

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹

ไพเราะ ผ่องโชค** RN., MS. (Epidemiology)

สมบูรณ์ จัยวัฒน์ ** RN., MS. (Nutrition)

เฉลิมศรี นันทวรรณ ** RN., MS. (Public Health Nursing)

ปาริชาติ ไรจน์พลากร ** RN., M.S. (Bios.), M.S. (Community Health Nursing)

สุปาณี เสนาดิสัย *** RN., M.S. (Med Surg Supervision)

บทคัดย่อ : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในอำเภอหนึ่ง ในชุมชน จังหวัดภาคกลางตอนบน การศึกษาเริ่มตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2545 มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอ ศึกษาโดยครอบคลุมในเรื่อง แนวคิดการออกแบบระบบ การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับ คุณภาพบริการ วิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน ชุดบริการหลักที่จำเป็นและเหมาะสมกับ ประชาชนในกลุ่มต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอำเภอ ใช้หลักการพัฒนาโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ 7 แห่ง ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานไม่ครบตามกรอบอัตรากำลังที่วางไว้ ซึ่งทำให้บริการปฐมภูมิที่จัดให้ กับประชาชนยังไม่เป็นที่พึงพอใจ มีการจัดทีมบริการเสริมที่หน่วยบริการระดับสถานีอนามัย ในระยะแรกมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นเพิ่มขีดความสามารถด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้เกิดความต่อเนื่อง การออกแบบระบบบริการโดยใช้ทรัพยากรคนที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพ และ เพิ่มความรู้ความสามารถ ในช่วงแรกพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลเป็นกำลังหลักในการตรวจ รักษาเบื้องต้น ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำสถานีอนามัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ในกรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ หากพบปัญหาที่เกินความสามารถในการรักษา จะปรึกษาแพทย์ และใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ จะปฏิบัติเมื่อมีเวลาว่างเนื่องจากขาดกำลังคน การบริการเยี่ยมบ้านไม่สามารถทำได้ตามแผนที่ กำหนด ทำได้ไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง มีการใช้เครื่องมือการศึกษาวิถีชีวิตและชุมชน 7 ชั้น ในการทำงาน ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชน ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่อง สิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลจัดบริการให้ตามสถานบริการต่างๆ และให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่ ประจำสถานีอนามัยในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำสำคัญ: ระบบบริการปฐมภูมิ วิธีการทำงาน บริการสุขภาพ สถานบริการปฐมภูมิ

¹ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ความสำคัญของปัญหา

ปรัชญาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกล่าวไว้ว่า บริการทางสาธารณสุขที่จัดให้กับประชาชนต้องมีความครอบคลุมในเรื่องของสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน บริการที่จัดต้องมีความเสมอภาค (Equity) ทุกคนต้องมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บริการที่จัดต้องง่ายต่อการเข้าถึง (Accessibility) เป็นผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีแบบองค์รวม หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ มีการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติของสถานบริการที่ดีและสอดคล้องกับปรัชญาดังกล่าวหมายถึง มีบริการที่ดี มีคุณภาพ มีการดูแลแบบองค์รวม เน้นศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชน มีการดูแลที่ต่อเนื่อง และการดูแลเป็นแบบผสมผสานที่เน้นการสร้างเสริมป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง บริการที่จัดให้สนองความต้องการประชาชน ไม่มีช่องว่าง ไม่เป็นบริการที่ซ้ำซ้อน มีคุณสมบัติเฉพาะของสถานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านแรกที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ มีการส่งต่อข้อมูลที่ดีเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่น ๆ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสมได้ การจัดบริการที่กล่าวมาแล้วจะทำให้ประชาชนยอมรับและพอใจบริการทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึก ใกล้บ้าน ใกล้ใจ มีบริการสำหรับประชาชนทุกกลุ่มในพื้นที่รับผิดชอบ ประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือประชากรที่มีโรคอยู่แล้วในทุกระดับทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเน้นศักยภาพในการดูแลตนเองการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารเพื่อสนองความต้องการของประชาชน ประชาชนมีโอกาเลือกที่จะตัดสินใจ มีการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Empowerment) สามารถคัดกรองประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมีส่วนร่วมในการรับรู้ดูแลควบคุม รับผิดชอบ ต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชน มีความโปร่งใส (Social Accountability) ซึ่งนำไปสู่ความรักสามัคคีของชุมชน (Solidarity) ส่งผลต่อการพัฒนาที่มีความยั่งยืน (Sustainability) (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2546) ในปัจจุบันสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางแห่งยังไม่เป็นที่ยอมรับจากประชาชนด้วยเหตุผลหลายประการเช่น จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ อุปกรณ์ไม่ทันสมัย ระบบการส่งต่อไม่ดี ทำให้ประชาชนมีการใช้บริการข้ามชั้นตอนในสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิทั้ง ๆ ที่ปัญหาสุขภาพเหล่านั้นสามารถให้การดูแลในระดับปฐมภูมิได้ ทำให้โรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ต้องจัดบริการในระดับปฐมภูมิทั้ง ๆ ที่ไม่มีความจำเป็น เกิดการซ้ำซ้อนในการทำงาน เป็นภาระงานที่มากเกินไป บริการได้ไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนยังดูแลได้ไม่เต็มที่ ประชาชนยังคงมีปัญหาสุขภาพที่ควรป้องกันได้อีกมาก ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ดังนั้นการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ต้องเน้นที่การจัดการดูแลระดับปฐมภูมิให้เป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณสมบัติของสถานบริการที่ดีดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยการปฏิรูประบบบริการซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการแก้ไขสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ จะช่วยลดค่าใช้จ่าย บริการสุขภาพทั้งของรัฐและประชาชนเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและสนองความต้องการของ

ไผเราะ ผ่องโชค และคณะ

ประชาชนมากขึ้น ซึ่งต้องใช้การทำวิจัยที่เน้นความเข้าใจในเรื่องปรัชญาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักการงานที่สำคัญที่สุดของระบบสุขภาพใหม่คือ “สร้าง” นำ “ซ่อม” ดังพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ มาตราที่ 7 ได้ระบุไว้ (สำนักงานปฏิรูป ระบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546) สร้างหมายถึง การสร้างเสริมการมีสุขภาพดี (Good health) ไม่รอให้สุขภาพเสีย (Ill health) แล้วจึงค่อยซ่อม ระบบที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันเป็นระบบตั้งรับ จึงก่อให้เกิดความเสียหาย และได้ผลไม่คุ้มค่า ระบบสุขภาพที่ปฏิรูปจึงควรเป็นระบบที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพ ให้ทุกคนมีสุขภาพดีมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ระบบประกอบด้วยส่วนต่างๆ มากมาย ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน ถ้าระบบมีองค์ประกอบไม่สมบูรณ์ ก็ไม่สามารถทำงานได้ สุขภาพก็เป็นระบบเช่นเดียวกัน ถ้าองค์ประกอบไม่ครบก็เปรียบเสมือนระบบที่มีความพิการ การดำเนินงานได้ไม่สมบูรณ์ (ประเวศ วะสี, 2546) ระบบบริการสุขภาพแบ่งได้เป็น 3 ระดับได้แก่ (1) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care level) กำหนดให้เป็นจุดบริการที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับเดียวกันและระดับสูงขึ้นไป (2) ระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) เป็นบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญระดับปานกลาง (3) ระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care level) เป็นบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง จากคำนิยามระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดบริการแรกที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดและมีความเชื่อมโยงกับบริการระดับต่อไป ดังนั้น

การวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ แนวคิดและวิธีการศึกษามีขั้นตอนการศึกษาโดยเริ่มจากการศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นอยู่เดิม (Situation Analysis) ทางด้านระบบสุขภาพในพื้นที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดการออกแบบระบบ การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับ คุณภาพบริการวิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน ให้เกิดความเข้าใจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือการปฏิบัติทางปัญญาเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพ ที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ทำให้คนไทยทุกคนมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการสร้างหลักประกันสุขภาพ กรณีศึกษาอำเภอหนึ่ง ในชุมชนจังหวัดภาคกลางตอนบน มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นทางการและมีพื้นที่รับผิดชอบบริการที่ชัดเจน ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ (ประชาชน) ผู้นำชุมชน ตลอดจนองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีความยินดีที่จะร่วมโครงการวิจัย ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการและมีความเป็นไปได้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอแห่งนี้โดยครอบคลุมในเรื่อง แนวคิดการออกแบบระบบ การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับ คุณภาพบริการ วิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน ชุดบริการหลักที่จำเป็นและเหมาะสมกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ จะช่วยให้เห็นภาพการทำงานจากสถานการณ์จริง เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนในระยะต่อไป ทำให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสมบูรณ์มากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ แนวคิด การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับคุณภาพบริการวิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน แนวคิดการสร้างชุดบริการหลักที่จำเป็นกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตอำเภอหนึ่ง ในชุมชนจังหวัดภาคกลางตอนบน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2545 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ประกอบด้วยวิธีการศึกษาจากเอกสาร (Documentary review) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) เน้นประเด็นแนวคิดการออกแบบระบบบริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับคุณภาพบริการวิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน แนวคิดการสร้างชุดบริการหลักที่จำเป็นกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตอำเภอศึกษาในชุมชนจังหวัดภาคกลางตอนบน

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารจำนวน 8 คน ประกอบด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน นายสาธารณสุขอำเภอ 1 คน หัวหน้าสถานีอนามัยทั้ง 6 แห่งจำนวน 6 คน ผู้ให้บริการใน 7 สถานบริการจำนวน 16 คน ผู้ใช้บริการ/ประชาชนในอำเภอศึกษาจำนวน 70 คน กลุ่มผู้นำชุมชนซึ่งประกอบด้วย ผู้นำทางการและไม่เป็นทางการจำนวน 17 คน

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจาะลึกจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ และแบบสนทนากลุ่มจำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูลโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ กลไกการบริหารจัดการวิธีการทำงาน เครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มผู้บริหารจำนวน 8 คน การสนทนากลุ่มจัดทำขึ้นในกลุ่มผู้บริหาร 1 ครั้ง จำนวน 8 คน กลุ่มผู้ให้บริการ 2 ครั้ง 8 คน ผู้ใช้บริการและประชาชน 7 ครั้ง 10 คน กลุ่มผู้นำชุมชน 2 ครั้ง 8-9 คน ในการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนาได้มีการบันทึกเทปและถอดเทปหลังการสนทนา พร้อมกับนำข้อมูลที่ได้สะท้อนกลับกลุ่มตัวอย่างเดิม โดยที่ทุกคนที่เป็นตัวอย่างมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อเป็นคำอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์ในตอนต้น ระหว่างกระบวนการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในปรัชญาของระบบบริการสุขภาพ โดยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับคนในพื้นที่ความคิดเห็นและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกันโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดกลุ่มแนวคิดที่ได้และนำเสนอในรูปแบบการบรรยาย เพื่อตอบวัตถุประสงค์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา แนวคิดการออกแบบระบบการจัดสรรทรัพยากร การควบคุมกำกับคุณภาพบริการวิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน แนวคิดการสร้างชุดบริการหลักที่จำเป็นกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ มีดังนี้

ไพลေး ผ่องโชค และคณะ

แนวคิดการออกแบบระบบ

ช่วงก่อนการประกาศใช้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545) ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอำเภอที่ศึกษา ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน กำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานทั้งด้านจำนวนและการใช้ศักยภาพที่ยังไม่เต็มที่ ประชาชนในบางพื้นที่ไม่พอใจบริการที่สถานบริการจัดให้ระบบบริการขาดการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ มีระบบการทำงานแบบช่วยๆกัน ขาดการระบุน้ำที่รับผิดชอบในงานที่ชัดเจน มีแนวโน้มต่อปัญหาด้านบริการในระดับอำเภอ จนกระทั่งเมื่อผู้บริหารคนปัจจุบันได้ออกแบบระบบและประสานความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ มุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการในทุกด้านเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบบบริการดังกล่าว

การออกแบบระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยหลักการทำสิ่งที่มีอยู่ให้เป็นระบบมากขึ้น มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งพร้อมด้วยคุณลักษณะของสถานบริการที่ดี โดยประชาชน เพื่อประชาชน ภายหลังการประกาศใช้นโยบายฯ อำเภอที่ศึกษาแห่งนี้ มีแนวคิดการออกแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) โดยการพัฒนาโครงสร้างที่มีอยู่เดิมคือ สถานบริการสุขภาพทั้ง 7 แห่งประกอบด้วย โรงพยาบาลและสถานีอนามัยอีก 6 แห่ง โดยขึ้นทะเบียนหน่วยบริการมีลักษณะเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ มีโรงพยาบาลเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) และมีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) 2 แห่งได้แก่ PCU 1 และ PCU 2 ดังแผนภาพ

โรงพยาบาล หน่วยคู่สัญญา(CUP)

PCU 1

1. สถานีอนามัยแห่งที่ 1 (สถานีอนามัยหลัก)
2. สถานีอนามัยแห่งที่ 2
3. สถานีอนามัยแห่งที่ 3

PCU 2

1. สถานีอนามัยแห่งที่ 4 (สถานีอนามัยหลัก)
2. สถานีอนามัยแห่งที่ 5
3. สถานีอนามัยแห่งที่ 6

ด้านการจัดบริการ เนื่องจากสถานบริการทุกแห่งในอำเภอศึกษา ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน มีอัตรากำลังคน 2 - 5 คน (ตามกรอบอัตรากำลังควรเป็น 5 คนต่อสถานีอนามัย) บางแห่งไม่มีพยาบาลวิชาชีพ การจัดหน่วยบริการเสริมในระยะแรกมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นเรื่องการรักษาโรคเรื้อรังให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้มีการออกแบบระบบบริการโดย

ช่วงแรกเน้นการรักษาพยาบาลมีแพทย์เป็นกำลังหลัก และพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการรักษาโรคเบื้องต้น รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง การออกแบบการจัดบริการนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำสร้างความไว้วางใจ การยอมรับและศรัทธาของประชาชนด้านความสามารถของเจ้าหน้าที่ การจัดบริการได้มีการวางแผนการทำงานอย่างชัดเจนที่จะทำให้อ

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ประชาชนผู้ใช้บริการยอมรับในความสามารถของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การจัดหน่วยบริการเสริมในแต่ละสถานบริการ ใช้หลักการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแพทย์เรียนรู้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เรียนรู้วิธีการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น คัดกรองโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในระหว่างการปฏิบัติงานมีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควบคู่กันไปด้วย

ในระยะแรกของการจัดบริการ แพทย์ออกหน่วยบริการเป็นประจำโดยมีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลและจากสถานีอนามัยร่วมจัดบริการ บางสถานีอนามัยที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยนั้นจะเรียนรู้งานและพัฒนางานด้านคัดกรองโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพจะเป็นกำลังสำคัญในงานด้านการรักษาให้มีความต่อเนื่องเมื่อการพัฒนาอยู่ที่ระดับหนึ่ง การขาดกำลังของแพทย์เป็นครั้งคราวเนื่องจากภาระงานด้านอื่นๆ ก็จะไม่เป็นปัญหาสำคัญนัก นอกจากงานบริการออกหน่วยในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแล้ว งานบริการด้านการเยี่ยมบ้านถือว่าเป็นงานบริการเชิงรุกของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จำเป็นและสำคัญอีกงานหนึ่งได้มีการจัดระบบการให้บริการด้านการเยี่ยมบ้านในช่วงบ่ายของวันออกหน่วยตรวจรักษา โดยสถานีอนามัยหลักในวันออกหน่วยจะนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องให้บริการเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ในทีมร่วมแสดงความคิดเห็น เรียนรู้รูปแบบการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหา ความต้องการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การเชื่อมโยงสภาวะแวดล้อม สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม แนวทางการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมสอดคล้อง

กับสภาพที่เป็นจริงในแต่ละครอบครัว ความจำเป็นของการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้และแนะนำพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องที่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้งานการให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยยังครอบคลุมด้านอื่นๆ ตามที่นโยบายได้กำหนดไว้ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยโรคหรือการเจ็บป่วย การรักษาเบื้องต้น การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในการปฏิบัติตัวประกอบด้วย 9 กิจกรรม คือ กิจกรรมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การประสานงาน ส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย การติดตามดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสุขภาพ และการบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การจัดสรรทรัพยากร

ด้านบุคคล

ดังได้กล่าวแล้วในเรื่องอัตรากำลังคนที่ไม่เพียงพอตามกรอบตำแหน่งที่กำหนดไว้โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำแหน่งทันตแพทย์และทันตภิบาล ส่งผลต่อการล่าช้าในการพัฒนาศักยภาพการบริการในระดับปฐมภูมิ โดยภาพรวมให้มีประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายร่วมกันวางแผนและแนวทางในการแก้ไข การขอกำลังคนเพิ่มเติมทั้งระยะสั้นและระยะยาว การใช้หลักช่วยกันทำงานโดยมีเงื่อนไขของสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ดีและมีเทคนิคการให้บริการที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้การปฏิบัติงานแทนกันได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่บางส่วนยังปฏิบัติงานได้ไม่เต็มศักยภาพเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง งานบริการในหน้าที่ยังไม่

ไพบระ ผ่องโชค และคณะ

สามารถทำครอบคลุมในทุกด้าน ผลงานที่ได้ยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการบริการที่มีต่อประชาชน ดังนั้นจึงควรกำหนดบทบาทหน้าที่ในแต่ละตำแหน่งงานที่เกี่ยวกับ PCU ให้ชัดเจน โดยจัดทำเป็นภาระงานประจำตำแหน่ง (Job Description) ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เพื่อสามารถปฏิบัติงานให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ควรปลูกฝังบุคลากรในทีมให้มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานชุมชน รวมทั้งให้มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชุมชน ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนค่าตอบแทนเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ สนับสนุนการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีวิธีการคิดและวางแผนร่วมกันก็จะช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรบุคคลมีประสิทธิภาพได้

ด้านยา เวชภัณฑ์และพัสดุ

ทรัพยากรด้านยา เวชภัณฑ์และพัสดุมีการออกแบบโดย การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาคือโรงพยาบาลให้กับ PCU ในแต่ละแห่ง ซึ่งมีข้อดีคือทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการและการควบคุมงบประมาณในการจัดสรร แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายก็ควรมีกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของระบบการบริหารเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในการจัดสรรทรัพยากรด้านยา เวชภัณฑ์และพัสดุในอนาคต

ด้านการเงินการคลัง

ในปัจจุบันซึ่งอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทุกฝ่าย มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการทำงาน เนื่องจากรายรับจะมากหรือน้อยขึ้นกับจำนวนประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนนั้นหมายถึง บริการที่จัดให้กับประชาชนต้องมี

ประสิทธิภาพสนองความต้องการและเกิดความพึงพอใจในบริการเพื่อการขึ้นทะเบียนดังกล่าว การใช้จ่ายของอำเภอๆ ต้องให้เกิดความสมดุลในหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบ คณะกรรมการ Core Team มีหน้าที่ในการดูแลจัดสรรงบประมาณที่ได้รับมาจากจังหวัด ในปีแรกของการทำงานมีการปรับเปลี่ยนเชิงพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดของการใช้จ่าย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายละเอียดของการจัดสรรงบประมาณจะพบว่า งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาท/คน/ปีงบประมาณที่ทางจังหวัดได้รับจริง 1,052 บาท/คน/ปี งบประมาณจัดสรร 578.60 บาท/คน/ปี โรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยคู่สัญญา (CUP) จะได้รับงบประมาณจัดสรรตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน (เงิน UC) จากจังหวัด โดยมีการจัดสรรให้กับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แต่ละแห่ง ซึ่งปัจจุบันงบประมาณที่จัดสรรมีความล่าช้า ทำให้เป็นปัญหาต่อการบริหารจัดการ ในปีที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายรวมมีการขาดดุลในอนาคตต้องหารายได้มากขึ้น

การควบคุมกำกับคุณภาพบริการ

โรงพยาบาลมีกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานบริการโดยมีระบบตรวจสอบการปฏิบัติงานเป็นระยะๆ มีการปรับแผนงานและแนวทางการให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีการสัมมนาผู้ปฏิบัติงานหลังการดำเนินการเช่นในวันออกหน่วยบริการ PCU มีการวางแผนการจัดประชุมช่วงบ่าย เพราะได้เห็นสภาพปัญหาการทำงานชัดเจน ได้เผชิญกับปัญหาจริง จึงง่ายต่อการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้มีการปรับระบบบริการได้ดีขึ้นส่งผลการสร้างภาพการออกหน่วยที่เป็นภาระงานเป็นภาพที่รักการทำงานมากขึ้น มีความรับผิดชอบสูงขึ้น งานหนักกลายเป็น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

งานที่มีคุณภาพ ส่งผลกับประชาชน มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้นเช่น การส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาต่อเนื่องของประชาชน นอกจากนี้ระยะเริ่มแรกของการออกหน่วย PCU มีประชาชนมารับบริการมาก ปัจจุบันจำนวนลดลง จึงทำให้เกิดดัชนีชี้วัดในการควบคุมกำกับคุณภาพการบริการของสถานบริการ จากเดิมสถานบริการใดที่มีประชาชนมารับบริการมากแสดงถึงการมีคุณภาพในการทำงาน ประชาชนมีความพึงพอใจในงานบริการ แต่ถ้าการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชาชนมีสุขภาพดีมากขึ้น คงไม่จำเป็นต้องมารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จของงานในอนาคตให้กว้างและลึกขึ้น โดยภาพรวมอำเภอศึกษาแห่งนี้ยังต้องการทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง เข้าใจในพื้นที่ มาให้คำปรึกษาชี้แนะแก่บุคลากร การควบคุมกำกับงาน การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาการทำงานและคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

วิธีการทำงาน

ภายหลังการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือหน่วยคู่สัญญาและได้มีการพัฒนาบุคลากรในเรื่องปรัชญาแนวคิด และมีการพัฒนาวิธีการทำงานของบุคลากรควบคู่กันไปในั้น จาก การสังเคราะห์ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนากระบวนการขั้นตอนในการทำงานที่เน้นการบริการเชิงรุกเป็นหลักในการทำงาน โดยเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการทำงาน การพัฒนาแนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยอาศัยความเชื่อมโยงประสานงานในด้านต่างๆ ที่เสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานเป็นทีม โดยมีแพทย์เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพให้แก่

เจ้าหน้าที่ของสถานอนามัยในการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในระยะแรก ต้องรณรงค์ให้ประชาชนมารับบริการในเขตมากที่สุด ในวันออกหน่วย PCU มีการใช้กลวิธีสร้างความไว้วางใจในการปฏิบัติงานจากประชาชน ระบบการตรวจรักษาแนะนำโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ของสถานอนามัยร่วมกันในการปฏิบัติงาน จัดผังการตรวจผู้ป่วยร่วมกัน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูสมุดประจำตัวผู้ป่วย ส่วนแพทย์ดูเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและมีการปรึกษาหารือร่วมกันเพื่อให้ประชาชนเกิดความศรัทธาต่อพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัย ป้องกันแนวคิดที่อาจเกิดกับประชาชนที่มองเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยเป็นหมอสำรองหรือเป็นแค่คนเดินบัตร แพทย์ไม่ใช้ระบบครอบครองงานด้านการรักษาไว้เพียงผู้เดียวในวันออกหน่วย PCU แนวคิดการออกแบบนี้มีจุดเด่นคือทำให้มีการทำไปเรียนรู้ไปโดยการชี้ประเด็นผ่านกระบวนการจริง ทำให้ผู้เรียนเข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรมว่าการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดีขึ้นนั้นต้องอาศัยการทำงานของบุคลากรหลายฝ่ายมิใช่แพทย์ผู้เดียว นอกจากนั้นยังมีการสร้างทีมสนับสนุนด้านวิชาการจากทางโรงพยาบาลคู่สัญญาควบคู่กันไป เพื่อพัฒนาลักษณะการทำงาน และปรับกระบวนการทำงานโดยให้บุคลากรทุก PCU ปฏิบัติงานครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ งานรักษา งานป้องกันโรค งานสร้างเสริมสุขภาพ และงานฟื้นฟูสภาพ ด้านการติดต่อประสานงานยังเป็นระบบที่ขาดประสิทธิภาพ เช่น เดิมการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลในอำเภอศึกษานี้ขาดการติดต่อประสานงานระหว่างสถานอนามัยที่ส่งต่อกับโรงพยาบาล ไม่มีใบส่งต่อการออกหน่วย PCU ทำให้มีการพัฒนาการประสานงานการส่งต่อมากขึ้น เพราะโครงสร้างการออกหน่วย PCU ที่ออกแบบโดยมีพยาบาลประจำจากโรงพยาบาลร่วมปฏิบัติงาน ทำให้

ไพลေး ผ่องโชค และคณะ

การประสานงานดีขึ้น ทำให้เข้าใจเหตุผลที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยอันเนื่องมาจาก การขาดความพร้อมในเครื่องมือเครื่องใช้ที่สถานีนามัย รวมทั้งการขาดความรู้ความชำนาญในบางเรื่องที่จะวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องทันกับความเร่งด่วนของการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัญหาของระบบการส่งต่อคือการที่ข้อมูลภายในคณะกรรมการยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอนขาดการบันทึกที่ต่อเนื่อง ซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา

เครื่องมือในการทำงาน

เครื่องมือการศึกษาวิถีชุมชน 7 ชั้น ได้แก่ แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างและองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คณิตสร เต็งรัง ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2545) เป็นเครื่องมือที่โรงพยาบาลและ PCU นำมาใช้ในการทำงาน ทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นภาพรวมและเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งบุคลากรเห็นว่าเครื่องมือนี้เป็นประโยชน์ ช่วยให้การศึกษาคครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเครื่องมือผังเครือญาติ ทำให้ทราบว่าใครเกี่ยวข้องกับใครบ้าง ส่งผลต่อการทำงานที่มีความระมัดระวังมากขึ้น แผนที่เดินดินเป็นส่วนช่วยทำให้เห็นการเจริญเติบโตของชุมชนที่มีความต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการบันทึกข้อมูลไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว (Family folder) ทำให้สามารถวางแผนการทำงานได้ดีขึ้น เครื่องมือช่วยให้ได้ข้อมูลรวดเร็วขึ้น ทำให้รู้จักตั้งคำถามได้หลากหลาย เข้าถึงประชาชนได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น มีกระบวนการใช้เครื่องมือโดยเริ่มต้นจากการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ

7 ชั้นให้แก่บุคลากรทั้งอำเภอศึกษาก่อนทำงาน มีการนำไปปฏิบัติใช้จริงเสริมกับแนวทางการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อทำความเข้าใจในการทำงานกับชุมชน พบว่าบุคลากรสามารถนำไปประยุกต์ใช้เข้ากับวิถีการทำงานเดิมในชุมชนได้ดี แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือบางชิ้นไม่ได้ถูกนำมาใช้เช่น เครื่องมือประวัติชีวิต และประวัติศาสตร์ชุมชน เจ้าหน้าที่ให้ความเห็นว่ามีควมลำบากในการบันทึก รวมทั้งปฏิทินกิจกรรมชุมชนซึ่งมักจะไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างไรก็ตาม พบว่าบุคลากรยังนำเครื่องมือนี้ไปใช้น้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนทั้งหมด ซึ่งเป็นเงื่อนไขไปสู่การพัฒนา

แนวคิดการสร้างชุดบริการหลักที่จำเป็นกับประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ

จากนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ทุกสถานบริการสุขภาพได้พยายามพัฒนาศักยภาพของบริการที่มีในระบบปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นชุดบริการหลักที่จำเป็นเหมาะสมกับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยครอบคลุมทั้ง 4 มิติของบริการ จากการศึกษาชุดบริการหลักที่เพียงพอและจำเป็นสำหรับประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นที่ทราบกันแล้วว่า ทางรัฐบาลจัดหาชุดหลักที่เป็นพื้นฐานให้กับประชาชนตั้งแต่ในอดีต และได้มีการพัฒนาเพิ่มรายการชุดหลักให้เหมาะสมและทันสมัยเรื่อยมา ในปัจจุบันตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพิ่มเติมชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน-ควบคุมโรคให้เหมาะสมกับประชาชนครอบคลุม ใน 6 กลุ่มดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป กลุ่มวัยทารก กลุ่มวัยก่อนเรียน กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กลุ่มวัยผู้ใหญ่ทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ประชาชนแสดงความคิดเห็นถึงโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่งผลให้ประชาชนที่ต้องการใช้สิทธินี้ มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตามสถานบริการที่ตนได้ขึ้นทะเบียนไว้ ประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอศึกษามีความจำเป็นต้องใช้บริการชั้นปฐมภูมิในสถานบริการในอำเภอศึกษา จะไม่สามารถใช้สิทธิในโครงการ 30 บาทได้ ถ้าไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยใช้บริการจาก ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสู่อัตตวิธาน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยเหตุที่การขึ้นทะเบียนในปัจจุบันแบ่งเขตตามอำเภอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของระบบมุ่งหวังที่จะสนองความต้องการให้กับประชาชน กลับกลายเป็นทุกข์กับประชาชนที่สามารถเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านมากกว่าแต่อยู่นอกเขตอำเภอที่ตนเองอาศัยอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงน้ำท่วม ประชาชนส่วนใหญ่เสนอความคิดเห็นให้แบ่งเขตของการใช้สิทธิในโครงการ 30 บาทตามจังหวัดแทนที่จะเป็นตามอำเภอที่ทำอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความสะดวกกับทุกฝ่าย

อภิปรายผล

จากการศึกษาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกรณีศึกษาอำเภอแห่งหนึ่ง ในชุมชนจังหวัดภาคกลางตอนบน พบว่า การออกแบบโครงสร้างมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา ในอดีตแต่ละตำบลจะมีสถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ในเขต 1 แห่ง โดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลนั้นๆ จากการพัฒนาการคมนาคมทำให้การเดินทางสะดวกขึ้น บางครั้งประชาชนในเขตตำบลหนึ่งซึ่งควรจะอยู่ในความดูแลของสถานีอนามัยในตำบลนั้นไม่สะดวกที่จะไปใช้บริการได้ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงการแบ่งเขตพื้นที่

รับผิดชอบใหม่โดยใช้หลักการสถานบริการสุขภาพควรเป็นสถานใกล้บ้าน ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ใช้เวลาในการเดินทางภายใน 30 นาที แต่ละสถานบริการสุขภาพควรจะดูแลรับผิดชอบประชาชนที่อาศัยอยู่รอบๆ พื้นที่นั้น เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ประชาชนผู้ใช้บริการมากที่สุดอย่างไรก็ตามการแบ่งเขตพื้นที่ยังอยู่ภายใต้ระดับอำเภอทำให้ในปัจจุบันพบว่าประชาชนบางส่วนที่อาศัยอยู่รอยต่อระหว่างอำเภอมักจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลนอกเขตในอำเภอข้างเคียง เนื่องจากการเดินทางสะดวกกว่า จึงยังเป็นประเด็นที่ต้องการการพัฒนาาระบบบริการต่อไปในอนาคต แนวคิดการออกแบบระบบของอำเภอศึกษาแห่งนี้มีการปรับโครงสร้างเดิม เพื่อให้ง่ายต่อการพัฒนาด้านการจัดบริการ เนื่องจากสภาพการขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน การจัดการออกหน่วยในระยะแรกเน้นเรื่องการรักษาโรคเรื้อรังให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล มีการจัดการบริการเชิงรุกเช่น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้เป็นบริการที่ควบคู่กันไปกับการรักษา การออกแบบการจัดบริการนี้เพื่อประชาชนเกิดความไว้วางใจและยอมรับในความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงระบบที่วางไว้เป็นรูปแบบที่ต้องการสร้างสมรรถภาพให้กลับคืนมา การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งโดยใช้หลักการปฏิบัติงานแบบเวชปฏิบัติครอบครัว เน้นความเป็นองค์รวม การออกแบบการจัดบริการเป็นระบบแบบมีความยืดหยุ่น เช่น ในวันออกหน่วยที่สถานีแห่งหนึ่ง เจ้าหน้าที่ของสถานีแห่งนั้นจะเป็นกำลังหลักส่วนเจ้าหน้าที่ของสถานีอื่น ๆจะเป็นกำลังเสริมความยืดหยุ่นที่มีคือ ถ้ามีผู้มารับบริการในสถานีอนามัยนั้นไม่มาก กำลังเสริมก็ดูจะมีความจำเป็นน้อยลง ความต้องการการช่วยเหลือลดลง ถ้าผู้ร่วมงานไม่เข้าใจทั้งวัตถุประสงค์ของการวางแผนงานแบบนี้ ไม่เข้าใจ

ไพลေး ผ่องโชค และคณะ

เหตุการณ์ใดควรตั้งข้อกำหนดที่ยืดหยุ่นนี้มาใช้ เหตุการณ์ใดไม่ควรใช้ การไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ในบทบาทของงานประกอบกับภาระงานประจำอยู่ที่สถานือนามัยตนเองก็มักจะเกิดการท้อแท้กับการมาร่วมเป็นกำลังเสริมในงานนั้น ทำให้ไม่ยอมมาร่วมงาน อาจเกิดเป็นข้อขัดแย้งระหว่างผู้ร่วมงานในทีมบริการได้ ส่งผลกระทบต่อระบบที่วางไว้ แต่ถ้าผู้ร่วมปฏิบัติในทีมมีความเข้าใจในงาน คิดเป็น ประเมินเป็น ก็จะสามารถใช้เหตุและผลที่เหมาะสม ผลเสียก็จะลดลง

งานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลที่จัดให้กับบุคคลทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วยซึ่งอาจมีข้อจำกัดในบางประการที่ไม่สามารถไปรับบริการการรักษาจากสถานบริการได้ อาจเนื่องจากไม่มีเงิน ไม่มีญาติพาไป หรือไม่สนใจการรักษา หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่การรักษาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรเป็นต้น เนื่องจากอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอทำให้งานเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เจ้าหน้าที่ให้เวลาน้อยเรื่อง การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มักเน้นการรักษาพยาบาล การจัดทำข้อมูล รายงานประจำเดือน ถึงแม้มีแผนงาน การลงชุมชน แต่ไม่ค่อยได้เป็นไปตามแผน เจ้าหน้าที่ควรได้รับการพัฒนาทักษะในการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม เช่น เรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง

การจัดสรรทรัพยากร

ด้านบุคคล

หลักการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพคือ การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน มีผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความชำนาญและเหมาะสมกับงาน มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ มีการพัฒนาบุคลากรให้เกิดความรู้ความชำนาญเป็นระยะ และให้ผู้ร่วมงานในทีมมีสัมพันธภาพที่ดี จากปัญหาจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ การแก้ไขปัญหามาโดยการบริหารจัดการแบบช่วยกันทำงาน ซึ่งมีจุดด้อยคือ เจ้าหน้าที่

ส่วนหนึ่งต้องทำงานหนักมาก ทำให้ขาดการสร้างสรรค์งานใหม่ในชุมชน นอกจากนี้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีผลกระทบต่อบริการที่ให้ต่อประชาชน การแก้ไขปัญหาคือต้องอาศัยผู้บริหารเป็นคนประสาน นอกจากนี้การขาดการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ (Job description) ที่ชัดเจนเกี่ยวกับงาน PCU เนื่องจากยังไม่มีกรอบอัตราค่าจ้างรองรับการจัดการอย่างชัดเจน แก้ไขโดยจัดให้พยาบาลจากโรงพยาบาลเป็นกำลังหลักในการทำงานเพื่อให้เห็นภาพความแตกต่างในรูปแบบของงาน สามารถคิดพัฒนา รวมทั้งสนับสนุนความร่วมมือกันในการทำงาน PCU

ด้านยา เวชภัณฑ์และพัสดุ

การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาคือ โรงพยาบาล ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ ควบคุมงบประมาณในการจัดสรรยา เวชภัณฑ์และพัสดุง่ายขึ้น

ด้านการเงินและการคลัง

ในระยะเปลี่ยนผ่านนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ควรพัฒนางานด้านการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการสร้างเสริมและการป้องกันให้มากขึ้น ควรมีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นรวมทั้งภาคเอกชน ควรมีความยืดหยุ่นในการจัดการทางการเงิน / ระบบการเบิกจ่ายเพื่อความคล่องตัวในการทำงานโดยมีหลักการและเหตุผลจากมติของที่ประชุม มีการเพิ่มความตระหนักด้านสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ องค์กร และประชาชน ปลุกฝังค่านิยมของการมีสุขภาพดีให้กับเจ้าหน้าที่ องค์กร และประชาชน พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้เป็นที่ศรัทธาของประชาชน สนับสนุนการเป็นผู้ให้บริการที่ดีในสายตาของประชาชนเพื่อเป็นที่ศรัทธาของประชาชน

การควบคุมกำกับคุณภาพบริการ

ระบบบริการขาดการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ อาจด้วยเนื่องมาจากอำเภอศึกษาเป็นพื้นที่

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ที่อยู่ห่างไกลในงานการควบคุมกำกับการทำงานจากทางจังหวัด ควรมีการพัฒนาที่มณฑลเทศาภิบาลให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการพัฒนาผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยจัดระบบการศึกษาต่อเนื่อง พัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพงานบริการในชุมชนให้ชัดเจน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาชนและคณะกรรมการอบต. ในการควบคุมคุณภาพการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดการควบคุมคุณภาพบริการส่งผลต่อการพัฒนางานได้ดียิ่งขึ้น เพื่อสนองนโยบาย โดยประชาชน เพื่อประชาชน สนับสนุนการจัดตั้งกรรมการชุมชนเพื่อควบคุมตรวจสอบคุณภาพและเสนอแนะการบริการ

วิธีการทำงาน

พัฒนาศักยภาพการทำงานควรเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการทำงาน พัฒนาแนวคิดการทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ อาศัยความเชื่อมโยงประสานงานในด้านต่างๆ ที่จะมาช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เกิดการทำงานเป็นทีม ปรับกระบวนการทำงานเพื่อให้บุคลากรทุก PCU ปฏิบัติงานครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ งานรักษา งานป้องกันโรค งานสร้างเสริมสุขภาพ และงานฟื้นฟูสุขภาพ โดยช่วงบ่ายของการออกหน่วย PCU จะเป็นการติดตามเยี่ยมประชาชนที่มีปัญหาโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาค่าที่ต้องการการเยี่ยมติดตาม เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หากแพทย์ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้จะมีพยาบาลเป็นหลัก แต่ปัญหาที่พบคือเจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้อย่างครอบคลุมในวันที่ไม่ออกหน่วยเพราะจำนวนเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัยมีไม่เพียงพอ จัดการประชุมเพื่อวางแผนการพัฒนาระบบฐานข้อมูล การปรับปรุงระบบรายงานเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้ จัดระบบการบันทึกข้อมูลที่สอดคล้องกับการใช้เครื่องมือศึกษา

วิถีชีวิตและชุมชน 7 ชั้นในการเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพในเชิงปฏิบัติ สร้างระบบฐานข้อมูลและระบบการส่งต่อข้อมูลที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการทำงานที่เชื่อมต่อกันได้ตามลักษณะงาน ส่งผลให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ในกรณีที่แพทย์ไม่อยู่ ช่วยสร้างสรรคการทำงานเป็นทีมร่วมกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ประชาชนเกิดความมั่นใจในตัวบุคลากรของสถานีอนามัย และมาใช้บริการมากขึ้น ได้รับความพึงพอใจมากขึ้น

เครื่องมือในการทำงาน

ควรมีการสนับสนุนการนำเครื่องมือการศึกษาวิถีชีวิต และชุมชนไปใช้ในการปฏิบัติอย่างจริงจังซึ่งสอดคล้องกับความสำเร็จของการปฏิบัติงานในเชิงการประยุกต์การใช้เครื่องมือที่มีอยู่ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ทำให้เห็น ภาพรวมของชุมชน เข้าใจมิติทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งบุคลากรเห็นว่าเครื่องมือนี้มีประโยชน์ช่วยให้ศึกษาได้ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเครื่องมือผังเครือญาติ ทำให้ทราบว่าใครเกี่ยวข้องกับใครบ้าง จะได้ระมัดระวัง การพูดมากขึ้น แผนที่เดินดินเป็นส่วนช่วยให้รู้ว่าใคร เป็นโรคเรื้อรัง ใครไม่เพียงพอต่อการให้บริการดูแลประชาชนมากขึ้น เนื่องจากยังอยู่ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ของนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ทำให้การปฏิบัติงานในทุกด้านจำเป็นต้องมีการปรับการพัฒนาจึงเป็นสาเหตุของความล่าช้า หรือแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่อย่างไรก็ตามแนวโน้มของความเห็นชอบในการพัฒนางานยังอยู่ในแนวโน้มที่ดีจึงต้องรออีกสักกระยะหนึ่ง

แนวคิดการสร้างชุดบริการหลักที่จำเป็นกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ

ชุดบริการหลักที่จำเป็นที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มต่างๆ จำเป็นต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการบริการ

ไพลေး ผ่องโชค และคณะ

การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจรักษา โดยใช้วิธีผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมถึง การฟื้นฟูสุขภาพ ทิศทางการให้บริการที่มุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเป็นทิศทางที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้ากับประชาชน แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันซึ่งอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านของการพัฒนา การจัดบริการที่เน้นการบริการด้านการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องสนองความต้องการให้กับประชาชนเป็นอันดับแรก เพราะเป็นทุกข์ที่ประชาชนกำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นการศึกษาและจัดทำชุดบริการหลักที่จำเป็นที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มต่างๆ ในด้านการรักษาตามปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอายุ เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินต่อไป เช่น ชุดบริการหลักที่จำเป็นเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งแล้วแต่ว่าในพื้นที่อำเภอมีความต้องการเรื่องใด มาเป็นอันดับแรก โดยครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและทุกมิติของการดูแล จากการศึกษาความต้องการในบริการชุดหลักที่เพียงพอและจำเป็นสำหรับประชาชน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลจัดบริการให้ตามสถานบริการต่างๆ ให้ความไว้วางใจกับเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอแห่งหนึ่ง ในชุมชนจังหวัดภาคกลางตอนบน โดยครอบคลุมในเรื่องแนวคิด การออกแบบระบบ การจัดสรรทรัพยากรการควบคุมกำกับคุณภาพบริการ วิธีการทำงาน เครื่องมือในการทำงาน ชุดบริการหลักที่จำเป็นและเหมาะสมกับประชาชนใน

กลุ่มต่างๆ สามารถสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการใช้ศักยภาพของทรัพยากรบุคคล ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งด้านความรู้และทักษะ ให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ มีการจัดทำ Job Description ให้ชัดเจน

2. ทำการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมปริมาณงานตาม Job Description ที่กำหนด เพื่อกำหนดหาอัตราส่วนของกำลังคนประจำหน่วย PCU เพื่อกำหนดเป็นกรอบอัตรากำลังคนต่อไป

3. วางแผนการเพิ่มอัตรากำลังคนในทุกรูปแบบ เช่น การให้ทุนแก่นักเรียนในพื้นที่มาศึกษาหลักสูตรพยาบาล และกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตน โครงการคืนบัณฑิตสู่ท้องถิ่น การรับสมัครบุคลากรในตำแหน่งที่ขาด เช่น ทันตแพทย์และ ทันตภิบาล โดยปรึกษากับผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น นโยบายจังหวัด อบต. และสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรเหล่านี้

4. ปลุกฝังบุคลากรในทีมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในชุมชน รู้จักภูมิใจในการทำงานที่ส่งผลในด้านความสุขที่เกิดกับประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพทุกท่านในเขตอำเภอศึกษา ในชุมชนจังหวัดภาคกลางตอนบน ที่กรุณาให้ข้อเสนอคิดจากการสังเคราะห์งานวิจัยในทุกกระบวนการของงานวิจัย ตลอดจนประชาชนในเขตอำเภอศึกษาทุกท่านที่ร่วมในกระบวนการให้ข้อเสนอแนะที่จะนำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตภาคกลาง และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย ในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คณิศร เต็งรัง ราตรี ปิ่นแก้ว วรัญญา เพ็ชรคง. (2545). *วิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำงานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์จำกัด.

ประเวศ วะสี. (2546). *การปฏิบัติเจียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2546). *การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว: กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง พระนครศรีอยุธยา*.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พีแอมกรุ๊ปจำกัด.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2546) *ธรรมนูญสุขภาพคนไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2) นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*

Community Participation in Primary Health Care Management⁺

Pairao Pongchong ** RN., MS. (Epidemiology)

Somboon Jaiyawat ** RN., MS. (Nutrition)

Chalerm Sri Nuntawan ** RN., MS. (Public Health Nursing)

Parichard Rojanaplakorn ** RN., M.S.(Bios.), M.S. (Community Health Nursing)

Supanee Senadisai *** RN., M.S. (Med Surg Supervision)

Abstract: The study was a participatory action research conducted at one of the Amphurs in the central part of Thailand. The research was done during January 2002 and September 2002, which aimed to analyze and synthesize the primary health care system management in the study Amphur including planning, organizing, staffing, controlling, tools, and the minimum health care service package for people in all age groups. The results showed that the structure of the primary health care service in the selected Amphur was built up by re-organizing and registering the previous seven primary health care centers even though the staffing of health care organization showed that some positions were available. As a result, health care service for these people remained unsatisfactory, so that, the mobile clinics in each health care were set up to serve these people. At the beginning, there was a need to provide services that would emphasize continuous chronic illness care. The service system was designed with using the potentials of available human resources and with increasing staffs knowledge and ability. During the first period, the professional nurses from the hospital were a main group to provide primary care and worked together with nurses or the workers from the health care centers. If there was no professional nurse or some severe illnesses were found, the medical consultant and the referral system were used. Due to limited personnel, most staffs provided health promotion and disease prevention when they had time. As a result, the home visit did not reach to the set up plan and it could not be done thoroughly and continuously. The 7-tool community study was employed to study the life style pattern and community in this Amphur, so that, the community overview was seen. Most people around this area lacked of the knowledge to know about their right of the minimum health care service package for people in all age groups provided by the government. Most of them trusted health care workers as their representatives to direct their health care. The results of this study will be a guideline to develop the proper way to fulfill the complete primary health care reform.

Key words: primary health care system, controlling, health service, primary care unit

⁺ This project was funded by Health Systems Research Institute (HSRI).

^{**} Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Mahidol University

^{***} Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Mahidol University