
๑๐. Victora CG. Health conditions and health policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011;377:2042-51.
๑๑. World Health Organization. *Country cooperative strategy at a glance: Brazil*. World Health Organization. 2009 [Accessed November 10, 2011]. Available from: <http://www.who.int/countryfocus>
๑๒. World Health Organization. *Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(4).
๑๓. Canadian Institute for Health Information, *Health Care in Canada 2010*. Ottawa, Ont.: CIHI; 2010.
๑๔. Canadian Institute for Health Information, *Improving the Health of Canadians: An Introduction to Health in Urban Places*. Ottawa, Ont.: CIHI; 2010.
๑๕. Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends, 1975-2010*. Ottawa, Ont.:CIHI; 2010.
๑๖. Derape R, Gauthier J. *Canada health transfer: Equal-Per-Capita cash by 2014*. In *Current and Emerging Issues for the 41th Parliament*. Ottawa: Library of Parliament; 2010.
๑๗. Gilmore J. *Trends and conditions in census metropolitan areas: health of Canadians living in census metropolitan areas*. Ottawa: Statistics Canada; 2004.
๑๘. Hay D, Varga-toth J, Hines E. *Frontline health care in Canada: innovations in delivering services to vulnerable population*. Ont.: Canada Policy Research Networks; 2006.
๑๙. Health Canada. *Canada Health Care System*. 2010 [Accessed August 1, 2010]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-eng.php>.
๒๐. Herbert R, *Canada's health care challenge: Recognizing and Addressing the Health Needs of Rural Canadians*. *Lethbridge Undergraduate Research Journal*. 2007. Volume 2 Number 1.
๒๑. Madore O. *The Canada Health Act: Overview and Options*. Ottawa, Ont.: Parliament of Canada, 2005. [Accessed August, 1, 2010]. Available from: <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/944-e.htm#issuetxt>.
๒๒. Postl B. *Wait times: causes and curses*. 2009. [Accessed August, 1, 2010]. Available from: www.medicare.ca.
๒๓. Statistics Canada, 2006. *Census population; Canada Post Corporation, May 2006*.
๒๔. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. *Spain: Health system review. Health Systems in Transition* 2010;12:1-295.
๒๕. Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. *Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine*. *J Am Board Fam*

- Pract 2005;18:297-303.
൧൭. Hood RJ. Cuban Health System offers an uncommon opportunity. *J Natl Med Assoc* 2000;92:547-9.
൧൮. Chun C-B, Kim S-Y, Lee J-Y, Lee S-Y. Republic of Korea: Health system review. *Health Systems in Transition* 2009;11:1-184.
൧൯. Tataru K, Okamoto E. Japan: health system review. *Health Systems in Transition* 2009;11:1-164.
൨൦. Lu JR, Chiang TL. Evolution of Taiwan's health care system. *Health Econ Policy Law* 2011;6:85-107.
൨൧. Hong Kong Food and Health Bureau. Primary care development in Hong Kong: strategy document; 2010.
൨൨. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K, Mossialos E. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition* 2007;9:1-164.
൨൩. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health systems in transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2005;1-130.
൨൪. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010;12:1-266.
൨൫. Boyle S. United Kingdom (England): health system review. *Health Systems in Transition* 2011;13:1-486.
൨൬. Cutler DM. The American health care system. *Medical Solutions* 2008:2-6.
൨൭. Dorn S. The Basic Health Program Option under Federal Health Reform: Issues for Consumers and States Prepared for State Coverage Initiatives by the Urban Institute. March 2011.
൨൮. Health Care in Urban and Rural Areas, Combined Years 2004-2006. Requests for Assistance on Health Initiatives: Update of Content in MEPS Chartbook No. 13. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD. [Accessed December 2, 2011]. Available from: <http://www.ahrq.gov/data/meps/chbook13up.htm>.
൨൯. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: health system review. *Health Systems in Transition* 2006;8:1-158.