

Primary Care Service System in Urban Setting: A case Study in Bangkok Area, B.E. 2560

Surin Koocharoenprasit M.D.*

Porntep Siriwanarangsun M.D., Ph.D.**

Abstract

It is a quality study using in-depth interview, focus groups and Delphi technique. Many groups of experts and health workers are involved. There are 3 aspects of problems found. Those are health service aspect, financial aspect and participation in health service management of parties aspect. Many suggestions are proposed. The service should be operated by area base with 30,000 populations in one primary care cluster. Qualified drug store should be included in the service system. Management information System should be setting up both at national and Bangkok area. Referral system is necessary for better services. Health promotion, prevention, rehabilitation, and service training should be supported by department concerned. Paying to primary care unit should use integrated capitation including curative, preventive, and promotive and rehabilitative services. Costing is necessary for planning and payment system. Leadership training among people and volunteer is the must to ensure success of the service. Using Traditional Thai Medicine and promote health literacy of the people is the key success factors. Using the new approach of quality of life development committee in district level will increase better outcome of the service. The ultimate goal of the primary care system in Bangkok is to serve good quality, effectiveness and accessibility of the service to the people.

*Adviser Central Hospital

**Chairman of the Committee for Health Bangkok Metropolitan Council

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560

สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์, พ.บ.*

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, พ.บ., ปร.ด.**

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การทำ Focus Group และ Delphi Technique โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้งจากวงการวิชาการ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน พบว่ามีปัญหา

ใน 3 ด้าน คือ ด้านการให้บริการสุขภาพ ด้านการเงินและการคลังด้านสุขภาพ และด้านการบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมที่สำคัญคือเรื่องการปรับปรุงระบบบริหารให้เป็นแบบ Area base โดยให้มีกลุ่มเป้าหมาย 30,000 คนต่อ 1 กลุ่ม ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้บูรณาการกับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การจัดให้ร้านขายยาคุณภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีหน่วยงานจัดทำระบบข้อมูลข่าวสารในระดับประเทศและในกรุงเทพมหานคร จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการเมื่อต้องการการรับบริการที่ซับซ้อน ควรมีการสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านควบคุมป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพจากกระทรวงและกรมต่างๆ มีระบบการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ปรับการจ่ายเงินให้หน่วยปฐมภูมิเป็นแบบเหมาจ่าย ที่รวมทั้งค่ารักษา ส่งเสริม และป้องกันโรคตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จัดทำระบบต้นทุนให้ครบถ้วนเพื่อใช้ในการวางแผน และจ่ายค่าบริการอย่างเป็นธรรม ปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณและกลไกการจ่ายเงิน โดยยึดพื้นที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมาย สร้างภาวะผู้นำภาคประชาชนเพื่อช่วยในการจัดระบบบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมในทุกกระดับ และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเฉพาะต่างๆ ปฏิรูปการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหมู่ประชาชนและอาสาสมัครด้านสาธารณสุข ปรับปรุงระบบบริการจัดการด้านสุขภาพ โดยบูรณาการยุทธศาสตร์ชาติและของกรุงเทพมหานคร ปรับปรุงระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ (เขตของกรุงเทพฯ) โดยใช้กลไกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

*ที่ปรึกษาโรงพยาบาลกลาง

**ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข สภากรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาคุณภาพโดยศึกษาจากเอกสารทางวิชาการ ผลการศึกษา ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ทบทวนสถานการณ์ และองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ระบบสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติ ระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติ โดยเฉพาะทบทวนจากเอกสารผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ และผลงานวิจัย จากข้อเสนอแนะทั้งของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการทำ Focus Group และ Delphi Technique ในกลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ อาทิ สถาบันป้องกัน

ควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ผู้ทรงวุฒิด้านการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้แทนคลินิกเอกชน ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านระบบบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษา

พบว่า ระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง เป็นหน่วยงานบริการด้านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชน และชุมชนมากที่สุด ให้บริการสาธารณสุขผสมผสานเชิงรุก ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครอง

ผู้บริโภค ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้บริการ

ต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย ได้ตลอดเวลา สามารถจัดกลุ่มเขตได้เป็น 6 กลุ่ม (รายละเอียดตามตาราง 1)

ตาราง 1 ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานครจำแนกตามกลุ่ม/เขตและการให้บริการ ปี 2558

กลุ่มกรุงเทพ	จำนวนเขต	จำนวนศูนย์บริการ สาธารณสุข	จำนวน ผู้ป่วยใหม่ (คน)	จำนวน ผู้ป่วยเก่า (คน)	รวมจำนวนผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการ ทั้งหมด (คน)
กลาง	9	13	70,195	138,401	208,596
ใต้	10	17	108,120	212,821	320,941
เหนือ	7	8	57,702	99,783	157,485
ตะวันออก	9	10	80,557	165,752	246,309
กรุงเทพมหานคร	8	10	62,238	131,438	193,676
กรุงเทพมหานคร	7	10	80,077	122,358	202,435
รวม	50	68	458,889	870,553	1,329,442

ที่มา : รายงานประจำปี ข้อมูลด้านสุขภาพของคนกรุงเทพมหานคร ศูนย์เตือนภัยสุขภาพคน กรุงเทพมหานคร สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร ปี 2558

จากสถิติการใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี 2558 พบว่ามีประชาชนมาใช้บริการรวมทุกศูนย์บริการสาธารณสุข แยกเป็นผู้ป่วยใหม่ 458,889 คน ผู้ป่วยเก่า 870,553 คน และรวมการให้บริการทั้งผู้ป่วยใหม่และเก่ารวมทั้งสิ้น 1,329,442 คน โดยที่จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี

ในกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและคลินิกเอกชน รวมทั้งสิ้น 141 แห่ง (ศูนย์เชี่ยวชาญและระดับตติยภูมิ) เป็นของรัฐรวมทุกสังกัดร้อยละ 29.1 มีคลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) เช่น คลินิกเวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาลและผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด รวมทั้งสิ้น

4,562 แห่ง ในจำนวนนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 270 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จำนวน 94 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนจำนวน 176 แห่ง

ในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับโดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 153 แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย (หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีเตียง) จำนวน 144 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 76 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 9 แห่ง (รายละเอียดในตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แยกตามระดับ และสังกัดปี 2558

ประเภทหน่วยบริการ หน่วยบริการระดับตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ	จำนวน (แห่ง)	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวน (เตียง)	คิดเป็น ร้อยละ
ศูนย์เชี่ยวชาญ (11) + ระดับตติยภูมิ (130)	141	100.00	31,622	100.0
ภาคเอกชน	100	70.92	13,853	43.8
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	13	6.4	5,871	18.6
สังกัดกรุงเทพมหานคร	9	9.2	1,576	4.9
สังกัดรัฐอื่นๆ และมูลนิธิ	19	13.5	10,322	32.6

หน่วยบริการปฐมภูมิ (ไม่มีเตียง)	จำนวน (แห่ง)	คิดเป็นร้อยละ
สังกัดของกรุงเทพมหานคร (สำนักอนามัย)	144	3.1
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาครัฐอื่น	8	0.2
ภาคเอกชน	4,410	96.7
รวม	4,562	100.0

ที่มา : สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และรายงานข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เขตสุขภาพ กรุงเทพมหานครปี 2558 สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานครซึ่งมีภารกิจหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ กทม. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยรับผิดชอบประชาชนที่พำนักอาศัยใน กทม. ใน พ.ศ. 2558 มีจำนวน 8,055,122 คน เป็นประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิบัตรทอง 3,926,964 คน ได้รับความร่วมมือจากหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 285 หน่วย ระดับปฐมภูมิ 241 หน่วย (จาก 4,693 หน่วย) ระดับตติยภูมิและตติยภูมิ 44 หน่วย (จาก 143 รพ.) อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก 1.69 ครั้ง/คน/ปี อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยใน 0.06 ครั้ง/คน/ปี

จากการศึกษาสามารถสรุปประเด็นปัญหาในการจัดระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครได้เป็น 3 ปัญหา คือ

1. ปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพ

1.1 การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะระบบส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยซึ่งควรจะต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันโรคควบคุมโรค ซึ่งเป็นให้บริการสุขภาพเชิงรุก เป็นผลทำให้ประชาชนที่อยู่อาศัยและทำงานในบางพื้นที่

ของเขตเมืองไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว

1.3 ในบางพื้นที่แม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรในเขตเมืองบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เช่น กลุ่มเด็ก 0-5 ปี มีอัตราการได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และการให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว

1.4 ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้การให้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เสียโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพ

1.5 หน่วยบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก

1.6 จากงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่สามของปี พ.ศ. 2558 มีข้อค้นพบเบื้องต้นว่าประชาชนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม กว่าร้อยละ 40 ตัดสินใจที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาตนเอง และที่น่าสนใจ คือ ประชาชนกว่าร้อยละ 50 จะไปรับบริการทางการแพทย์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน หรือร้านขายยามากกว่าที่จะไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกรับบริการสุขภาพของประชาชน คือ การมีเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

ที่ทันสมัย คุณภาพดี ได้มาตรฐาน รวมถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและการมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

1.7 ประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกค่อนข้างสูงและแม้จะมีความรู้และการศึกษาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บางส่วนยังขาดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับบุคคล

1.8 กรุงเทพมหานครไม่สามารถใช้กลไกในการกำกับ ติดตาม ประเมิน หน่วยงานภาครัฐอื่น รวมถึง คลินิกเอกชน ทั้งด้านกฎหมาย ด้านโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็น National Health Authority ที่ได้รับมอบหมาย และบทบาทหน้าที่จากรัฐบาลที่ได้รับผิดชอบด้านสุขภาพกับประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกพื้นที่

2. ปัญหาด้านการเงินการคลังสุขภาพ

2.1 รูปแบบการจัดสรรเงิน และรูปแบบการจัดบริการ ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทของพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นภาคเอกชนสูงที่ให้บริการอยู่แล้วร้อยละ 50 ส่งผลกระทบต่อภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพที่ไม่สามารถบริหารจัดการหาหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือปัญหาความไม่เท่าเทียมในการตามจ่าย รวมถึงอุปสรรค เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการภาคเอกชนไปยังสถานบริการภาครัฐ ทำให้ไม่สามารถจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ทำให้เอกชนบางแห่งซึ่งอาจจะมีศักยภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่ไม่มีศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ ไม่สามารถเข้าร่วมในระบบบริการสุขภาพได้ ซึ่งทำให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้าน

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรคที่จะทำให้อัตราลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาลงได้จำนวนมาก

2.2 การจัดบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครประสบปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพ เพราะนอกจากจะให้บริการสุขภาพแก่ประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้ว ยังจะต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว และประชากรแฝง ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยหรือทำงานในพื้นที่เขตเมืองโดยไม่ได้ลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด โดยไม่มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ และกลไก การส่งเสริม ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นในประเทศไทย

2.3 มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการภาคเอกชน ทำให้ประชาชนบางส่วนประสบปัญหาทางการเงินจากการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง และบางส่วนมีการใช้บริการสุขภาพนอกระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น ร้านขายยา แต่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ทำให้เกิดการระงับค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่มากขึ้นโดยไม่จำเป็น

3. ปัญหาด้านการบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

3.1 การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้นยังมีอยู่น้อย หากพิจารณาการมีส่วนร่วมระหว่าง ภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนพบว่ายังขาดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม และทั่วถึง นอกจากนี้ยังขาดองค์การนำที่เป็นแกนกลางในการประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งด้านการฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานภาครัฐเข้ามาบริหารจัดการ ระบบแบบบูรณาการโดยสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคเอกชน และประชาชนอย่างจริงจัง

3.2 การขาดการวางแผน การบูรณาการ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อน ไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร และปัญหาดังกล่าวยังส่งผลให้เกิด ช่องว่างของระบบสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

1. ด้านการให้บริการสุขภาพ

1.1 จัดระบบบริการแบบ Area Base โดยการบูรณาการการดำเนินงานการแพทย์ปฐมภูมิในระดับทีม ทีมละ 10,000 คน โดยจัดให้ 1 กลุ่มมี 3 ทีม รวมเป็นกลุ่มละ 30,000 คน เพื่อให้การจัดบริการได้แบบใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างกลไกให้เอกชนเข้ามาดำเนินการในระบบ โดยการสร้างแรงจูงใจแล้วให้ภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้กำกับ ติดตาม เพื่อให้หน่วยบริการมีคุณภาพตามมาตรฐานและมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (อำเภอ)

1.2 ดำเนินการจัดให้ร้านขายยาคุณภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสิทธิข้าราชการเพื่อ

1.2.1 เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1.2.2 ลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยจัดระบบร้านยาเภสัชกรชุมชน ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีอยู่ประมาณ 3,600 แห่ง เป็นร้านยาคุณภาพ 400 แห่ง

1.2.3 เป็นหน่วยเชื่อมโยงระบบในระดับปฐมภูมิ

1.2.4 เป็นหน่วยบริการเสริมสาธารณสุขในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ร้านยาคุณภาพ

1.2.5 เป็นจุดคัดกรอง และให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะไปรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการใดได้บ้าง

1.2.6 เป็นจุดจ่ายยาเรื้อรัง ในขั้นตอนหลังจากที่ได้มีการพบแพทย์มาระยะหนึ่งแล้ว

1.2.7 เป็นหน่วยช่วยเฝ้าระวังการเจ็บป่วยเบื้องต้น เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน

1.2.8 เป็นศูนย์ข้อมูลที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนในชุมชน

1.2.9 การเป็นคลังยา ที่เชื่อมต่อเชิงระบบด้านยาในทุกระดับ (Tertiary-Secondary-primary Care)

1.2.10 สร้างระบบการติดตามต่อเนื่องด้านยา ส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ

1.2.11 เป็นเครือข่ายคลินิกกอดบุหรืในร้านยาคุณภาพ

1.2.12 เป็นหน่วยสถานีสภาพระดับชุมชนในการเฝ้าระวังโรคติดต่อ

1.2.13 การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

1.3 ประสานให้กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบ จัดทำระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อ เชื่อมโยงกัน ทั้งด้านการเฝ้าระวังป้องกันโรค ควบคุมโรค และการจัดระบบข้อมูลด้านทรัพยากรสุขภาพ ในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร และระดับประเทศเช่นเดียวกับการดำเนินการจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ

1.4 บริหารจัดการระบบรับส่งต่อร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาระบบร่วมกับกรุงเทพมหานครอย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 ประสานให้กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีหน่วยงานทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการ พัฒนามาตรฐานระบบการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันโรค ควบคุมโรค รักษาฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการวัด และประเมินผลอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรแฝง นักท่องเที่ยว เดินทาง และแรงงานต่างด้าวในระดับเขต โซนเขต และระดับกรุงเทพมหานครแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ทั้งในและนอกภาคส่วนสาธารณสุข

1.6 สนับสนุนให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพ มาตรฐาน ที่ใกล้เคียงกันเช่น หมอครอบครัว และศักยภาพบุคลากรด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคในพื้นที่

2. ด้านการเงินการคลังสุขภาพ

2.1 ปรับเปลี่ยนการจ่ายเงินให้กับหน่วยงานปฐมภูมิ โดยจ่ายทั้งค่ารักษาและส่งเสริมป้องกันโรค ให้ทีมแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากร 30,000 คน

2.2 จัดทำการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษา แยกตามลักษณะและบริบทของพื้นที่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.3 ประสานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อทำการปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณ โครงสร้าง ภารกิจ บทบาทหน้าที่ให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ พัฒนาระบบและกลไกการทำงานเชิงรุก โดยการสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทั้งใน และนอกภาคส่วนสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคให้กับประชากรทุกกลุ่ม ทุกวัย ในพื้นที่เขตเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่รอยต่อกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อเขตอำนาจ ที่กรุงเทพมหานครไม่อาจจัดสรรงบประมาณ หรือดำเนินการตามภารกิจ บทบาท หน้าที่ได้ โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางด้วยความทั่วถึง

3. ด้านการบริหารระบบบริการสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม

3.1 สร้างภาวะผู้นำภาคประชาชนเพื่อช่วยในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นให้ระบบปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงผสมผสาน ปฏิรูปการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและสร้างความรู้ด้านสุขภาพในหมู่ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข

3.2 ปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยเน้นกลไกประสานและบูรณาการนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติ (nation health board) และระบบพื้นที่ของเขตกรุงเทพมหานคร สร้างกลไกด้านธรรมาภิบาล ตรวจสอบกำกับ ความโปร่งใส และประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ และทรัพยากรด้านสุขภาพ แยกบทบาทและโครงสร้างของผู้มีส่วนร่วม ในระบบสุขภาพให้ชัดเจน และปฏิรูปการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน

3.3 การปรับปรุงระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคภัยคุกคามสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมการใช้หลักการ Health in All Policies Approach กลไกและระบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่บูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ ส่วนกลางมีบทบาทเกี่ยวกับนโยบาย มาตรฐาน จัดระบบงบประมาณ กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนท้องถิ่นและระบบงานที่สนับสนุนต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร ระบบเฝ้าระวังสุขภาพ การเงินการคลัง จัดการความรู้ รวมทั้งการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยบูรณาการการทำงานระบบบริการปฐมภูมิกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชช.) และ Primary care cluster (PCC) โดยการปรับปรุงกลไกการเงินการคลังและการใช้งบประมาณท้องถิ่นเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน

วิจารณ์

การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าการจัดบริการปฐมภูมิในชนบทและเขตเมืองของจังหวัดต่างๆ เนื่องจากมีโครงสร้างหน่วยบริการภาครัฐที่ไม่เพียงพอ ไม่มีโรงพยาบาลขนาดเล็ก (โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ) เพื่อรับการส่งต่อระบบการจ่ายเงินมีความจำเพาะ การสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคประชาชนและภาคเอกชนทำได้ยากกว่าในต่างจังหวัด อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานี้ก็พบข้อเท็จจริงที่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เช่น ข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการ โดยใช้กลุ่มเป้าหมายตามพื้นที่โดยการจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายต่อประชากรเป้าหมายแบบบูรณาการ รักษา ส่งเสริม ป้องกันโรคนั้น ที่สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร⁽¹⁾ การจัดให้มีระบบสนับสนุนทั้งการแพทย์แผนไทย ร้ายานคุณภาพและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรื่อง ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง 14 ประเทศในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขโดย สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์และคณะ⁽²⁾ การจัดให้มีการสนับสนุน วิชาการและการฝึกอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้เกิดเอกภาพด้านการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง โครงการประเมิผลเพื่อพัฒนาศักยภาพ และประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดีของ สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และคณะ⁽³⁾

สรุป

การบริหารด้านการเงิน การจ่ายค่าบริการ และการจัดทำข้อมูลที่เหมาะสม จะช่วยทำให้การจัดบริการสำเร็จและมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ สอดคล้องตามคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพ มาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁴⁾ การมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคประชาชน จะเป็นหลักประกัน

ความสำเร็จที่ยั่งยืน ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข⁽⁵⁾ เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษาและบทเรียน

การพัฒนาระบบปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการและแก้ไขปัญหาลุกลามต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวินชชากร. ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2561). เข้าถึงได้จาก: http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/473/KSD_Primarycare%20_%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%202.8_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. สุรศักดิ์ บูรณตรีเวทย์, วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, วิศรี วายูรกุล, จรรยา ภัทรอาชาชัย. ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง 14 ประเทศ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555.6(2):144-153.
3. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, ภูษิต ประคองสาย, สุณี วงศ์คงคาเทพ, อังคณา จรรย์กุลวงศ์. การประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพ กองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2561). เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3125>
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2547.
5. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการด้านสาธารณสุข: กรณีศึกษาและบทเรียน (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2561). เข้าถึงได้จาก: http://www.tnrr.in.th/?page=result_search&record_id=9964649