

บทที่ 2

ระบบบริการสุขภาพกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

คำนำ

บทที่ 2 เป็นการนำเสนอภาพของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิการปฏิรูประบบสุขภาพและบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ

การให้บริการสุขภาพ (Health Care Service) ของประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถจัดแบ่งระดับของการให้บริการออกได้ ดังนี้

1. การจัดการบริการในระดับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นการจัดการบริการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยความพยายามร่วมกันของสมาชิกในชุมชนนั้นๆ เป็นสำคัญ และรัฐจะคอยให้การสนับสนุนในกรณีที่เกินขีดความสามารถของชุมชน ซึ่งในระดับนี้มีหน่วยบริการที่สำคัญคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่คอยดูแลและประสานงานกับระบบบริการสาธารณสุขที่สูงขึ้นไป โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก (ประมาณร้อยละ 90)

2. การจัดการบริการในระดับที่ 1 (Primary Medical Care) การจัดการบริการในระดับนี้ เป็นการจัดการบริการที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด เป็นการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก และผู้รับบริการสามารถเข้าใจและดูแลตนเองต่อไปได้ ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้ได้แก่สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลสาขา หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 50-75 ส่วนด้านการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพประมาณร้อยละ 25-50

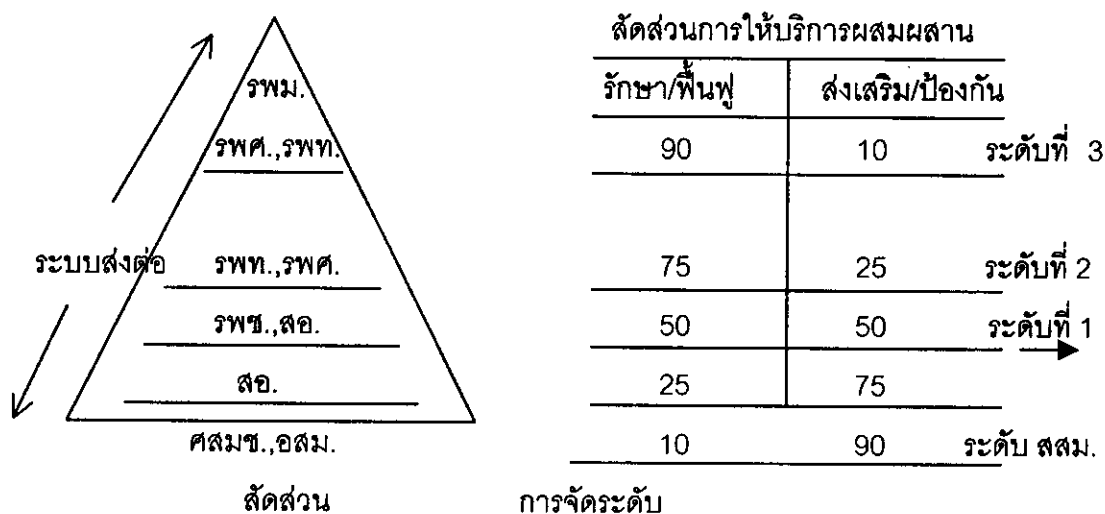
3. การจัดการบริการในระดับที่ 2 (Secondary Medical Care) การจัดการบริการในระดับที่ 2 นี้เป็นการดำเนินการโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ในระดับที่สูงขึ้นมา เพื่อดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคค่อนข้างรุนแรง และผู้ป่วยอาจจะต้องอยู่ในความดูแลระยะหนึ่งด้วย ซึ่งหน่วยบริการในระดับนี้จะมี โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป คลินิกเอกชน หรือหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งเป็นหน่วยที่จะต้องมีการแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทาง

การแพทย์ คอยให้การดูแล โดยในระดับนี้จะเน้นหนักในด้านของการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75 ของสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดของหน่วยงาน)

4. การจัดบริการในระดับที่ 3 (Tertiary Medical Care) ในระดับนี้จะเน้นบริการด้านการแพทย์

และสาธารณสุขที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ หรือผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะทาง ซึ่งถือว่าเป็นระดับสูงสุดของระบบบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการในระดับนี้จะมีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นหลัก คือ ประมาณร้อยละ 90 ของสัดส่วนการให้บริการทั้งหมดของหน่วยงาน

แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนการให้บริการด้านต่าง ๆ ของหน่วยบริการสุขภาพ



จาก วสุธร, 2543

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

หน่วยงานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข กระจายอยู่ทั่วไปทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ดังนี้

หน่วยงานระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมกำกับ และประสานกิจการสาธารณสุขของจังหวัดในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./ รพท.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด มีหน้าที่สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยเน้นหนักด้านการรักษาพยาบาล การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน และกิจการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการสาธารณสุขของเอกชนอีกมากมาย รวมทั้งหน่วยบริการของหน่วยราชการอื่นๆ อีกด้วย

หน่วยงานระดับอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เป็นหน่วยงานบริหาร มีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนและควบคุมการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย (สอ.) และประสานกิจกรรมสาธารณสุขในอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาหรือรักษาต่อเนื่อง และกิจการด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบพิเศษอื่นๆซึ่งในขณะนี้มิมีโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอทั่วประเทศ

นอกจากหน่วยงานดังกล่าวแล้วก็ยังมีหน่วยบริการของส่วนราชการอื่นๆ เช่น มหาตไทย กลาโหม และของเอกชน กระจายอยู่ตามจุดต่างๆ ทั่วไป

หน่วยงานระดับตำบล หมู่บ้าน

สถานีอนามัย (สอ.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับตำบล มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขสู่ประชาชนทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค และการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสถานีอนามัยแต่ละแห่งจะครอบคลุมประชากรประมาณ 5000 คน ปัจจุบันมีสถานีอนามัยทั่วไปและสถานีอนามัยขนาดใหญ่ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลทั่วประเทศ และบางตำบลจะมีสถานีอนามัยมากกว่า 1 แห่งได้ ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะทางประชากร ภูมิประเทศ และปัจจัยอื่นๆ

ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสนับสนุนในด้านวัสดุอุปกรณ์บางส่วน และด้านวิชาการต่างๆจากสถานีอนามัย ซึ่งจัดตั้งขึ้นภายใต้โครงการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเน้นในส่วนของกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ และขณะนี้มิ ศสมช. กระจายอยู่ในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศเกือบทุกหมู่บ้าน

การปฏิรูประบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

เดิมระบบสุขภาพของไทยเป็นระบบตั้งรับ ไม่ใช่ระบบรุก คือรอให้เป็นโรคก่อนแล้วค่อยมารักษา กัน เช่น เป็นเบาหวาน เป็นความดันเลือดสูง เป็นโรคหัวใจ เป็นโรคหลอดเลือดในสมองเสื่อม เป็นมะเร็ง เป็นโรคเครียด ฯลฯ มุ่งเน้นการแก้หรือซ่อมสุขภาพเสีย (ill health) ทรัพยากรทั้งจาก

ภาครัฐและเอกชนถูกทุ่มไปในการสร้างโรงพยาบาล กระจายสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นด้วย อัตราการร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน ในปี 2543 รวมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพเพียงอย่างเดียวเกือบสามแสนล้านบาท โดยที่สุขภาพของประชาชนโดยรวมไม่ดีขึ้น จึงเป็นความจำเป็นที่รัฐต้องปฏิรูประบบสุขภาพ จุดเน้นของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ "สร้างสุขภาพ" นำ "ซ่อมสุขภาพ" การให้บริการแบบองค์รวมและด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำลง โดยใช้กระบวนการทางการเมือง ประชาสังคมและพลังวิชาการและองค์ความรู้ ในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมีสุขภาพจะเป็นผลลัพธ์

ระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นแบบหนึ่งที่สำคัญมากในระบบสุขภาพ จะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีเป้าหมายที่สุขภาพ การให้บริการที่สร้างสุขภาพได้แก่

1. การทำให้ชีวิตยืนยาว และป้องกันการตายก่อนกำหนดอันควร
2. การเปลี่ยนการดูแลสุขภาพจากกรอบการเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติทางสรีรวิทยา เป็นการมุ่งป้องกันปัจจัยนำสู่การเจ็บป่วย (Precaution) และปัจจัยเสี่ยง (risk factor)
3. การลดการไม่สบาย เจ็บป่วย และพิการ
4. การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมที่ดีในระดับสูงพอ
5. การเพิ่มความต้านทานการเจ็บป่วย และเสริมสร้างสมรรถภาพความเข้มแข็งพื้นฐานของร่างกายการเพิ่มพูนโอกาสสำหรับผู้บริโภคต่อการมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพ มีการพัฒนาองค์ความรู้ทันสมัยตลอดเวลาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมได้

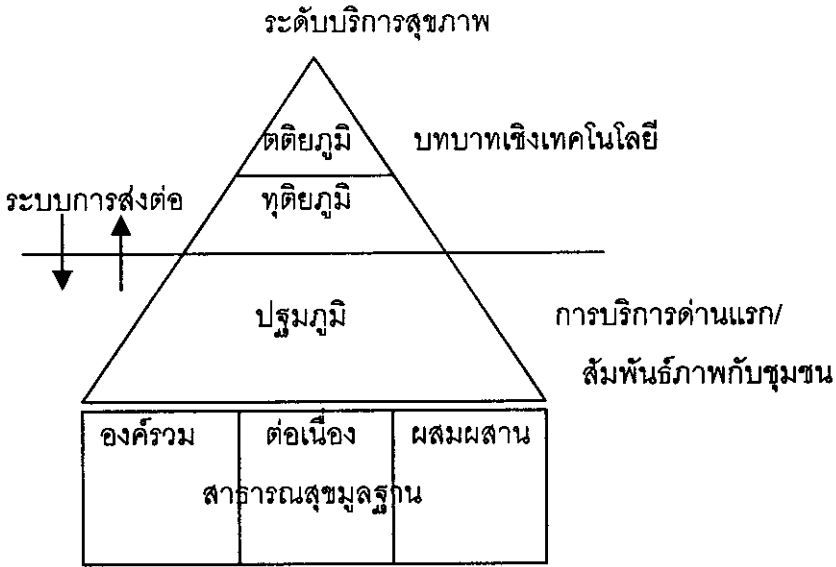
ลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่ดี

ในด้านการทำงานเพื่อสร้างสุขภาพดี ระบบสุขภาพควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีความเป็นธรรมที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นทัดเทียมกัน
2. มีคุณภาพทั้งความถูกต้องทางวิชาการ น่าใจ และความสุจริตใจ
3. มีประสิทธิภาพคุ้มค่า
4. มีความหลากหลาย เพื่อมีทางเลือกมากขึ้น
5. โปร่งใสตรวจสอบได้

การจัดบริการสุขภาพเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพต้องเปลี่ยนจากการเน้นการรักษาเฉพาะราย เป็นการเน้นการสาธารณสุข (public health orient) ซึ่งเป็นการมุ่งดูแลสุขภาพประชาชนทุกคนเป็นระบบแบบมวลรวม (Mass Intervention) โดยบริการสุขภาพที่ผสมผสานเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา

พยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอย่างครบองค์รวม (Holistic care) ทั้งทางกาย จิต อารมณ์ และ จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง (Continuous care) ดังแผนภูมิที่ 2



(ปรับจาก ชีระ , 2543 และสัมฤทธิ์ , 2544)

แผนภูมิที่ 2 ระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ ครบองค์รวม และต่อเนื่อง

จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่าการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นบริการด้านแรกที่พบผู้รับบริการและชุมชน จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่นำไปสู่สุขภาพะ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) มีบทบาทในเชิงสังคม (Community oriented) ซึ่งต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน สามารถให้การรักษาพยาบาลโรคที่ไม่ซับซ้อน และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้ เป็นบริการด้านแรกที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจประชาชน เข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และเป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้าน โดยยึด "คน" หรือ "ผู้ใช้บริการ" เป็นศูนย์กลาง ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งจะเป็นคำตอบแห่งความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต เป็นพลังหลักที่จะผลักดันให้กระบวนการปฏิรูประบบ

สุขภาพบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน มิใช่เป็นเพียงฟันเฟืองเล็กๆ ของระบบเท่านั้น หากแต่เป็นตัวจักรกลสำคัญที่จะหมุนฟันเฟืองของระบบให้ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะของระบบบริการระดับปฐมภูมิ

บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแลทั้งครอบครัว และชุมชนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งอาจสรุปเป็นคุณลักษณะได้ 6 ประการ ดังนี้

1. เป็นบริการสุขภาพด้านแรกที่เข้าถึงประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกครอบครัว (ใน ส่วนนี้มิใช่เพียงบริการของสถานพยาบาลเท่านั้น)
2. เป็นบริการสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค
3. เป็นบริการแบบองค์รวม (Holistic care) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
4. เป็นบริการแบบบูรณาการ (Integrated care) ครอบคลุม ผสมผสานบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ
5. เป็นบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuum care) ที่ประสานเชื่อมโยงบริการรักษาพยาบาลระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัว และชุมชน
6. เป็นบริการที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย

กลุ่มผู้รับบริการ

เพื่อจัดระบบบริการ/ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ผสมผสานครอบคลุมมิติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ โดยมุ่งเน้น "คน" เป็นจุดศูนย์กลาง ด้วยกลวิธีเชิงรุก ครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ป้องกันและควบคุมโรคที่ป้องกันได้ ส่งเสริมให้สามารถธำรงรักษาภาวะสุขภาพดีให้ยืนนาน ไม่เกิดการเจ็บป่วย
2. กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยง ให้บริการดูแล เฝ้าระวัง ปกป้องสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยง สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อลดและขจัดปัจจัยเสี่ยง

3. กลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วย ให้บริการดูแล ดังนี้

3.1 ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ดูแลช่วยเหลือ สืบค้นหาเหตุแห่งความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก หยุดยั้ง แก้ไขปัญหา เพื่อลดความรุนแรง และลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ช่วยให้พ้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

3.2 ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง/ ผู้พิการ ดูแลให้มีการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการทวีความรุนแรงของโรค ลดขนาด และความรุนแรงของปัญหา ช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย และครอบครัวให้สามารถปรับตัวรับสภาพได้อย่างเหมาะสม

หลักเกณฑ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์ของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน อันเป็นนามที่บัญญัติขึ้นใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดลักษณะสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิที่ดีไว้ดังนี้

1. เป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line Care) บริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทาง
2. เป็นบริการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Care/ Longitudinal Care) ในทุกภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (Comprehensive Care) คำนี้ถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ทุกด้านตามปัญหาและความจำเป็นครอบคลุม 4 มิติแห่งการดูแลสุขภาพ
4. เป็นบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการใช้บริการอื่นๆ (Co-ordinated Care) ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และสังคมมาความจำเป็น เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

แนวทางการจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ ครบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง

1. ผสมผสานและจัดบริการที่มีบูรณาการระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการจัดระบบบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting health care system) ซึ่งให้ประสิทธิผลด้านต้นทุนสูง (Cost-effective)
2. จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนด้วยมาตรฐานเดียวกัน (มาตรฐานขั้นต่ำ) ซึ่งครอบคลุมมาตรฐานการแพทย์และสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

เป็นธรรม เช่น การจัดบริการใกล้บ้านใกล้ที่เชื่อมโยงบริการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับด้วยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

3. ประชาชนทุกคนได้รับข้อมูลการบริการอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคตามความจำเป็นด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และภูมิศาสตร์

4. มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพดีตามคุณลักษณะองค์รวม (Holistic) ผสมผสาน (Integrated) และต่อเนื่อง (Continuous)

5. เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมและสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุติ และชุมชน/สิ่งแวดล้อม ได้อย่างเหมาะสม

6. สร้างความเข้มแข็งของบริการปฐมภูมิ เพื่อบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงมากขึ้น

7. การเชื่อมโยงบริการสุขภาพและป้องกันทั้งสามระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) โดยใช้กลไกระบบส่งต่อ รวมทั้งการเชื่อมโยงระหว่างบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine) กับการแพทย์ทางเลือกต่างๆ (Alternative Medicine) อย่างชัดเจน

8. กระจายอำนาจและการแข่งขันบริการสุขภาพแบบเสรีอย่างเสมอภาค โดยใช้กลไกการตลาดในการเพิ่มประสิทธิภาพ และผสมผสานทรัพยากรภาครัฐ และเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ (Public-private mix)

9. เสริมสร้างความเข้มแข็ง/ ศักยภาพของบุคคล/ องค์กร ชุมชน แบบพัฒนาการมีส่วนร่วมเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนา (Empowerment and Participatory Development)

10. ใช้นโยบายการเงินการคลังด้านระบบภาษี และระบบประกันสุขภาพเป็นแหล่งเงินสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ

11. ประสานงานระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ ในการพัฒนาจิตสำนึกประชาสังคม สมาพันธ์ องค์กรวิชาชีพทางสาธารณสุขศาสตร์ เครือข่ายประชาสังคม/ ประชาสังคม สุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และองค์กรชุมชนเพื่อสุขภาพ

เกณฑ์ขั้นต่ำของอัตรากำลังในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

จากเอกสาร "แนวทางการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน" กำหนดมาตรฐานเบื้องต้นด้านบุคลากรไว้ดังนี้

1. มีพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 1250 คน (เจ้าหน้าที่ 8 คน: ประชากร 10,000 คน) โดยจัดอัตรากำลังที่มีสัดส่วนผสม

ผลงานของบุคลากร กำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4 ดังนั้นสัดส่วนผสมผลงานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 2: 6

2. มีบุคลากรทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรแต่ละคนจะต้องปฏิบัติงานอย่างน้อยร้อยละ 75

3. มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้คำปรึกษาติดตามกำกับคุณภาพอย่างประจำในอัตราส่วนแพทย์: ประชากรเท่ากับ 1: 1000 และมีแพทย์ติดตามในพื้นที่และร่วมให้บริการโดยตรง เป็นบางเวลา 1 ครั้งต่อสัปดาห์

4. กรณีไม่สามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการได้ จัดให้มีพยาบาลหรือพยาบาลเวชปฏิบัติเพิ่มเติมด้วยอัตราส่วน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ต่อประชาชนไม่น้อยกว่า 1: 30,000 คน

5. มีทันตแพทย์ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 20,000 คนในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 20,000 คน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ ไม่นเกิน 1: 40,000 คน

6. ให้มีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บ และบริหารเวชภัณฑ์ระบบยา เพื่อให้การบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด อย่างน้อยสัปดาห์ละชั่วโมง

รูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ไม่ได้กำหนดรูปแบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่เปิดโอกาสให้สถานบริการของรัฐคิดและพัฒนาารูปแบบตามความต้องการและทรัพยากรของท้องถิ่น จากการติดตามการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงปี 2544-2545 ประคิดและคณะ (2545) พบว่ามีการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 5 ลักษณะ คือ

1. การจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเวชปฏิบัติ (Extended OPD) หรือศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

2. การพัฒนาสถานีอนามัยที่มีศักยภาพให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเขตนอกเมือง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลบางกรวย มีการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดย

ปรับแนวคิดและวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิม

ขยายกิจการให้ครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมมากขึ้น

การจัดบริการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ดูแลสุขภาพประชาชนทุกคน ดูแลสุขภาพ

ครอบครัว

* การจัดบุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร จากโรงพยาบาลคู่สัญญา บริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ไปปฏิบัติงานถาวรหรือเป็นครั้งคราว

3. การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นต้นแบบ เช่น โรงพยาบาล
บางกรวย ใช้เงินโรงพยาบาลสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่บ้านสมชาย และมีการให้บุคลากรของ
โรงพยาบาลเป็นอาสาสมัครไปปฏิบัติงาน โดยมีค่าตอบแทนสูงขึ้น

4. การปรับหรือจัดให้มีหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวหรือทีมเยี่ยมบ้าน ที่ประกอบ
ด้วยสหวิชาชีพ ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกที่บ้าน เช่น
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีทันต-แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ร่วมค้นหาผู้ป่วยที่ควรจะไปเยี่ยม
บ้าน วางแผนการออกเยี่ยมบ้าน และประเมินผลในการให้บริการ

5. การเป็นร้านขายยาที่ให้บริการที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ยา การดูแลสุขภาพตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. (อัคราณา).

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

ธีระ รามสูต. (2544). เอกสารประกอบการอภิปรายเรื่อง บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบนเวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย ในการประชุมสามัญใหญ่ประจำปี 2543 ในวันที่เสาร์ที่ 27 มกราคม 2544 เวลา 13.00-4.00 น. ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.

วสุธร ดันวัฒนานกุล.(2543). อนามัยชุมชนและการสาธารณสุขมูลฐาน.ชลบุรี: เอ.บี.พรินท์.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะที่ผ่าน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สัมฤทธิ์ ต่อสดี. (2544).บทบาทพยาบาลในการบริการสุขภาพแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล,50(4), 236-242.

ประคิด สุขฉายา และคณะ (2545). การสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : บริบทของวิชาชีพและสถานบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ.