

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน ที่พึงประสงค์

ชาญวิทย์ ทระเทพ

พรเพชร ปัญญปิยะกุล

ปาริฉัตร ตันติยวงศ์

สุดารัตน์ ลิ้มปะพันธุ์

สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์

สุภาพร เฉยทิม

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างฉลากทัศนระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ โดยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศาสตร์ จากข้อมูล 2 ส่วน (1) Hard Approach ประกอบด้วย (1.1) ข้อมูลปฐมภูมิ ประชากรคือผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 727 แห่ง กลุ่มตัวอย่างได้จากผู้ที่มีศรัทธาตอบแบบสอบถาม จำนวน 240 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (1.2) ข้อมูลทุติยภูมิ ศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ จำนวน 8 ปัจจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา (2) Soft Approach ใช้ข้อมูล 2 ส่วน (2.1) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (2.2) ข้อมูลการประชุมกลุ่ม ประชากร คือผู้บริหาร นักวิชาการด้านการจัดการบริการสุขภาพ ผู้รับบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 47 คน (สัมภาษณ์ 26 คน และประชุมกลุ่ม 21 คน) เครื่องมือที่ใช้เป็นประเด็นการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษา พบว่าฉลากทัศนโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ มี 3 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 แบบอิสระ ภายใต้กำกับรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพในการหารายได้สูง ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่เศรษฐกิจ เช่น พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว จึงที่มีศักยภาพในการหารายได้ด้วยตนเอง รูปแบบที่ 2 แบบกึ่งอิสระเหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มี ประชากรมากจึงมีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงพอต่อการจัดการบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชน และมีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งงบประมาณอื่น ๆ ได้บ้าง รูปแบบที่ 3 แบบพึ่งพิงรัฐ เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อยทำให้รายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดการบริการสุขภาพให้กับประชากรในชุมชนและโอกาสในการหารายได้จากแหล่งงบประมาณอื่น ๆ ต่ำ เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกล ก้นดง หรือเสี่ยงภัย ฉลากทัศนทั้ง 3 รูปแบบเป็นฉลากทัศนที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทต่างกัน การใช้ผลการศึกษาในเชิงนโยบาย จึงควรศึกษาข้อดีข้อด้อยของแต่ละฉลากทัศนเพื่อให้การกำหนดนโยบายเป็นไปเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพทั้งระบบ นั่นคือ ความสมดุลของการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และต้นทุนบริการ

คำสำคัญ: โรงพยาบาลชุมชน, ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์, การเข้าถึงบริการ, คุณภาพบริการ, ต้นทุนบริการ

บทนำ

โรคมีอุบัติการณ์และความซับซ้อนมากขึ้นประชาชนมีความคาดหวังและความต้องการสูงขึ้น ผลักดันให้รัฐหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรวิชาชีพ ต้องออกมาตราการในการประกันคุณภาพการบริการ ทำให้ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามทรัพยากรที่เป็นกลไกขับเคลื่อนระบบบริการกลับมีสัดส่วนต่อปริมาณงานลดลง (บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์) โดยเฉพาะบุคลากรแพทย์ ซึ่งมีแพทย์ที่ยังปฏิบัติงานจำนวน 19,430 คน⁽¹⁾ ในขณะที่ประชากรตามสถิติของหลักประกันในการรักษาพยาบาลทั้งหมดเท่ากับ 63,978,129 คน⁽²⁾ เท่ากับมีแพทย์ 30 คนต่อประชากร 1 แสนคน เมื่อความต้องการและความคาดหวังสูง แพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมในการรักษา ที่ผู้รับบริการต้องรอพบเพื่อให้วินิจฉัยและสั่งการรักษา จึงเป็นจุดปะทะระหว่างแพทย์และผู้รับบริการอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จะเห็นได้จากข้อมูลการฟ้องร้องแพทย์ พ.ศ. 2545 มีจำนวนถึง 315 ราย ในขณะที่ พ.ศ. 2534 มีข้อมูลการฟ้องร้องเพียง 29 ราย โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการไม่รักษามาตรฐานและเป็นสาเหตุของการฟ้องร้องประกอบโรคศิลปะถึง 5 ราย⁽³⁾ แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการและความสามารถในการตอบสนองความคาดหวังนั้น

โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) เป็นโรงพยาบาลที่จัดอยู่ในการบริการระดับต้น (primary care) และระดับกลาง (secondary care) มีทรัพยากรในการขับเคลื่อนระบบบริการจำกัดเมื่อเทียบกับระดับบริการที่สูงขึ้น โดยเฉพาะบุคลากรที่เป็นกลไกขับเคลื่อนระบบบริการที่สำคัญที่สุด พบว่า รพช. นั้นมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์มาตลอด กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ปัญหาในเรื่องนี้ โดยมีการหมุนเวียนแพทย์จบใหม่ไปยังรพช. เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลมีแพทย์อยู่ไม่น้อยกว่า 3 คน ซึ่งรวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องมีหน้าที่บริหารโรงพยาบาลด้วย นอกจากปัญหาการ

ขาดแคลนแพทย์แล้วปัจจุบัน รพช. ยังมีปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เพราะตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา ไม่มีการบรรจุพยาบาลเป็นข้าราชการด้วยนโยบายลดอัตรากำลังข้าราชการของรัฐบาล จึงมีปัญหาทั้งจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอและอายุเฉลี่ยของพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนั้นโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งยังประสบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอต่อการจัดบริการที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน จึงเป็นสาเหตุของความตึงเครียดและก่อให้เกิดความรำคาญระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการและเกิดการฟ้องร้องตามมา ข้อมูลเดือนมีนาคม 2551 พบว่ามีรพช. ถูกฟ้องร้อง 26 แห่ง จากทั้งหมด 66 แห่ง⁽⁴⁾ **จึงควรถามหาทางสนองความคาดหวังของประชาชนและส่งเสริมความสามารถในการจัดบริการของรัฐ ให้สมดุล และลดช่องว่างของความคาดหวังและความสามารถในการจัดบริการ** ตามอุดมคติโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลด้านหน้าที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็ว ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนที่ดีที่พึงประสงค์ของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และสามารถแก้ปัญหาหรือบรรเทาปัญหาที่เรื้อรังมาช้านานนั้นควรเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นท้าทายที่ต้องการคำตอบเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการออกนโยบายหรือมาตรการใด ๆ ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ ซึ่งหมายถึงระบบการจัดบริการสุขภาพของ รพช. ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพเป็นกลไกขับเคลื่อน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์ สถานที่ และองค์ความรู้ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุดท้ายของระบบบริการ คือ ความสมดุลของการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและต้นทุนบริการ มีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดัง

รูปที่ 1

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้คณะวิจัยใช้กระบวนการวิจัยอนาคตศาสตร์ (future study)⁽⁵⁾ จากข้อมูล 2 ส่วน คือ Hard Approach และ Soft Approach

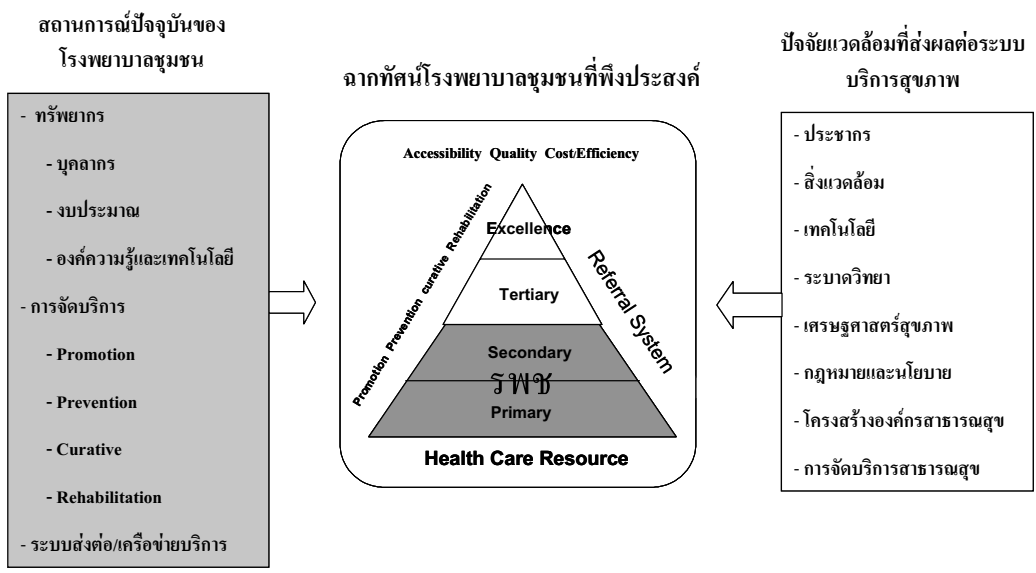
1. Hard Approach ศึกษาจากข้อมูลปริมาณจาก 2 ส่วน คือ ข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ

1.1 ข้อมูลปฐมภูมิ ประชากร คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 727 แห่ง กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มเจาะจงของผู้บริหารโรงพยาบาลในการตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 240 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การจัดบริการและปัญหาการบริการ และข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ รวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปยัง รพช. ทุกแห่งและให้ผู้บริหารที่สมัครใจตอบแบบสอบถามตอบกลับมายังสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

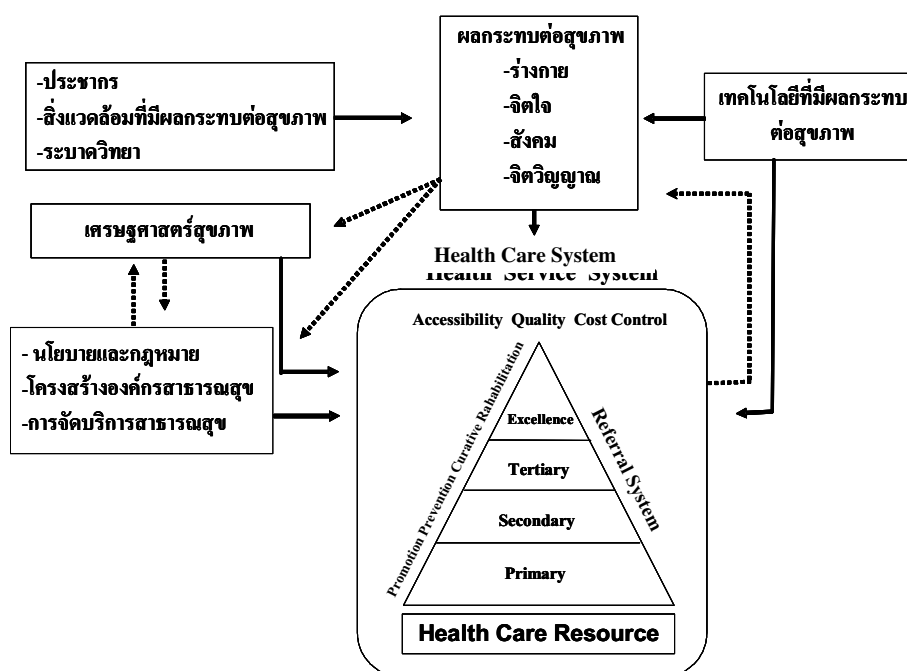
1.2 ข้อมูลทุติยภูมิ ประชากรคือปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์มีจำนวน 8 ปัจจัย ซึ่งนำมาจาก “ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า” ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2549 และสืบค้นข้อมูลแต่ละปัจจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา มีการอบในการวิเคราะห์ดังรูปที่ 2

2. Soft Approach ศึกษาจากข้อมูลคุณภาพ 2 ส่วน คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่ม

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ **(1) กลุ่มผู้บริหารส่วนภูมิภาค ประชากร** คือ ผู้บริหาร นักวิชาการ กลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการคัดเลือกคือ เลือกจังหวัด จำนวน 6 จังหวัด จากนั้นเลือกอำเภอ 1 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอมิบริบทแตกต่างกัน ได้แก่ พื้นที่ห่างไกล กันตาร พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ประชาน้อยแต่อยู่ใกล้เขตเมือง พื้นที่ที่มีประสบการณ์การถูกฟ้องร้อง จากนั้นสัมภาษณ์ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการรพช. ในอำเภอที่เลือกและตามสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพช. ที่



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปที่ 2 กรอบการวิเคราะห์ผลกระทบของปัจจัยทั้ง 8 ปัจจัย ต่อสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน

เคยมีประสบการณ์ผู้ป่วยฟ้องร้องได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ ประเด็นการสัมภาษณ์ที่คณะวิจัยสร้างขึ้นโดยใช้การสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ประกอบด้วย การจัดการบริการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ เครือข่ายบริการและการส่งต่อ ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรค ความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพ รพช. ที่พึงประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล โดยการนัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์และส่งประเด็นการสัมภาษณ์ ล่วงหน้า ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 2-3 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยการทำตารางไขว้เพื่อสรุปประเด็นที่มีความคิดเห็นตรงกันและแตกต่างกัน

(2) **กลุ่มผู้บริหารส่วนกลาง ประชากร** คือผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ผู้ที่มีบทบาทภารกิจเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย กฎหมายและกฎระเบียบ และเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพและ

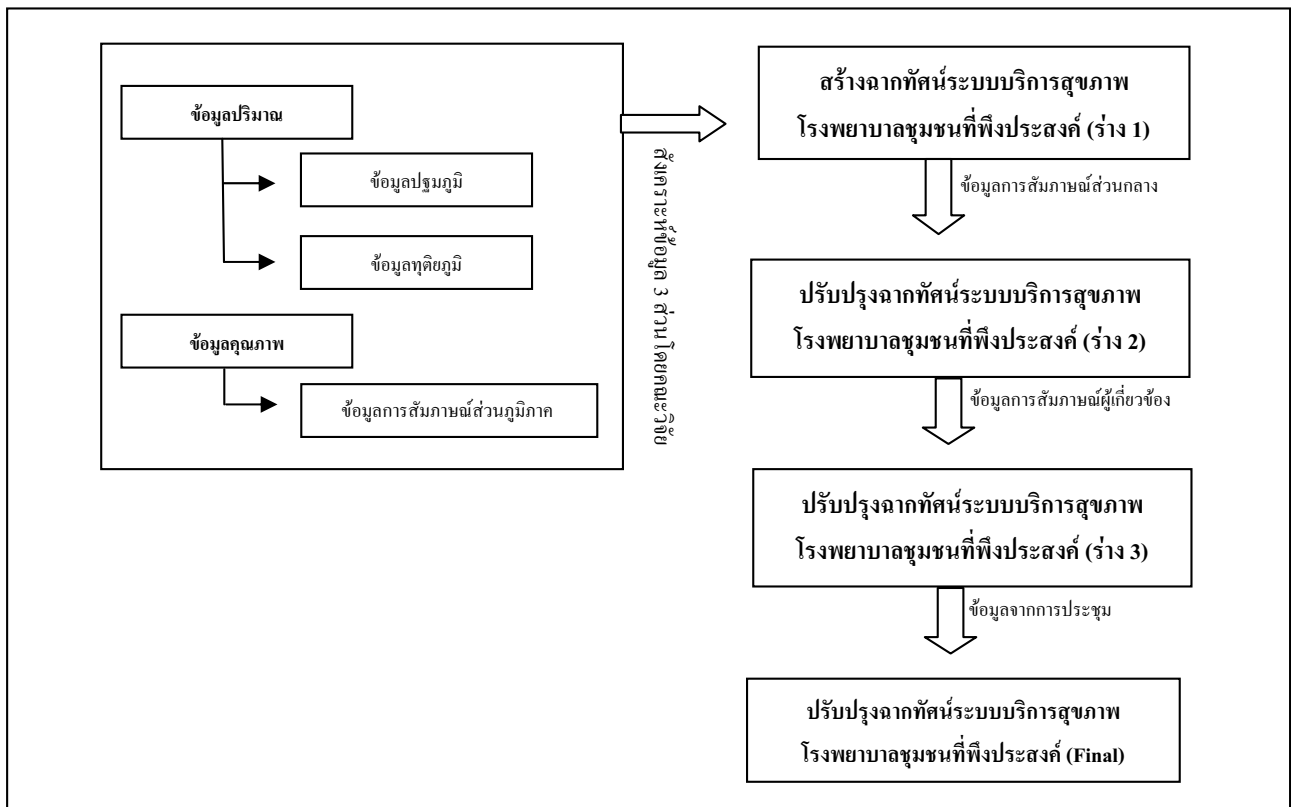
ทรัพยากรสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้บริหาร 3 คน นักวิชาการ 2 คน รวม 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นบทสรุปผู้บริหาร (executive summary) ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์จากข้อมูล 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลปฐมภูมิจากแบบสอบถาม (2) ข้อมูลทุติยภูมิจากปัจจัย 8 ปัจจัย (3) การให้สัมภาษณ์จากส่วนภูมิภาค โดยมีรายละเอียดของ การจัดการบริการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ เครือข่ายบริการและการส่งต่อ ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรค และ (ร่าง 1) ฉกทศน์ระบบบริการสุขภาพ รพช. ที่พึงประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล โดยการนัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์และส่งบทสรุปผู้บริหารล่วงหน้า ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 2-3 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยการทำตารางไขว้เพื่อสรุปประเด็นที่มีความคิดเห็นตรงกันและแตกต่างกัน และปรับปรุง (ร่าง 2) ฉกทศน์ระบบบริการสุขภาพ รพช. ที่พึงประสงค์

(3) **กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ประชากร** คือ ผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพ การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนาระบบบริการ รวมถึง

ผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่าง เลือกรูปแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนัก การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ รวบรวมข้อมูล เป็นบทสรุปผู้บริหารที่ผู้วิจัยปรับปรุง จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้สัมภาษณ์จากส่วนกลาง โดยมีรายละเอียดของ การจัดบริการสุขภาพ ทรัพยากร สุขภาพ เครือข่ายบริการและการส่งต่อ ความร่วมมือ กับชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรค ความคิด เห็นและความต้องการของผู้ให้สัมภาษณ์ และ (ร่าง 2) ฉากทัศน์ระบบบริการสุขภาพ รพช. ที่พึงประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล โดยการนัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์และ ส่งบทสรุปผู้บริหารล่วงหน้า ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ คนละประมาณ 2-3 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลใช้การ วิเคราะห์เนื้อหา โดยการทำตารางไขว้เพื่อสรุป

ประเด็นที่มีความคิดเห็นตรงกันและแตกต่างกัน และ ปรับปรุง (ร่าง 3) ฉากทัศน์ระบบบริการสุขภาพ รพช. ที่ พึงประสงค์

2.2 การวิจารณ์ฉากทัศน์ รพช. ที่พึงประสงค์ ประชากร คือ ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง จาก ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบ เจาะจง ผู้ที่มีบทบาท ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด นโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการสุขภาพและทรัพยากรสุขภาพ และผู้บริหาร รพช. จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นประเด็นการ วิจารณ์ แบบปลายเปิด ที่คณะวิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นประเด็น สำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน คือ การจัดบริการของ รพช. ที่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไร ควรมี cost sharing ณ จุดบริการ(ณ รพช.) หรือไม่ อย่างไร และ (ร่าง 3) ฉากทัศน์ รพช.ที่พึงประสงค์ รวบรวมข้อมูล โดยส่งหนังสือเชิญประชุม กำหนดการ



รูปที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างฉากทัศน์ รพช. ที่พึงประสงค์

ประชุม ประเด็นการวิจารณ์ ให้กลุ่มตัวอย่าง จัดบันทึก การประชุมและบันทึกเสียงในวันประชุม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตารางไขว้เพื่อวิเคราะห์ ประเด็นที่มีความคิดเห็นตรงกันและแตกต่างกัน จากนั้นปรับปรุงฉบับสมบูรณ์ (รูปที่ 3)

ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี (ตุลาคม 2550 - กันยายน 2551)

ผลการศึกษา

แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ฉากทัศน์โรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยที่ 1 ประชากร ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพ คือ (1) สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2551 ประชากร : ผู้สูงอายุ เป็น 66.5 : 11.1 ล้านคน)⁽⁶⁾ (2) คนชายขอบที่ไม่มีบัตรประชาชนซึ่งไม่ชัดเจนว่ามีจำนวนเท่าใด

ปัจจัยที่ 2 สิ่งแวดล้อม ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพ คือ ภาวะโรคเรื้อรัง กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคและความเจ็บป่วย พาหะนำโรคและโรค มีการปรับตัว เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น⁽⁷⁾

ปัจจัยที่ 3 เทคโนโลยี ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพ คือ (1) เทคโนโลยีทั่วไป เน้นความสะดวกสบายและความรวดเร็ว เช่น internet game-online mobile-phone ซึ่งกระทบต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยตามมา (2) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (2.1) การแพทย์แผนปัจจุบันเน้น high technology (2.2) การ

แพทย์ทางเลือก มีหลากหลาย บางอย่างซ้ำซ้อนกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และยังไม่มีการควบคุมมาตรฐาน⁽⁸⁾

ปัจจัยที่ 4 ระบาดวิทยา ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพ คือ (1) โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น HIV อุบัติเหตุ (2) โรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง (3) โรคติดต่อ ได้แก่ โรคอุบัติเก่า เช่น วัณโรค เหาซ้าง ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น โรคอุบัติใหม่ เช่น SARS ไข้หวัดนก เป็นต้น⁽⁹⁾

ปัจจัยที่ 5 การคลังสุขภาพ ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ คือ มีแหล่งงบประมาณด้านสุขภาพที่หลากหลาย ที่สำคัญได้แก่ ประกัน-สุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม และประกันเอกชน⁽¹⁰⁾

ปัจจัยที่ 6 กฎหมายและนโยบาย ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ คือ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชากร การคุ้มครองผู้บริโภค⁽¹¹⁾

ปัจจัยที่ 7 โครงสร้างองค์กรสาธารณสุข ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ มี 2 ส่วน คือ (1) ราชการบริหารส่วนกลาง ประกอบด้วย หน่วยงานบริหารและหน่วยงานวิชาการ (2) ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย หน่วยงานบริการ (รพ.สังกัด สป.) และหน่วยงานวิชาการ (ศูนย์การแพทย์/สถาบันต่าง ๆ) นอกจากนั้นยังมีรพ.ของรัฐสังกัดอื่น ๆ และรพ.เอกชน (แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร)⁽¹²⁾

ปัจจัยที่ 8 การจัดบริการสาธารณสุข ลักษณะสำคัญที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ คือ แบ่งระดับบริการเป็น ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ⁽¹³⁾

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน

ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จำนวน

240 แห่ง มีสาระสำคัญ ดังนี้

2.1.1 ด้านทรัพยากรสุขภาพ

(1) บุคลากร แพทย์ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 แห่ง รพช. ส่วนใหญ่มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไปถึง 219 แห่ง (91.25%) และมีความต้องการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 117 แห่ง (48.75%) ทั้งนี้ รพช. ที่มีจำนวนเตียง > 60-90 เตียง มีความต้องการมากที่สุด รพช. ที่มี วิทยาลัยแพทย์ มีเพียง 4 แห่ง (2.68%) และรพช. ที่ต้องการวิทยาลัย แพทย์มีจำนวน 24 แห่ง (10%) ทั้งนี้ รพช. ที่มีจำนวนเตียง > 120-207 เตียง มีความต้องการมากที่สุด **พยาบาล** พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีอยู่ใน รพช. ทุกแห่ง และ รพช. ยังมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพ ถึง 115 แห่ง (49.92%) โดยรพช. ที่มีจำนวนเตียง > 120-207 เตียง มีความต้องการมากที่สุด วิทยาลัยพยาบาลมีอยู่ใน รพช. 160 แห่ง (66.67%) ส่วน รพช. ที่ต้องการพยาบาล เวชปฏิบัติมีจำนวน 9 แห่ง (3.75%) เป็น รพช. ที่มีจำนวนเตียง > 10-30 เตียง จำนวน 3 แห่ง รพช. ที่มีจำนวนเตียง > 30-60 จำนวน 6 แห่ง

(2) งบประมาณ

แหล่งรายรับ ส่วนใหญ่ รพช. มีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 67 รองลงมาคือรายรับจากสวัสดิการข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 11 รายรับที่น้อยที่สุดมาจากประกันเอกชน ร้อยละ 2 ส่วน รพช. ที่อยู่ในเขตเศรษฐกิจ เช่น แหล่งท่องเที่ยว และเขตอุตสาหกรรม จะมีรายรับจาก fee for service ร้อยละ 6 **ความพอเพียง** รพช. ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการบริหารโรงพยาบาล ร้อยละ 68.33 (รพช. ที่มีจำนวนเตียง 10 เตียงได้รับงบประมาณไม่เพียงพอถึง 9 แห่ง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 แห่ง) **รายจ่ายเงินบำรุง** รพช. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 แห่ง ใช้จ่ายเงินบำรุงในปีงบประมาณ 2550 เพื่อซื้อยาและเวชภัณฑ์มากที่สุด รองลงมา คือเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนบุคลากร ร้อยละ 31.79, 26.55 และ 23.95

ตามลำดับ ส่วนการใช้จ่ายที่น้อยที่สุดคือการใช้จ่ายในด้านสิ่งปลูกสร้าง ร้อยละ 7.11

(3) ครุภัณฑ์การแพทย์

รพช. ร้อยละ 95 มี EKG และ Defibrator เฉลี่ย แห่งละ 2 เครื่อง

(4) องค์กรความรู้

รพช. มีความต้องการองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการมากที่สุด รองลงมาคือ ต้องการองค์ความรู้ในการรักษาพยาบาลด้านอายุรกรรม คือ 4.53 และ 4.17 ตามลำดับ ส่วนองค์ความรู้ที่มีระดับความต้องการน้อยที่สุดคือ การรักษาด้านสูติกรรม คือ 2.56

2.1.2 ด้านการบริการ

รพช. ส่วนใหญ่ให้บริการรักษาพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 39.56 (แบ่งเป็นการรักษาด้วยยาร้อยละ 29.16 การรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 10.40) รองลงมาเป็นการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การบริการที่น้อยที่สุดคือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 23.79, 22.91 และ 13.73 ตามลำดับ ส่วนการผ่าตัด รพช. มีการผ่าตัดไส้ติ่ง การทำหมันชาย และการผ่าตัดคลอดลดลง การทำหมันหญิงและการผ่าตัดเล็กมีมากขึ้น ส่วนการผ่าตัดดึงกระดูกซี่โครงที่

2.1.3 ปัญหาการให้บริการ

รพช. ปัญหาการให้บริการกับผู้ป่วยหรือญาติ จำนวน 275 ราย พบว่ามีความรุนแรงในขั้นของการร้องเรียนต่อผู้บริหารมากที่สุด จำนวน 165 ราย (60%) ส่วนความรุนแรงในขั้นของการแจ้งความและฟ้องศาล มีจำนวน 15 ราย (5.45%) และ 6 ราย (2.18%) ตามลำดับ **สาเหตุของปัญหา**เกิดจากการสื่อสาร กิริยา และความล่าช้าจากการให้บริการจำนวน 117 ราย (42.55%) ส่วนความผิดพลาดจากการรักษาทางยา และจากการผ่าตัด มีจำนวน 35 ราย (12.73%) และ 25 ราย (9.09%) ตามลำดับ **วิธีการแก้ไขปัญหา**กับผู้ป่วยหรือญาติโดยใช้ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยของทาง รพช. มากที่สุด รองลงมาใช้ทีมเจรจาไกล่เกลี่ยของจังหวัด จำนวน 132 แห่ง

(78.11%) และ 41 แห่ง (24.26%) และน้อยที่สุดที่ใช้การเจรจาโดยนักกฎหมาย จำนวน 4 แห่ง (2.37%) ผลการแก้ไขปัญหาคือ ตกลงได้ภายใน รพช. จำนวน 73 ราย (26.55%) ตกลงได้ที่สถานีตำรวจ จำนวน 17 ราย (6.18%) ตกลงได้ในชั้นศาล 4 ราย (1.45%) อยู่ระหว่างการเจรจา 3 ราย (1.09%) นอกนั้นไม่ระบุผลการแก้ไขปัญหา (64.73%) การเยียวยา ใช้วิธีการชดเชยค่าเสียหายเป็นเงิน 165 ราย (56.51%) รักษาฟรี 14 ราย (4.79%) ขอขมา 6 ราย (2.05%) ใช้วิธีอื่น ๆ 12 ราย (4.11%) ไม่ระบุวิธีการ 95 ราย (32.53%)

2.1.4 ความคิดเห็น

การผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ควรมีการผ่าตัดใน รพช. 149 แห่ง (62.08%) และไม่ควรมีการผ่าตัดใน รพช. 91 แห่ง (37.92%) โดยกลุ่มที่มีความเห็นว่าควรมีการผ่าตัด มีเหตุผลว่า ควรเป็นการผ่าตัดเล็กและทำในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดภาระของผู้รับบริการที่ต้องเดินทางไปรับการรักษาไกลบ้าน ส่วนในกรณีที่มีความเห็นว่าไม่ควรทำการผ่าตัดมีเหตุผลว่า รพช. ไม่มีความพร้อมของทั้งบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์

รพช. ที่พึงประสงค์ มีความเห็นว่าควรมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับศักยภาพของรพช. แต่ละแห่งที่สามารถออกนอกระบบได้ควรให้อิสระ

2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม

2.2.1 ด้านทรัพยากรสุขภาพ

(1) **บุคลากร แพทย์** ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันว่า รพช. ควรมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ควรมีตามความจำเป็นตามปัญหาสุขภาพของพื้นที่และตามความพร้อมของแต่ละแห่ง **พยาบาล** ผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและผู้เกี่ยวข้องมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาความขาดแคลนของพยาบาลนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการของผู้อำนวยการที่จะมีวิธีการให้มีพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งมีช่อง

ทางที่สามารถดำเนินการได้ เช่น ใช้เงินบำรุงของ รพช. ในการจัดจ้าง ส่วนผู้อำนวยการ รพช. มีความเห็นตรงกันว่าปัญหานี้ควรแก้ไขในเชิงระบบ ไม่ควรให้ รพช. แก้ปัญหาตัวเอง

(2) **งบประมาณ** ผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และผู้เกี่ยวข้องมีความเห็นตรงกันว่า รพช. ส่วนใหญ่ไม่ได้ขาดแคลนงบประมาณแต่อยู่ที่การบริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพมากกว่าอีกประการหนึ่งความพอเพียงของงบประมาณต้องรวมเงินบำรุงของโรงพยาบาลด้วย ส่วน รพช. ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลกันดาร ยากจน ประชากรน้อย เสี่ยงภัย เป็นกลุ่มที่งบประมาณไม่เพียงพอจริงและต้องให้การช่วยเหลือ ส่วนผู้อำนวยการ รพช. มีความเห็นว่างบประมาณที่ได้ตามจำนวนประชากรที่มณฑลทะเบียนนั้นไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ ซึ่ง รพช. แต่ละแห่งมีวิธีการแก้ปัญหาแตกต่างกัน รพช. ที่มีศักยภาพในการหารายได้ จะหารายได้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น กลุ่มประกันสังคม กลุ่มนักท่องเที่ยว โดยจัดบริการที่เป็นไปตามความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเงินบริจาคจากกลุ่มคนมีฐานะในพื้นที่ ส่วน รพช. ที่ไม่มีศักยภาพในการหารายได้จะขอความช่วยเหลือจากส่วนกลาง

(3) **ครุภัณฑ์การแพทย์** ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันว่า รพช. ส่วนใหญ่ไม่ต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ที่ซับซ้อนเนื่องจากเป็นการเพิ่มต้นทุนบริการในขณะที่รายรับที่ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นเท่าเดิม ส่วน รพช. ที่มีศักยภาพในการหารายได้ เช่น แหล่งท่องเที่ยว แหล่งอุตสาหกรรม ต้องการเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อดึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ มาใช้บริการ

(4) **องค์ความรู้** ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันว่า รพช. ส่วนใหญ่ควรมีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการรักษาพยาบาลนั้นควรเป็นไปตามความจำเป็นและความพร้อมของ รพช. แต่ละแห่ง นอกจากนั้นควรมีความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยง

การเจรจาไกล่เกลี่ย และการรักษาแบบองค์รวม

2.1.2 ด้านการบริการ

ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันว่า รพช. ยังมีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลโรคพื้นฐานที่เป็นปัญหาของพื้นที่แต่ละแห่ง ส่วนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพเชิงรุกนั้นควรเป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพช. ควรมีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา

2.1.3 ปัญหาการให้บริการ

ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันว่า ปัญหาการให้บริการส่วนใหญ่มาจากความไม่เข้าใจกันของผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งอาจจะด้วยหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมากจนล้นเลยการให้ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน การขาดทักษะในการเจรจาไกล่เกลี่ยเมื่อมีปัญหา เป็นต้น

2.1.4 ความคิดเห็น

ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันว่า รพช. ควรมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับบริบทของ รพช. แต่ละพื้นที่ รพช. ที่มีศักยภาพในการหารายได้ควรให้อิสระมากขึ้น รพช. ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล กันดาร เสี่ยงภัย ควรจัดสรรทรัพยากรให้เป็นพิเศษเพื่อให้สามารถจัดบริการได้ และควรกระจายอำนาจให้มากขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลมีความคล่องตัวในการจัดการทรัพยากรของตนเองและมองหาช่องทางในการหารายได้จากกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

ส่วนที่ 3 ระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนที่พึ่งประสงค์

แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 แบบอิสระภายใต้กำกับรัฐ (Autonomous under Government Monitoring) เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพในการหารายได้สูงซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่เศรษฐกิจ เช่น พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว จึงมีศักยภาพในการหารายได้ (income) ด้วยตนเอง โรงพยาบาลที่มีบริบทแบบนี้จะต้องการความคล่องตัวในการบริหารทรัพยากร จึงจะ

สามารถเพิ่มศักยภาพของตนเองและเลี้ยงตัวเองได้ เป็นลักษณะองค์กรของรัฐที่ไม่แสวงกำไร แต่ยังคงอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐ จำนวนประชากรและความห่างไกลไม่ใช่เงื่อนไขสำคัญสำหรับรูปแบบนี้

รูปแบบที่ 2 แบบกึ่งอิสระ (Semi-autonomous)

เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีประชากรมาก โรงพยาบาลชุมชนจะมีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชากรในชุมชน และมีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งงบประมาณอื่น ๆ ได้บ้าง เช่น กลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ กลุ่มประกันเอกชน พื้นที่ที่มีความเจริญหรือห่างไกลไม่ใช่เงื่อนไขสำคัญ โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ของประเทศจึงเหมาะกับการบริหารในรูปแบบนี้ การบริหารแบบนี้มีความต้องการความคล่องตัวในการบริหารทรัพยากรมากขึ้น โดยเฉพาะการบริหารเงินบำรุงและทรัพยากรบุคคล ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการคลายกฎเกณฑ์ต่าง ๆ มากขึ้น

รูปแบบที่ 3 แบบพึ่งพิงรัฐ (Government Dependent)

เหมาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนประชากรน้อยทำให้มีรายรับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอต่อการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชากรในชุมชนและโอกาสในการหารายได้จากแหล่งงบประมาณอื่น ๆ ต่ำ เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกล กันดาร หรือเสี่ยงภัย โรงพยาบาลในลักษณะนี้มีความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐทั้งในเรื่องงบประมาณ บุคลากรและเทคโนโลยีรวมถึงองค์ความรู้

วิจารณ์

1. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาดแตกต่างกันตั้งแต่ 10 - 210 เตียง จึงจัดอยู่ในระดับบริการตั้งแต่การบริการระดับต้น (Primary Care) จนถึงบริการระดับกลาง (Secondary Care) และตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เช่น พื้นที่ห่างไกลและกันดาร พื้นที่ใกล้เมืองแต่มีขนาดเล็ก พื้นที่

ห่างไกลแต่เป็นแหล่งท่องเที่ยว และพื้นที่อุตสาหกรรม ดังนั้นบริบทของ รพช. จึงมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ข้อมูลคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์มีข้อจำกัดในเรื่องของขนาดของกลุ่มตัวอย่างและความเป็นตัวแทนของประชากร ถึงแม้ว่าคณะวิจัยจะพยายามคัดเลือกให้ครอบคลุมประชากรที่มีบริบทต่างกัน ข้อมูลปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ รพช. เป็นข้อมูลที่ได้จากหลายแหล่ง การนำมาวิเคราะห์จึงมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก

2. ฉากทัศน์ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนที่พึงประสงค์ ทั้ง 3 รูปแบบ คณะวิจัยมีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ฉากทัศน์ทั้ง 3 รูปแบบนั้น บรรลุผลในอนาคต ระบบบริการสุขภาพ รพช. นั้นควรมุ่งสู่เป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพทั้งระบบ นั่นคือ ความสมดุลของการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และความสามารถในการควบคุมต้นทุน ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการหารายได้ กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนนโยบายในเรื่องการบริหารแบบอิสระภายใต้กำกับรัฐ (รูปแบบที่ 1) ซึ่งอาจจะเป็นรูปแบบ Service Delivery Unit (SDU) ที่ต้องทำความเข้าใจกับกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการจัดการทรัพยากรตั้งแต่มเริ่มต้นเป็นการทำข้อตกลงเป็นรายโรงพยาบาล ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรมุ่งเน้นถึงความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ และกลไกเชื่อมโยงโรงพยาบาลรูปแบบนี้กับระบบบริการในระบบใหญ่ แต่ต้องไม่ทำให้ขาดความคล่องตัวในการบริหารทรัพยากรเพราะจะทำให้โรงพยาบาลรูปแบบนี้ไม่สามารถแข่งขันได้และทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายในการลดภาระด้านงบประมาณของภาครัฐ

2.2 รพช. ที่มีประชากรในพื้นที่ปานกลางและมาก แต่ศักยภาพในการหารายได้ไม่มาก เหมาะกับรูปแบบกึ่งอิสระ (รูปแบบที่ 2)

2.2.1 รพช. ควรมีหลายระดับ โดยยึดตามลักษณะพื้นที่ (area base) และความจำเป็นของ

ปัญหาสุขภาพของประชาชนในแต่ละชุมชนเป็นสำคัญ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งควรลดขนาดลง โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งควรเพิ่มขนาดให้มีศักยภาพในการให้บริการสูงขึ้น และกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลในแต่ละระดับให้เหมาะสม

2.2.2 ควรให้โรงพยาบาลมีช่องทางในการหารายได้ด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การลงทุนในเรื่องห้องพิเศษในพื้นที่ ที่ผู้รับบริการที่มีความต้องการใช้บริการห้องพิเศษ เพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้ประจำในระยะยาว ทั้งนี้อาจมีเวทีสำหรับโรงพยาบาลกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องการขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน เพื่อหาแนวทางจัดการให้โรงพยาบาลสามารถอยู่ได้ในระยะยาวตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2.3 โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่อยู่ในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการหารายได้และอยู่ในพื้นที่พิเศษ เช่น ชายแดน กันตาร ห่างไกล และเสี่ยงภัย ควรให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือ อุปกรณ์ เพื่อให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการตามความจำเป็นของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นรูปแบบพึ่งพิงรัฐ (รูปแบบที่ 3)

2.4 กระทรวงสาธารณสุขควรกระจายอำนาจมากขึ้น (decentralize) อย่างน้อยใน 2 เรื่อง คือ

2.4.1 ควรผ่อนคลายการกำกับในด้านบุคลากร ให้โรงพยาบาลสามารถเป็นคู่สัญญากับนักเรียนทุนแทนกระทรวงสาธารณสุข ทั้งทุนพยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติ กายภาพบำบัด และอื่น ๆ รวมทั้งการเป็นคู่สัญญากับการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตและแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นของโรงพยาบาลและป้องกันปัญหาการหลบเลี่ยงการชดเชยทุน

2.4.2 ระเบียบเงินบำรุง ให้โรงพยาบาลสามารถใช้ได้ในกรณีฉุกเฉิน หรือมีความจำเป็น โดยอาจจะจัดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดพิจารณา เช่น การชดเชยให้กับผู้เสียหายจากการรับบริการนอกเหนือจากการชดเชยตามมาตรา 41

2.5 ระบบส่งต่อ (referral system) กระทรวง

สาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหามาตรการในการจัดทำระบบส่งต่อที่เหมาะสม และศึกษาวิจัยในเรื่องระบบส่งต่อในหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับจังหวัดหรือเขตในการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับพื้นที่ตนเอง⁽¹⁴⁾ เนื่องจากระบบส่งต่อจะเป็นช่องทางในการเชื่อมโยง รพช. กับระบบบริการสุขภาพในทุก ๆ ระดับ

2.6 ควรมีการศึกษาและทบทวนการร่วมจ่าย (cost-sharing) ในหลาย ๆ วิธีโดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระงบประมาณภาครัฐ และไม่ขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มยากจน⁽⁸⁻¹⁰⁾

2.7 การผลิตบุคลากรในแต่ละประเภท ควรสอดคล้องกับนโยบายการจัดการบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งปัจจุบันการจัดการบริการสุขภาพมุ่งเน้นในเรื่องการให้บริการในชุมชน การผลิตบุคลากรจึงควรเน้นหลักสูตรที่สอดคล้องกัน เช่น

- หลักสูตรแพทย์ควรมีในเรื่องของการให้บริการในชุมชน การเข้าถึงและความเข้าใจในชุมชน รวมทั้งการเจรจาเมื่อผู้ป่วยและญาติเกิดความสูญเสีย นอกจากนั้นการผลิตแพทย์เฉพาะทางนั้นควรให้เกิดความสมดุลระหว่างแพทย์แต่ละประเภทกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ข้อมูลในปี 2550 ลัดส่วนของแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง 1 : 2.4⁽¹⁴⁾ ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศนั้นเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถรักษาได้ด้วยแพทย์ทั่วไป ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กนั้นมีความต้องการแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติที่เข้าใจปัญหาของชุมชน การจัดสรรทุนแพทย์เฉพาะทางไปยังโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นปัญหา ซึ่งควรพัฒนาระบบแรงจูงใจที่จะให้มีแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติเต็มใจที่จะอยู่ในชุมชน ทั้งในเรื่องของรายได้ที่ทัดเทียมกับแพทย์เฉพาะทางและการสร้างความภาคภูมิใจต่อการเป็นแพทย์ในชุมชน เช่น การให้รางวัล การเชิดชูเกียรติ และควรมีหลักสูตรระยะสั้นสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการบริหาร

- หลักสูตรพยาบาลควรผสมผสานในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อทดแทนแพทย์ใน Primary Care Unit (PCU) โดยกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาลควรร่วมกันกำหนดบทบาท ภารกิจของพยาบาลเวชปฏิบัติให้ชัดเจน เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจและเป็นการป้องกันปัญหาในเรื่องมาตรฐานของการบริการให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

- การกระจายบุคลากร ต้องสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของพื้นที่ และมุ่งให้บรรลุเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพทั้งระบบ นั่นคือมุ่งให้เกิดความสมดุลของ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และต้นทุนบริการ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ ดังนั้น การกระจายบุคลากรจึงควรสอดคล้องกับบทบาทภารกิจของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ การกระจายแพทย์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนจึงควรสอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลเช่นกัน โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมีความต้องการแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติที่มีประสบการณ์เพียงพอและมีความเข้าใจในปัญหาสุขภาพของชุมชน การจัดแพทย์ใช้ทุนที่ยังไม่มีประสบการณ์ไปหมุนเวียนเพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแพทย์จึงกลับเป็นปัญหามากขึ้น

- การลงทุนในเรื่องครุภัณฑ์และสิ่งปลูกสร้างควรเป็นไปตามความจำเป็นของโรงพยาบาล เนื่องจากการลงทุนที่เกินความจำเป็นจะทำให้โรงพยาบาลมีต้นทุนที่สูงขึ้นและเกิดปัญหาในเรื่องของสภาพคล่องทางการเงินตามมา⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

2.8 ผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรฐานบริการ ทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสภาวิชาชีพต่าง ๆ ควรคำนึงถึงผลกระทบและบริบทของสถานบริการในแต่ละระดับว่ามีศักยภาพที่จะจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานหรือไม่ และควรมีเวทีแสดงความคิดเห็นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องก่อนการประกาศใช้มาตรฐานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด

2.9 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีมาตรการในการรับมือกับความคาดหวังต่อบริการสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันได้มีมาตรการในเชิงรับบ้างแล้ว เช่น มาตรา 41 ที่มีผลให้ความรุนแรงของปัญหาบรรเทาลง แต่ควรมีมาตรการอื่น ๆ เช่น ในเรื่องการสรรหาบุคลากรทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่จะมารับมือกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนในการตระหนักถึงความจริงต่อความคาดหวังในบริการ การฝึกทักษะการเจรจาต่อรองให้กับบุคลากรในฝ่ายการรักษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลแพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2551] แหล่งข้อมูล : URL: <http://www.moph.go.th>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อมูลประชากรตามสิทธิ์ของหลักประกันในการรักษาพยาบาล. [สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2551] แหล่งข้อมูล : URL: <http://www.nhso.go.th>
3. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. ข้อมูลการร้องเรียนแพทย์ปี 2534-2550. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา; 2551
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มกฎหมาย. ข้อมูลการฟ้องร้องสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2551.
5. Garrett JM. Health futures handbook. คู่มือการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข. แปลจาก Future study handbook. โดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: มปท.; 2540.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ข้อมูลประชากร. กรุงเทพมหานคร: มปท.; 2551.
7. สุพร ผดุงสุกาลัย. สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
8. สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์, ปาริฉัตร ตันติยวงค์, เพลินพิศ กาญจนบุรณ์. เทคโนโลยีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ. ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
9. จารุวัฒน์ บุศราคัมรุหะ, วิราณี นาคสุข, อัจฉรา วิไลสกุลยง. ระบาดวิทยา. ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
10. พัชรา เสถียรพัทธ์, สุดชาติ นฤคนธ์. การคลังสุขภาพ. ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
11. สุภารัตน์ ลิ้มปะพันธุ์, ปาริฉัตร ตันติยวงค์, สุภาพร เฉยทิม, วสันต์ เวียนเสี้ยว. กฎหมายและนโยบาย. ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
12. จินตนา เป็ยสวน, วลัยพร เตียวพิพิธพร. โครงสร้างองค์กรสาธารณสุข. ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
13. ธิดารัตน์ นาคหลง, เกวลิน ชื่นเจริญสุข, วิจิตร โรจน์เนืองนิตย์, ปาริฉัตร ตันติยวงค์. การจัดการสาธารณสุข. ใน : ชาญวิทย์ ทรัพย์, พรเพชร ปัญจะปิยกุล, บรรณาธิการ. ระบบบริการสุขภาพในทศวรรษหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนา
14. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลทรัพยากรกระทรวงสาธารณสุข 2550. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2551] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.moc.moph.go.th>
15. Williams SJ. Essentials of health service. New York: Thomson Delmar Learning; 2005.
16. Goodwin N., Gruen R, Iles V. Managing health service. London : London School of Hygiene and Topical Medicine; 2006.
17. Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy : a clinical approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.

Abstract **Desirable Health Care System for Community Hospital**

Chanvit Tharathep, Parichat Tantiyawarong, Pornpet Panjapiyaku, Sukanya Taechachokwiwat, Sudaratana Limpabandha, Supaporn Choeytim

Bureau of Health Service System Development, Department of Health Service Support

Journal of Health Science **2010; 19:619-31.**

The objective of this applied research (future study) was conducted to try out model(s) of the desirable health care system for community hospitals suitable for all stakeholders. Data were collected in 2 parts from October 2007 to September 2008. The first part was hard approach included primary data from questionnaires focusing on administrators of 240 community hospitals. Descriptive statistics was used in data analysis. Secondary data analysis based on government report that showed impacts on health care system covering 8 factors in community hospitals. The second part was soft approach obtaining opinions of 47 persons included administrators, public health specialists, clients, local administrators and other stakeholders regarding health care system in community hospitals by interviewing 26 persons and brainstorming 21 persons.

Three models of desirable health care system for community hospital emerged. The first model was “Autonomous under Government Monitoring” that could be described in term of a highly effective in cost recovery community hospital. They were located in highly populated areas, such as industrialized zones, tourist areas. The second model was “Semi-autonomous” that could be described in term of an appropriate community hospital for people in densely populated areas and hence their expenses could be fully covered under the Universal Health Care Coverage scheme. In addition, they stood to earn more from other sources as well. The third model was “Government Dependent” recommended for sparsely populated areas where its only income was from Universal Health Care Coverage Scheme which was barely enough and dictated public support.

Key words: **community hospital, desirable health care system, accessibility, service quality, service cost**