



The Study of Service Plan on Primary Care

Kavalin Chuencharoensuk
Bureau of Health Administration

Abstract

The study of Service Plan on Primary Care aims at studying ways of servicing plan on Primary Care according to the service plan of the Office of the Permanent Secretary of Public Health, the Ministry of Public Health. Studying and analyzing document were used to collect ways of thinking in Primary Care including with information in developing the system of service plan on Primary Care, Secondary Care and Holistic Care of 12 health regions focusing to reach better service and more efficiency due to the 2556 budget year.

The outcome revealed that important service in primary care unit must have basically health service covering the process of four dimensions in health service. People were able to easily reach the service and also be convenient. There had to be blending service in supporting, preventing diseases, first aiding and also rehabilitating. There would be connection in order to obtain quality service emphasizing social status that covered every group and age through important services as:

1. Family Medicine Service is the health service on Primary Care to people, families and communities. The limitation of service covers reactive approaches and proactive approaches.
2. Mental Health Care and Community Mental Health Care serve for communities focusing on supporting mental health care in people and protect the occurrences of mental health problems in risk groups.
3. Rehabilitation Service focuses on multidisciplinary health team and the cooperation of the government and private sector and also communities.
4. Thai Traditional Medicine Service is the holistic care that watches over physical health, mental health, communities and environment covering health support, disease protection, treatments and rehabilitation.

Primary Care Unit should be divided into two sections. The first section is Urban Primary Care, Urban Health Center that should service completely according to the mention above. Physicians should be stationed. It must modernize and convince for urban people. The second section is Suburban Primary Care, the Tambon Health Promoting Hospital, which also services according to the mention above dealing with the Secondary Hospital being as supporters and counselors.



บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการลดลงของอัตราเกิดและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น⁽¹⁾ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 5.9 ล้านคน หรือร้อยละ 9.4 ปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 7.0 ล้านคน หรือร้อยละ 10.7 ปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.8 และในปี 2565 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 18 ทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁽²⁾ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทย โดยการตรวจร่างกาย พบว่าประชากรไทยมักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มที่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและการดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง⁽³⁾ ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต ซึ่งรวมถึงการถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอันเนื่องมาจากชราภาพ จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทางกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ และข้อมูลจากองค์การอนามัยโรคพบว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิต เกิดจากโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลต่อภาวะในระบบบริการสุขภาพ⁽⁴⁾

ระบบบริการสุขภาพของไทย⁽⁵⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care) 2) บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และ 3) บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งบริการทั้ง 3 ระดับต้องไม่ซ้ำซ้อนในการจัดบริการ มีการเชื่อมต่อกันอย่างเหมาะสม

แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยมักข้ามชั้นในการไปรับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ทั้ง ๆ ที่ส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถดูแลได้ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ⁽⁶⁾ ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละวันมีจำนวนมาก โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิไม่สามารถให้การดูแลในโรคที่เป็นปัญหาซับซ้อนได้อย่างเต็มที่ ซึ่งถือเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของระบบบริการในปัจจุบัน ในขณะที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเองก็มีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรที่มีจำนวนน้อย⁽⁷⁾ อีกทั้งไม่มีแพทย์ให้บริการประจำ ทำให้ประชาชนไม่เชื่อมั่นในการมารับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽⁸⁾ จากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายและพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา⁽⁹⁾ เน้นการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น 2 ด้าน คือ 1) Better Service (Accessibility, Faster, Safer) และ 2) More Efficiency ดังนั้น การหาแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในการมาใช้บริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้านได้ จะเป็นการลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชนและเป็นการสร้างความภาคภูมิใจแก่ผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอีกทางหนึ่ง⁽¹⁰⁾



วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการจัดบริการสุขภาพ
ด้านบริการปฐมภูมิ ตามแผนการพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ (Service Plan)

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา แผนการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยศึกษาจาก
สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ
แนวคิดในการจัดบริการปฐมภูมิ และแผนพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพสาขาบริการปฐมภูมิ ทฤษฎีและ
สุขภาพองค์รวม จาก 12 เขตบริการสุขภาพ ที่เน้น
การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น (Better Service & More
Efficiency) ที่จัดทำในปีงบประมาณ 2556

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative
Research) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาและวิเคราะห์
ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary research) โดยการ
ทบทวนแนวความคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
กับสถานการณ์ ระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
จัดบริการด้านปฐมภูมิในประเทศไทยเป็นหลัก
เพื่อประเมินแนวทางในการจัดบริการปฐมภูมิ ตามแผน
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งผู้ศึกษา
ได้กำหนดขั้นตอนวิธีการศึกษา ดังนี้

1. รวบรวมวิเคราะห์แนวคิดจากการประชุม
คณะกรรมการ ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เอกสาร
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาข้อมูลการจัดทำแผนพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ
ทฤษฎี และสุขภาพองค์รวม ปีงบประมาณ 2556

ของ 12 เขตบริการสุขภาพ ที่เน้นการเข้าถึงบริการ
ที่ดีขึ้น (Better Service & More Efficiency)

ผลการประเมิน

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพ แนวคิด
ในการจัดบริการ พบว่าบริการที่สำคัญที่หน่วยบริการ
ปฐมภูมิควรมี คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นโรคทั่วไป
(รวมถึงการให้บริการทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน
เช่น การตรวจวัดปริมาณน้ำตาลของเม็ดเลือดแดง)
จัดบริการขั้นพื้นฐาน (PP service, service package)
เช่น การให้วัคซีน การฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว
การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน, โรค
ความดันโลหิตสูง) โรคเฉพาะพื้นที่ การให้บริการ Home
ward, Home health care, Home visit ในกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะตามพื้นที่หรือตามกลุ่ม
วัยที่เข้าถึงบริการยาก เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ
กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย การส่งเสริมการใช้หลักการ
ทางการยศาสตร์ (ความสัมพันธ์ระหว่างคนและ
สิ่งแวดล้อม) สำหรับผู้มีปัญหาโรคเรื้อรัง การบริการ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับการศึกษาแผนพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพสาขาบริการปฐมภูมิ ทฤษฎีและสุขภาพ
องค์รวม จาก 12 เขตบริการสุขภาพ ปรากฏผลดังนี้

1. การให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ
ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ พบว่า การให้บริการ
ด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ
ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เช่น งานฝากครรภ์มีปัญหา
ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ปัญหาแม่ตาย - ลูกตาย เป็นต้น รวมทั้งการเก็บ
รวบรวมข้อมูลงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค
ขาดความน่าเชื่อถือไม่สามารถนำมาใช้ในการติดตาม



ประเมินผล และวางแผนได้ ทั้งนี้เขตบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย เช่น เพิ่มศักยภาพทุกวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ตามข้อกำหนดที่ควรมี เพื่อให้พร้อมในการบริการ (เขตบริการสุขภาพที่ 8), มีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแนวทางนักสุขภาพครัว (เขตบริการสุขภาพที่ 9), มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นไปตามแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ (เขตบริการสุขภาพที่ 10), และมีการสนับสนุนบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือให้เพียงพอในการบริการ (เขตบริการสุขภาพที่ 11)

2. ความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพบริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถรักษาได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่เนื่องจากประชาชนยังไม่มั่นใจในคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลและใช้เวลารอคอยนาน ทั้งนี้เขตบริการสุขภาพได้ดำเนินการดังนี้ จัดบริการคลินิกร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ออกตรวจในคลินิกโรคเรื้อรัง พัฒนาและเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รองรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้บริการเชิงรุกและเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน (เขตบริการสุขภาพที่ 1), จัดบริการฟื้นฟูครอบคลุมผู้ป่วยและผู้พิการทุกราย พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐานและการเก็บส่งตรวจ (เขตบริการสุขภาพที่ 2), พัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในประชาชนและกลุ่มเสี่ยง (เขตบริการสุขภาพที่ 3), พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง,

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, การดูแลผู้บาดเจ็บ (เขตบริการสุขภาพที่ 8), มีการจัดบริการเฉพาะเรื่อง เช่น บริการคลินิกอดบุหรี่/ ยาเสพติด คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง คลินิกจัดการโรคเรื้อรังและสร้างเสริมการดูแลสุขภาพ คลินิกดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง คลินิกแพทย์ทางเลือก บริการเชิงรุก บริการตรวจคัดกรอง จอประสาทตา คลินิกให้คำปรึกษาด้านอาหาร คลินิกให้คำปรึกษาด้านยา ศูนย์การเรียนรู้ด้านการดูแลตนเองของประชาชน (เขตบริการสุขภาพที่ 9), การพัฒนาศักยภาพบริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคพื้นฐาน แพทย์แผนไทยทันตกรรม การพัฒนาระบบยา พัฒนาศักยภาพการทำแนวทางการปฏิบัติงานพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแม่ข่าย (เขตบริการสุขภาพที่ 11) เป็นต้น

3. การบูรณาการเป็นระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) พบว่า การดำเนินงานเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ยังไม่บูรณาการเป็นระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นเอกภาพ เนื่องจากบุคลากรในเขตบริการสุขภาพยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนถึงกลวิธีการปฏิบัติที่เป็นกระบวนการให้เกิดกลไกในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่ต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน โดยวิธีการที่เขตบริการสุขภาพ ดำเนินการเพื่อส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิโดยยึดปัญหาชุมชนประชาชนเป็นศูนย์กลาง และนำกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมาเป็นกลไกขับเคลื่อน ดังนั้นนำข้อมูลสุขภาพมาดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาของระบบสุขภาพ อำเภอ (เขตบริการสุขภาพที่ 1), มีการพัฒนาระบบการจัดการระดับอำเภอในการสนับสนุนการพัฒนาบริการด้านปฐมภูมิ (เขตบริการ



สุขภาพที่ 8), พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นรูปธรรม (เขตบริการสุขภาพที่ 10), และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (เขตบริการสุขภาพที่ 11)

4. หน่วยบริการด้านบริการปฐมภูมิในเขตเมืองพบว่า เขตอำเภอขนาดใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่นและมีการขยายตัวสู่ความเป็นเมือง ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ครอบคลุมประชากรตามเกณฑ์ (1 แห่งดูแลประชากรไม่เกิน 30,000 คน) ซึ่งมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ขาดงบประมาณสนับสนุน ไม่สามารถจัดหาพื้นที่ที่เหมาะสม และมีความหลากหลายของระบบการจัดการของแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) แต่มีบางเขตบริการสุขภาพได้ดำเนินการเพิ่มหน่วยบริการด้านบริการปฐมภูมิในเขตเมือง เพื่อดูแลประชากรไม่เกิน 30,000 คน ดังนี้ พัฒนาให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ให้บริการพื้นฐานครบถ้วนครอบคลุมประชากรเขตเมืองทั้งหมดรวมถึงเขตชุมชนหนาแน่น (เขตบริการสุขภาพที่ 2), พัฒนาและขยายจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ส่งเสริมการจัดการบริการปฐมภูมิโดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานของประชาชน (เขตบริการสุขภาพที่ 6) และจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตามเกณฑ์ที่กำหนด (เขตบริการสุขภาพที่ 8) และยังไม่พบกลวิธีของเขตบริการสุขภาพที่ชัดเจน ในการสนับสนุนให้จังหวัด/อำเภอ มีบทบาทในการบริหารจัดการการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

อภิปรายผล

1. แนวทางในการจัดบริการปฐมภูมิ ควรจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานครอบคลุมกระบวนการบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ เน้นการเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก มีการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการต่อเนื่อง ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย จนถึงหลังเจ็บป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีการบริการประสานเชื่อมโยง ดูแลผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีระบบส่งต่อผู้ป่วย เน้นการดูแลเชิงสังคม⁽¹¹⁾ ดูแลครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยการบริการหลักที่สำคัญที่ควรมี คือ

1.1. การจัดการบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว การให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีขอบเขตการให้บริการครอบคลุมทั้งเชิงรับ (การบริการในโรงพยาบาล) และเชิงรุก (การบริการในชุมชน) ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงรูปแบบการให้บริการที่ประกอบด้วย การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การเข้าใจภูมิหลังของผู้รับบริการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความต่อเนื่อง

1.2 งานสุขภาพจิตและสุขภาพจิตชุมชน การให้บริการแก่ชุมชนทางด้านการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไป การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในบุคคลกลุ่มเสี่ยง การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ



คือกลุ่มตามวัย (วัยเด็ก วัยเรียนและวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยทางจิต

1.3 งานฟื้นฟูสภาพ เป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมุ่งเน้นตามหลักการดูแลและฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการ ญาติ ผู้ดูแล รวมถึงประชาชนในชุมชน ทั้งนี้งานฟื้นฟูสภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กายอุปกรณ์

1.4 งานการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์องค์รวมที่ดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม และให้การดูแลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

2. หน่วยจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ระดับปฐมภูมิเขตเมือง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองที่ควรมีให้ครอบคลุมประชากร โดยมีสัดส่วนต่อประชากรที่ 1 แห่งต่อประชากร 30,000 คน โดยควรมีการจัดบริการตามแนวทางการจัดบริการในข้อ 1 อย่างครบถ้วน ควรมีแพทย์ให้บริการประจำ เน้นความทันสมัยให้เป็นที่น่าเชื่อถือสำหรับวิถีชีวิตคนเมือง

ส่วนที่ 2 ระดับปฐมภูมิเขตชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการแนวทางการจัดบริการในข้อ 1 โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนและให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่เน้นคุณภาพเชิงสังคมควบคู่ไปกับคุณภาพเชิงเทคนิคบริการ แต่จากข้อจำกัดทางด้านโครงสร้างและบุคลากร ที่ไม่เพียงพอในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สามารถดำเนินการจัดบริการได้ครบถ้วนตามแนวทางที่วางไว้ จึงควรพัฒนาเป็นแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Network) มีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแม่ข่ายให้การสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ และส่งเสริมทำงานผสมผสานกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ โดยการหาแนวทางจัดการร่วมกันในการจัดการปัญหาและอุปสรรคในรูปคณะกรรมการ ที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน วางกรอบแนวคิดการดำเนินงาน รวมถึงการวางเป้าหมายของการพัฒนาบริการสุขภาพในระดับอำเภอที่เหมาะสมกับบริบท อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2. ส่วนกลางควรมีนโยบายในการสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง ทั้งในด้านการพัฒนาศักยภาพการให้บริการ การพัฒนาและสนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอ รวมทั้งการลงทุน เนื่องจากระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ หากมีความเข้มแข็งจะสามารถลดรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและประเทศได้ในระยะยาวได้

3. ในการทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านบริการปฐมภูมิ ควรใช้กรอบแนวคิดตามโครงสร้างการจัดทำแผนเพื่อให้มีระบบการจัดทำแผนที่ชัดเจน



และควรกำหนดกรอบให้ครอบคลุมทั้งระบบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ เห็นความเชื่อมโยงในการวางแผน ทั้งในด้านการจัดระบบบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล เทคโนโลยีที่เหมาะสม ระบบงบประมาณของระบบ บริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้กรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบหลักในการสร้างความเข้มแข็ง 6 ส่วน (6 Building Blocks of Health System)⁽¹²⁾ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีระบบการประเมินผลควบคู่ไปกับการวางแผนเพื่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. **ข้อมูลสุขภาพคนไทย 2556**. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2556.
2. ทศนา บุญทอง. **ปฏิรูประบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพฯ : ลีริยอดการพิมพ์, 2543.
3. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. **เวชปฏิบัติครอบครัว : บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน แนวคิดและประสบการณ์**. นนทบุรี : โครงการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข, 2542.
4. ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ. **ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
5. วีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. **การพัฒนาสุขภาพเพื่อมวลชน**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา, 2534.
6. โยธิน แสงดี และคณะ. **ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
7. นางลักษณ พะโกยะ. **กำลังคนด้านสุขภาพ : ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554.
8. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ. **สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สหพัฒนาไพศาล (พิมพ์ครั้งที่ 1), 2554.
9. สำนักบริหารการสาธารณสุข. **การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) แผนการจัดระบบบริการในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพ**, 2555.
10. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. **ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ**. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551.
11. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. **คู่มือการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2553.
12. ลัมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์. **ข้อเสนอการพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้กระทรวงสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2552.



การศึกษาแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการบริการปฐมภูมิ

เกวลิน ชื่นเจริญสุข
สำนักบริหารการสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านบริการปฐมภูมิ ตามแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary research) โดยการรวบรวมแนวคิดในการจัดบริการปฐมภูมิและข้อมูลการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ ทดตยภูมิ และสุขภาพองค์รวมของเขตบริการสุขภาพ จำนวน 12 เขตบริการสุขภาพ ที่เน้นการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น (Better Service & More Efficiency) ที่จัดทำขึ้นในปีงบประมาณ 2556

ผลการศึกษาพบว่า บริการที่สำคัญในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีคือ การจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมกระบวนการบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และมีการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการต่อเนื่อง ดูแลตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย จนถึงหลังเจ็บป่วย อย่างเป็นองค์รวม มีการประสานเชื่อมโยงเพื่อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เน้นการดูแลเชิงสังคม ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยมีบริการหลักที่สำคัญคือ

- 1) การจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีขอบเขตการให้บริการครอบคลุมทั้งเชิงรับ และให้การให้บริการเชิงรุก
- 2) การจัดบริการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตชุมชน ที่ให้บริการแก่ชุมชนทางด้านการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไป และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลกลุ่มเสี่ยง
- 3) การจัดบริการด้านการฟื้นฟูสภาพ ที่เน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน
- 4) การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์องค์รวมที่ดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้การดูแลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

โดยหน่วยที่จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ระดับปฐมภูมิเขตเมือง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (คสม.) ที่ควรมีการจัดบริการตามแนวทางที่กล่าวไว้ข้างต้นอย่างครบถ้วน ควรมีแพทย์ให้บริการเป็นการประจำ เน้นความทันสมัยให้เป็นที่น่าเชื่อถือสำหรับคนเมือง ส่วนที่ 2 คือ ระดับปฐมภูมิเขตชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้บริการตามแนวทาง โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุน และให้คำปรึกษา