

# การประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทยจากมุมมอง ของผู้ให้บริการ

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์\*<sup>†</sup>

สุพัตรา ศรีวานิชฌการ<sup>‡</sup>

Barbara Starfield<sup>§</sup>

## บทคัดย่อ

บริการปฐมภูมิเป็นกิจกรรมสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีการประเมินอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศไทย. การศึกษานี้จึงดำเนินการขึ้นเพื่อประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทย จากมุมมองของผู้ให้บริการในพื้นที่ ด้วยแบบสอบถามของ Barbara Starfield ซึ่งเคยใช้ในการประเมินเปรียบเทียบบริการปฐมภูมิของประเทศต่างๆ โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้บริการ ๑๑ คน จาก ๑๑ จังหวัด โรงพยาบาลในเครือข่าย ที่ร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน “โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ในวันที่ ๑๑-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๐ โดยให้คะแนน ๕ คุณลักษณะของบริการปฐมภูมิ มีผู้ตอบแบบสอบถาม ๔๑ คน จาก ๕ จังหวัด อัตราการตอบกลับร้อยละ ๕๑.๒๕ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา. จากการศึกษาพบว่า (๑) ทรพยากรยังไม่ได้รับการจัดสรรตามความจำเป็นของสุขภาพประชาชนที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แม้จะมีมาตรการพิเศษเพื่อผู้ที่ขาดโอกาสอยู่บ้าง, (๒) ความเพียงพอของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ยังคงเป็นปัญหาสำหรับผู้บริการในบางภูมิภาค, (๓) การเข้าถึงบริการเบื้องต้นต้องพบกับผู้บริการปฐมภูมิก่อนที่จะได้รับการดูแลอื่น ๆ โดยส่วนใหญ่ไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ, (๔) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มเดิมทุกครั้ง เนื่องจากมีนโยบายที่กำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการในพื้นที่ที่กำหนด และประกันว่าจะมีแพทย์และพยาบาลที่หน่วยบริการเพียงพอ, (๕) บริการปฐมภูมิตามความครอบคลุมค่อนข้างดี แต่มีบริการที่ยังไม่ครอบคลุม, และ (๖) การประสานบริการ, การยึดครองคร่าวเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในเกณฑ์ดี.

**คำสำคัญ:** บริการปฐมภูมิ, ความเห็นของผู้บริการ

## Abstract

**Assessment of Primary Care in Thailand from the Providers' Perspectives**

**Krit Pongpirul\*<sup>†</sup>, Supattra Srivanichakorn<sup>‡</sup>, Barbara Starfield<sup>§</sup>**

\*Health Systems Program, Department of International Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.

<sup>†</sup>Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

<sup>‡</sup>Institute of Community-based Health Care Research and Development, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province

<sup>§</sup>Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.

The importance of primary care has increased since the recent health-care reform but no systematic evaluation has been done. This study was aimed at assessing primary care in Thailand. The primary-care system questionnaire originally developed by Barbara Starfield was used to assess nine primary-care domains, namely, resource allocation, adequacy of facilities, first contact and co-payment requirement,

\*ภาควิชาสุขภาพระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

<sup>†</sup>ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>‡</sup>สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

<sup>§</sup>ภาควิชานโยบายสุขภาพและการจัดการ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา



longitudinality, comprehensiveness, coordination, family-centeredness, community orientation, and professional personnel. Respondents were 77 primary care practitioners from 13 different provincial hospitals. The findings showed a response rate of 53.25 percent. Providers stated that (1) the resource allocation was not appropriately based on intimate needs, although there were some special provisions for underserved segments of the population, (2) basic equipment and supplies were not adequate in some regions, (3) consultation with a provider at the primary-care level was required before assessing to seek other care, whereas the co-payment requirement was low, (4) most patients were seen by the same provider team on every visit, (5) primary-care services are comprehensive although regional variations were evident, (6) coordination, family-centeredness, and community orientation were satisfactory, and (7) nurses were key providers at primary-care facilities.

**Key words:** primary care, provider's opinions

## บทนำ

บริการปฐมภูมิได้รับความสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ. ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แสดงว่าในประเทศที่มีระบบและการให้บริการปฐมภูมิที่ดี ประชาชนมักมีสภาวะสุขภาพที่ดีและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่ำ<sup>(๑)</sup> โดยการประเมินบริการปฐมภูมิใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่าง ๆ<sup>(๑,๒)</sup> ควบคู่ไปกับการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ระดับประเทศ และมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประเทศ เช่น การศึกษาใน ๑๒ ประเทศกลุ่มองค์กรสหกรณ์เศรษฐกิจและพัฒนาการ (Organisation for Economic Cooperation and Development; OECD)<sup>(๓)</sup> โดยให้คะแนนเป็น ๓ ระดับ: ๐ = ไม่มี หรือมีการพัฒนาในระดับต่ำ, ๑ = มีการพัฒนาในระดับปานกลาง, ๒ = มีการพัฒนาในระดับสูง.

ข้อจำกัดที่สำคัญของวิธีการดังกล่าวเนื่องจากประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ยังไม่มีฐานข้อมูลที่มีคุณภาพดีและเหมาะสมเพียงพอ. นอกจากนี้การสอบถามความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ อาจไม่สามารถสะท้อนภาพความเป็นจริงของการปฏิบัติในพื้นที่ได้มากนัก และผลการประเมินยังไม่สามารถลงรายละเอียดเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศได้. ปัจจุบันยังไม่มี การประเมินบริการปฐมภูมิในภาพรวมของประเทศอย่างเป็นทางการ แม้ก่อนหน้านี้จะมี “โครงการเพื่อพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย”<sup>(๔)</sup> ซึ่งมุ่งพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับการประเมิน, แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังมีได้ประเมิน

อย่างเป็นรูปธรรม การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทย โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนที่เป็นมาตรฐานสากล จากมุมมองของผู้ให้บริการในพื้นที่.

## ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้แบบสอบถามเกณฑ์การประเมินระบบและการให้บริการปฐมภูมิของ Barbara Starfield<sup>(๓)</sup> ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของการแปลโดยอาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๓ คน และได้ทดสอบแบบสอบถามกับนักศึกษาปริญญาเอก ๕ คน ที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข.

แบบสอบถามประกอบด้วยส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และประเด็นคำถามเพื่อประเมินบริการปฐมภูมิครอบคลุม ๔ หมวด คือ การจัดสรรทรัพยากร (resource allocation), ความเพียงพอของยาและเครื่องมือ (adequacy of facilities), การเข้าถึงบริการเบื้องต้นและการมีส่วนร่วมจ่าย (first contact and co-payment requirement), ความต่อเนื่อง (longitudinality), ความครอบคลุม (comprehensiveness), การประสานบริการ (coordination), การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centeredness), การคำนึงถึงชุมชน (community orientation), และวิชาชีพของผู้ให้บริการ (professional personnel). ประเด็นคำถามในแต่ละหมวดใช้วิธีการให้คะแนนแบบ ๔ ระดับ คือ น้อยมาก, น้อย, มาก และมากที่สุด.

ตารางที่ ๑ พื้นที่เป้าหมายดำเนินการ โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”

ภูมิภาค	เขต	จังหวัด	โรงพยาบาล	อัตราการตอบกลับ*
เหนือ	๑	แพร่	แพร่	๐/๓
	๒	พิจิตรโลก	พุทธชินราช	๐/๔
	๓	นครสวรรค์	สวรรค์ประชารักษ์	๕/๖
กลาง	๔,๕	พระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา	๑/๖
	๖,๗	ราชบุรี	ศูนย์ราชบุรี	๐/๔
	๘,๙	ฉะเชิงเทรา	เมืองฉะเชิงเทรา บ้านโพธิ์	๕/๕ ๔/๔
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๑๐,๑๒	ร้อยเอ็ด	ร้อยเอ็ด	๕/๘
	๑๑	กาฬสินธุ์	กาฬสินธุ์	๒/๕
	๑๓	นครราชสีมา	มหาราชนครราชสีมา	๔/๔
	๑๔	ศรีสะเกษ	ศรีสะเกษ	๓/๓
ใต้	๑๕,๑๖	ชุมพร	ชุมพรเขตอุดมศักดิ์	๐/๔
	๑๖	นครศรีธรรมราช	มหาราชนครศรีธรรมราช	๔/๔
	๑๗,๑๘	สงขลา	ทุ่งสง สงขลา	๒/๕ ๖/๘

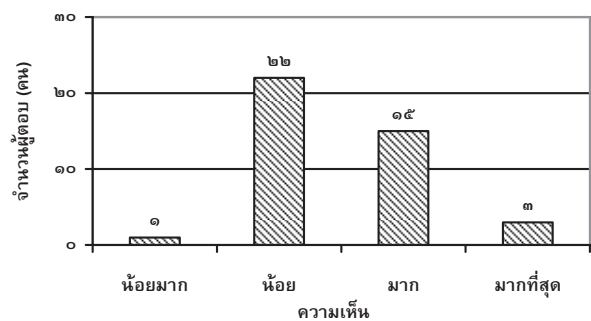
\*ได้จากจำนวนผู้ตอบหารด้วยจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม (นับจากการลงชื่อเข้าร่วมประชุม)

เก็บข้อมูลจากผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลในเครือข่าย “โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ ในวันที่ ๑๗-๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๐. โครงการนี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นหนึ่งในแผนงานงบลงทุนเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป้าหมายที่มีความพร้อม ซึ่งเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง, ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล.

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป

จากผู้เข้าประชุม ๗๗ คนจาก ๑๓ จังหวัด มีผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๔๑ คน จาก ๙ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ



แผนภูมิที่ ๑ ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศมีการจัดสรรงบประมาณของประเทศ ตามความจำเป็นของประชาชนที่แตกต่างกัน

๕๓.๒๕ (ตารางที่ ๑). กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ๒๘-๕๙ ปี เฉลี่ย ๔๔ ปี, มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ ๑-๓๗ ปี เฉลี่ย ๑๕ ปี และเป็นหญิงร้อยละ ๘๐.๔๙.

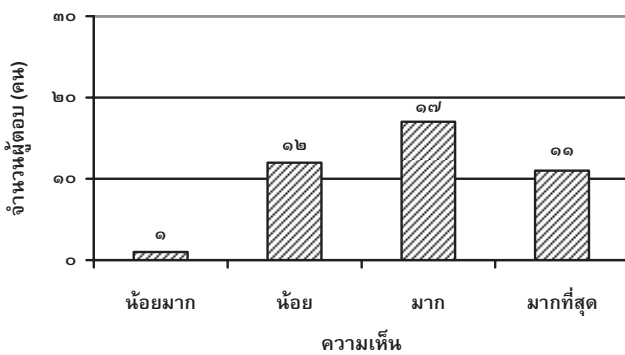
#### การจัดสรรทรัพยากร

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๕๖ ระบุว่างบประมาณของประเทศ



ตารางที่ ๒ ความครอบคลุมของบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

บริการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
วัคซีนสำหรับเด็ก			๑๒	๒๕
การดูแลรักษาเด็ก			๑๕	๒๖
การดูแลรักษาผู้ใหญ่			๑๖	๒๕
การดูแลรักษาผู้สูงอายุ			๑๖	๒๕
การดูแลระหว่างตั้งครรภ์/การคลอด		๓	๑๖	๒๒
วางแผนครอบครัว		๑	๑๑	๒๕
การดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		๖	๑๖	๑๕
การรักษาผู้ป่วยวัณโรค	๑	๕	๑๕	๒๐
การรักษาอาการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง		๑	๑๒	๒๘
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแผลและบุหรี่ยาสูบ		๒	๑๕	๒๔
การผ่าตัดเล็ก	๒	๕	๑๖	๑๓
การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตต่างๆไป	๒	๔	๑๔	๒๑
การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง		๑	๑๔	๒๖
การให้สุขศึกษา			๑๑	๓๐
การตรวจคัดกรอง/รักษาโรคพยาธิ		๓	๑๕	๒๓
โภชนาการ		๒	๑๓	๒๖
การให้บริการที่โรงเรียน		๑	๑๒	๒๘



แผนภูมิที่ ๒ ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศมีมาตรการพิเศษเพื่อดูแลผู้ที่ขาดโอกาส

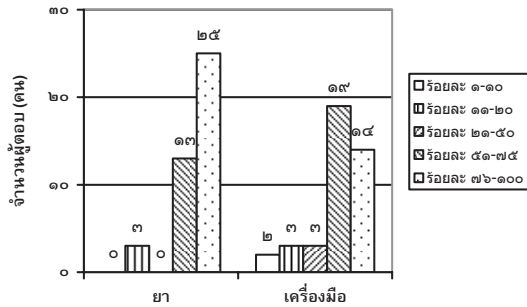
จัดสรรเรื่องสุขภาพของประชาชนที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (แผนภูมิที่ ๑) ในขณะที่ร้อยละ ๓๒.๒๑ ระบุว่าระบบบริการปฐมภูมิของประเทศมีมาตรการพิเศษเพื่อดูแลผู้ที่ขาดโอกาสอยู่บ้างถึงน้อยมาก (แผนภูมิที่ ๒).

### ความเพียงพอของยาและเครื่องมือ

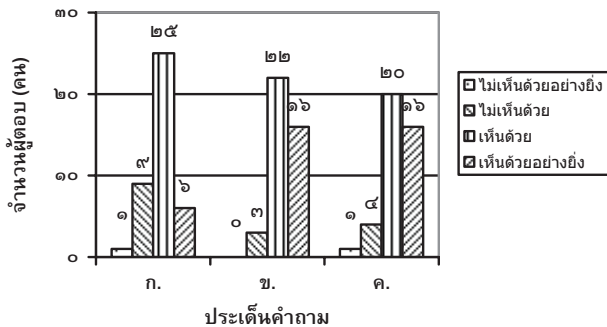
กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๐.๘๘ ระบุว่าประชากรส่วนใหญ่ได้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่มียาอย่างพอเพียง ในขณะที่ยังมีบางส่วนในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระบุว่ามีความเพียงพอร้อยละ ๑๑-๒๐ เท่านั้น ที่ได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีความพร้อมดังกล่าว (แผนภูมิที่ ๓). ทั้งนี้ความเพียงพอของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมีปัญหามากกว่ายา โดยเฉพาะภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการร้อยละ ๑๒ ระบุว่าประชาชนน้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ที่ได้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเครื่องมือที่จำเป็นอย่างเพียงพอ.

### การเข้าถึงบริการเบื้องต้นและการมีส่วนร่วมจ่าย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗๘.๐๕ ระบุว่าประชาชนในพื้นที่



แผนภูมิที่ ๓ อัตราประชากรที่ได้รับบริการปฐมภูมิที่จำเป็นเพียงพอ



ประเด็นคำถาม  
 ก. ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มึเดิมทุกครั้ง  
 ข. มีนโยบายที่กำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการในพื้นที่ที่กำหนด  
 ค. มีนโยบายเพื่อประกันว่าจะมีแพทย์และพยาบาลที่หน่วยบริการเพียงพอ

แผนภูมิที่ ๔ ความต่อเนื่องของการให้บริการปฐมภูมิ

ของตนต้องพบกับผู้ให้บริการปฐมภูมิก่อนที่จะได้รับการดูแลอื่น ๆ, มีผู้ให้บริการ ๔ คนจากภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการร้อยละ ๔๕.๑๒ ระบุว่าผู้รับบริการไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ.

**ความต่อเนื่อง**

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗๕.๖๑ ระบุว่าผู้ป่วยในพื้นที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มึเดิมทุกครั้ง (แผนภูมิที่ ๔); มีผู้บริการ ๑๐ คน จากภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่เห็นด้วยกับ

ประเด็นดังกล่าว. ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๔๒.๖๘ ระบุว่ามีนโยบายที่กำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการในพื้นที่ที่กำหนด และร้อยละ ๘๗.๘๐ ระบุว่ามีนโยบายประกันว่าจะมีแพทย์และพยาบาลที่หน่วยบริการเพียงพอ.

**ความครอบคลุม**

บริการปฐมภูมิมีความครอบคลุมค่อนข้างดี โดยเฉพาะบริการวัคซีนสำหรับเด็ก, การดูแลรักษาเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ตลอดจนการให้สุขศึกษาแสดงตารางที่ ๒. มีบริการบางอย่างที่ไม่ครอบคลุม เช่น การผ่าตัดเล็ก การดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรักษาวินโรค และการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป.

**การประสานบริการ**

กลุ่มตัวอย่างทุกคนระบุตรงกันว่าพื้นที่ของตนมีการบันทึกการเจริญเติบโตและการได้รับวัคซีนสำหรับเด็กทุกคน และมีบันทึกการดูแลสุขภาพระหว่างมีครรภ์ โดยให้ผู้รับบริการเก็บบันทึกดังกล่าวไว้เองด้วย.

**การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง**

กลุ่มตัวอย่างทุกคนระบุว่าบันทึกสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้รับการจัดเก็บเป็นรายครอบครัว.

**การให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของชุมชน**

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๔๒.๖๘ ระบุว่ามีการสำรวจเพื่อวิเคราะห์หาได้ให้บริการที่จำเป็นต่อประชาชนในพื้นที่, ร้อยละ ๕๗.๕๖ ระบุว่ามีการสำรวจเพื่อวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และร้อยละ ๔๕.๑๒ มีตัวแทนจากชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการสุขภาพ.

**วิชาชีพของผู้ให้บริการ**

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๘๗.๕๖ ระบุว่ามีการใช้พยาบาลให้บริการปฐมภูมิแทนแพทย์.



ตารางที่ ๓ บริการปฐมภูมิในภูมิภาคต่าง ๆ

หมวด	ประเด็นคำถาม	ภาคเหนือ (n=๕)	ภาคกลาง (n=๑๐)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=๑๔)	ภาคใต้ (n=๑๒)
บริการเบื้องต้น	ผู้รับบริการต้องพบกับผู้บริการปฐมภูมิก่อนที่จะได้รับการดูแลอื่นๆ	๓.๔๐	๒.๗๐	๓.๔๓	๓.๐๐
ความต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มเดิมทุกครั้ง	๓.๖๐	๒.๗๐	๒.๕๓	๒.๖๗
	มีนโยบายที่กำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับบริการในพื้นที่ที่กำหนด	๓.๐๐	๓.๑๐	๓.๕๗	๓.๓๓
	มีนโยบายประกันว่าจะมีแพทย์และพยาบาลที่หน่วยบริการเพียงพอ	๓.๔๐	๓.๑๐	๓.๓๖	๓.๑๗
ความครอบคลุม	มีบริการวัคซีนสำหรับเด็ก	๓.๖๐	๓.๕๐	๓.๗๑	๓.๕๒
	มีการดูแลรักษาเด็ก	๓.๖๐	๓.๔๐	๓.๖๔	๓.๘๓
	มีการดูแลรักษาผู้ใหญ่	๓.๖๐	๓.๔๐	๓.๕๗	๓.๘๓
	มีการดูแลรักษาผู้สูงอายุ	๓.๖๐	๓.๔๐	๓.๕๗	๓.๘๓
	มีการดูแลระหว่างตั้งครรภ์/การคลอด	๓.๖๐	๓.๕๐	๓.๒๕	๓.๕๘
	ให้บริการวางแผนครอบครัว	๓.๖๐	๓.๗๐	๓.๕๗	๓.๘๓
	มีการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๓.๖๐	๓.๕๐	๓.๒๘	๓.๐๘
	มีการรักษาวัณโรค	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๓๕	๒.๕๒
	มีการรักษาอาการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๗๑	๓.๖๗
	มีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเห็ดและบุหรี่	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๕๗	๓.๔๑
	ให้บริการผ่าตัดเล็ก	๓.๒๐	๓.๑๐	๓.๐๗	๒.๗๕
	ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตต่างๆไป	๓.๒๐	๓.๔๐	๓.๔๒	๓.๑๗
	มีการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง	๓.๔๐	๓.๗๐	๓.๔๒	๓.๘๓
	มีการให้สูทศึกษา	๓.๖๐	๓.๘๐	๓.๖๔	๓.๘๓
	มีการตรวจคัดกรองรักษาโรคพยาธิ	๓.๖๐	๓.๕๐	๓.๕๐	๓.๔๒
	ให้บริการโภชนาการ	๓.๖๐	๓.๗๐	๓.๔๓	๓.๖๗
	มีการให้บริการที่โรงเรียน	๓.๖๐	๓.๗๐	๓.๗๑	๓.๕๘
การประสานบริการ	มีบันทึกการเจริญเติบโตและการได้รับวัคซีน	๓.๖๐	๓.๔๐	๓.๗๑	๓.๘๓
	ให้ผู้รับบริการเก็บบันทึกการเจริญเติบโตและการได้รับวัคซีนไว้เองด้วย	๓.๖๐	๓.๔๐	๓.๗๑	๓.๗๓
	มีบันทึกการดูแลสุขภาพขณะมีครรภ์	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๗๘	๓.๗๕
	ให้ผู้รับบริการเก็บบันทึกการดูแลสุขภาพขณะมีครรภ์ไว้เองด้วย	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๗๑	๓.๗๒
	มีแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อข้อมูลที่เป็นกับระบบบริการระดับอื่นๆ	๓.๔๐	๓.๖๐	๓.๖๔	๓.๖๗
การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	บันทึกสุขภาพได้รับการจัดเก็บเป็นรายครอบครัว (แทนที่จะเป็นรายคน)	๓.๒๐	๓.๔๐	๓.๗๑	๓.๕๘
การคำนึงถึงชุมชน	มีการสำรวจการให้บริการที่จำเป็น	๓.๔๐	๓.๔๐	๓.๕๗	๓.๒๕
	มีการสำรวจวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน	๓.๖๐	๓.๔๐	๓.๕๗	๓.๕๘
	มีตัวแทนจากชุมชนร่วมเป็นคณะกรรมการสุขภาพ	๓.๔๐	๓.๔๐	๓.๖๔	๓.๔๑
วิชาชีพของผู้ให้บริการ	มีพยาบาลให้บริการปฐมภูมิแทนแพทย์	๓.๖๐	๓.๑๐	๓.๗๑	๓.๕๘

ความหมายของการเรียง: ≤ ๓.๐๐ ๓.๐๑-๓.๒๕ ๓.๒๖-๓.๕๐ ๓.๕๑-๓.๗๕ ๓.๗๖-๔.๐๐

## บริการปฐมภูมิระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ

พบว่ามีการบริการปฐมภูมิบางประการที่ยังเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะด้านการดูแลรักษาเบื้องต้นของผู้บริการในภาคกลาง, และการดูแลโดยผู้บริการที่มเดิมในภาคกลาง ภาคตะวันออก เชียงเหนือ และภาคใต้ (ตารางที่ ๓).

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นความพยายามเบื้องต้นในการประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ซึ่งมีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเฉพาะเจาะจง ไม่เป็นตัวแทนผู้บริการของประเทศ และไม่สามารถศึกษาข้อแตกต่างระหว่างภูมิภาคได้. อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในการแสดงภาพรวมของประเทศในระดับหนึ่ง ที่ได้แสดงว่าบริการปฐมภูมิในภาพรวมจัดอยู่ในระดับดี เพราะบริการปฐมภูมิมีความสำคัญเชิงนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ. แต่ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้บริการในการศึกษานี้แสดงว่ายังมีปัญหาในการปฏิบัติที่ควรได้รับการแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น.

การจัดสรรทรัพยากรเพื่อบริการปฐมภูมิมีปัญหาในเรื่องความไม่เท่าเทียมกันระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคใต้ ซึ่งประสบปัญหาขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ รวมทั้งความต่อเนื่องของการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(๕)</sup>, และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้บริการในภาคใต้ให้คะแนนความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่หลากหลายมากกว่าภาคอื่น ๆ โดยการผ่าตัดเล็ก (คะแนนเฉลี่ย ๒.๗๕) และการรักษาวัณโรค (คะแนนเฉลี่ย ๒.๙๒) เป็นบริการที่ได้รับต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เกิดขึ้นหลังจากการปฏิรูประบบสุขภาพ<sup>(๖)</sup> ในขณะที่การดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการให้สุขศึกษามีคะแนนสูงที่สุด และสูงกว่าภาคอื่น ๆ (คะแนนเฉลี่ย ๓.๘๓) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการมีทรัพยากรที่จำกัดที่ส่งผลกระทบต่อผลบริการต่าง ๆ แตกต่างกันไป.

ระบบบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันเป็น

ผลจากการกระจายแพทย์ไม่เหมาะสม มีจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอในบางพื้นที่ ทำให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิหลัก แม้ว่าที่ผ่านมาได้มีความพยายามผลักดันให้เกิดพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ แต่ก็พบปัญหา โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความเป็นวิชาชีพ<sup>(๗)</sup>. วิธีการหนึ่งซึ่งน่าจะได้รับการสนับสนุนและควรได้รับการสนับสนุน คือ การบริหารจัดการให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้แผนภูมิการรักษาโรคที่พบบ่อยแต่ไม่รุนแรง ดังที่ นงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ<sup>(๘)</sup> ได้ทำการศึกษาเชิงทดลองจนพบว่าสามารถช่วยลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่จำเป็น และเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาได้.

การประเมินระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ จากมุมมองของผู้บริการได้ช่วยสะท้อนให้เห็นสภาพความเป็นจริงได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาดังเช่นการศึกษาระยะแรก ๆ ของ Barbara Starfield ที่ประเมินเปรียบเทียบระบบบริการปฐมภูมิในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยอาศัยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเท่านั้น<sup>(๑)</sup>. อย่างไรก็ตาม การประเมินจากมุมมองของผู้บริการ จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากพอ ด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ผลที่ได้จากการศึกษานี้ จึงเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น.

## กิตติกรรมประกาศ

โรงพยาบาลในโครงการ "บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย" ได้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม. ศาสตราจารย์ นพ. ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญโนทัย ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ได้สนับสนุนทุนการศึกษาระดับสูงเชิงกลยุทธ์ สาขาบริหารจัดการงานวิจัย.

## เอกสารอ้างอิง

- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002;60:201-18.



๒. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, Group OHER. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canad Med Assoc J* 2006;174:177-83.
๓. Starfield B. *Primary care : balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford Univ Press;1998.
๔. สุพัตรา ศรีวิมลชากร, ..... และคณะ. รายงานผลการศึกษา โครงการพัฒนาและติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๕. กิดชนก อนุชาญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สวัสดิ์ ลิ้มชัยอรุณเรือง, อมร รอดคล้าย. แรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาสถานีนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลภาคใหญ่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๔๖;๑๒:๑๐๒๐-๕.
๖. Rojpiulstitt M, Kanjanakiritamrong, Chongsevivatwong V. Patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in Southern Thailand after health care reform. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006;10:422-8.
๗. Hanucharunkul S. Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand. *Contemp Nurse* 2007;26:83-93.
๘. นงลักษณ์ พะไถยะ, Garner P, Martineau T. ประสิทธิภาพการนำแผนภูมิการรักษามาปฏิบัติในสถานีนามัยที่มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้บริการหลัก: การศึกษาเชิงทดลอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๔๘;๑๔:๓๗๓-๘๓.