

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา

นันทินารี คงยืน *

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพรรณนาถึงการจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีความครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาการไม่เลือกใช้หน่วยสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน แต่เลือกใช้บริการโรงพยาบาล ทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่มีชื่อเสียง แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป ไม่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาผู้ใช้บริการมีจำนวนมากในโรงพยาบาล นำมาซึ่งปัญหาความไม่พอเพียงของบุคลากรแพทย์ ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ และปัญหาการร้องเรียนเมื่อไม่ได้รับบริการรักษาพยาบาล อีกทั้งระบบบริการสุขภาพปัจจุบันเป็นระบบตั้งรับโดยวัตถุประสงค์เพื่อการซ่อมสุขภาพ การสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และสังคมทั้งหมดยังไม่เข้มแข็ง ต้องดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชนให้มากขึ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถป้องกันและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ดูแลสุขภาพ อีกทั้งเพิ่มจำนวนและศักยภาพของบุคลากร ในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ และความไว้วางใจในการเลือกใช้บริการ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการการจัดระบบสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : การจัดระบบบริการสุขภาพ, บริการปฐมภูมิ, มาตรฐานการพัฒนา

* พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสทสาขา โรงพยาบาลรามารัตนบุรี email address:

nantinaree@gmail.com

Primary care service system with development standards

Nantinaree Khongyuen*

Abstract

This article aims to describe health care system in Thailand that covers both health promotion, disease prevention, medical treatment, and rehabilitation, as well as analyzing the problem of not using primary care units near home, but choosing a secondary or tertiary hospital with a reputation for common or general sickness. This caused a problem of too many patients in the hospital, which led to not enough medical personnel's attention for medical care services. Moreover, present health system is currently being set up for the purpose of health care, rather than health promotion. Reorientation of health care system should have community participation. Strengthening community to be proactive by having health promotion program, diseases prevention activities, and monitoring risky health behaviours by community members should be the objectives/goals. Primary health care units should have standard development for complete service system by capacity building of staffs and strengthening trust of community members for primary care services.

Keywords: health services, primary care, developmental standards

* Registered Nurse, Ramathibodi Comprehensive Cancer Center (Outpatient cancer center).
email address: nantinaree@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันประชาชนทุกคนเข้าถึงการจัดบริการสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โครงสร้างระบบสุขภาพปัจจุบันมีองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วยบริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการระดับศูนย์การแพทย์เฉพาะทางและระบบส่งต่อ โดยที่ผู้รับผิดชอบหลักของการจัดระบบบริการสุขภาพ คือกระทรวงสาธารณสุข โดยจุดประสงค์หลักคือ มุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีหน้าที่แตกต่างกัน และเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) แต่ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ นิยมใช้บริการโรงพยาบาลใหญ่มากขึ้น อาทิเช่น รามาธิบดี ศิริราช และจุฬาลงกรณ์ แม้ว่าศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ป่วยจะอยู่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยบางรายยอมจ่ายเงินเอง ไม่ใช่สิทธิประกันสุขภาพ หรือประกันสังคมของตน ทำให้เกิดการล้นของคนไข้ในระบบในโรงพยาบาลใหญ่ จำนวนแพทย์ที่มีไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยได้ ในแต่ละวัน

ตัวอย่างจากสถิติของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกเดือนมกราคม จำนวน 11,164 คน และได้รับการตรวจ 6,357 คนและที่ไม่ได้รับการตรวจถึง 4,807 คน ส่วนในเดือนกุมภาพันธ์ มีจำนวนผู้เข้ารับบริการ 10,972 คน ได้รับการตรวจ 6,147 คนและที่ไม่ได้รับการตรวจ 4,825 คน ในเดือนมีนาคมมีผู้เข้ารับบริการ 13,156 คนได้รับการตรวจ 7,241 คนและที่ไม่ได้รับการตรวจ 5,915 คน เดือนเมษายน มีผู้มาใช้บริการ 12,006 คน ได้รับการตรวจ 6,308 คนและที่ไม่ได้รับการตรวจ 5,698 คน จากตัวอย่างดังกล่าว เห็นได้ว่า มีผู้รับบริการหลายคนที่ไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจากจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย บทความนี้จะนำเสนอรายละเอียดของการจัดระบบบริการสุขภาพโดยเน้นที่บริการปฐมภูมิ รวมทั้งรายละเอียดมาตรฐานของระบบบริการ การวิเคราะห์ถึงสาเหตุและแนวทางการแก้ไข และข้อเสนอแนะ

ระบบบริการสุขภาพคือ ระบบและการจัดการทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับกับเรื่องของชีวิตและสังคม เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และทุกคนมีส่วนเป็นเจ้าของร่วมกัน อาจหมายถึงสุขภาพทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางปัญญา (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) การจัดบริการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพของไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดบริการสาธารณสุข แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) มี 5 ระดับคือ (อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2557)

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level)

การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยตนเองได้ ได้แก่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนนับเป็นมาตรการเสริมการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชน ด้วยกันเองและสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชนเป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยตนเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้ จะมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ อย่างมาก

3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level) การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไปประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้คือ

3.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่กั้นตารางไกลและเข้าถึงบริการได้ยาก ครอบคลุมประชากร 500 ถึง 1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานะภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลง่าย ๆ เบื้องต้น

3.2 สถานีอนามัย (สอ.) ซึ่งปัจจุบันยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน (รพสต.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First line health service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 ถึง 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำคือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และบางแห่งจะมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยด้วย การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งดำเนินการอยู่ภายใต้การกำหนดการมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

3.3 ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

4. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level)

การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง เป็นการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คน ขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการระดับต้น

4.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 ถึง 500 เตียง ส่วนโรงพยาบาลศูนย์คือโรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียง และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

4.3 โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน และประชาชนจะต้องเสียค่าบริการเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care Level)

การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้

5.1 โรงพยาบาลทั่วไป

5.2 โรงพยาบาลศูนย์

5.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

5.4 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดมากกว่า 100 เตียง

บทวิเคราะห์ปัญหาการบริการระดับปฐมภูมิ

ในประเทศไทยเรา โครงสร้างในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอ นั้น มีโครงสร้างที่ยึดถือกันมายาวนานตามกฎหมาย โดยมีองค์กรทั้งสิ้น 3 องค์กรคือ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยให้โรงพยาบาลเป็น แม่ข่ายของโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) โดยให้มีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ที่มีตัวแทนจากทั้งฝ่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย และตัวแทนของสถานีอนามัยลูกข่าย ทั้งนี้จากการติดตามประเมินการบริหารจัดการเครือข่ายใน 12 จังหวัด (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย 2552) พบว่า 1) ร้อยละ 90 ของสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองมีพยาบาลวิชาชีพประจำ ในขณะที่สถานีอนามัยในอำเภอรอบนอกร้อยละ 70 ที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ แต่ส่วนใหญ่ยังคงมีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่ำกว่าเกณฑ์ (จนท.สธ. 1 คนต่อประชากร 1,250 คน) ทั้งในเขตเมืองและอำเภอรอบนอก 2) การสนับสนุนของแม่ข่าย มีหลากหลายรูปแบบทั้งที่เป็นและไม่เป็นตัวเงิน โดยแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน สนับสนุนลูกข่ายในระดับสูงกว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญ ในการกำหนดงบประมาณพื้นฐานที่แม่ข่ายต้องจัดสรรแก่ลูกข่าย อย่างไรก็ตามการสนับสนุนดูเหมือนไม่สัมพันธ์กับระดับประสิทธิภาพของการจัดบริการ 3) ครึ่งหนึ่งของสถานีอนามัย สามารถระดมทุนจากแหล่งอื่นมาใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน เช่น อบต. กองทุนตำบล หรือแหล่งอื่น อย่างไรก็ตามก็ยังมีเพียงครึ่งหนึ่งของสถานีอนามัยในพื้นที่ที่มีกองทุนตำบล สามารถระดมทุนจากกองทุนดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข 4) กลไกการอภิบาลเครือข่ายยังทำงานไม่สมบูรณ์ ขาดความสมดุลในเชิงอำนาจ เนื่องจากสาธารณสุขอำเภอ ขาดแคลนงบประมาณและต้องพึ่งพิงเงินของโรงพยาบาล

แม้ว่ารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยโดยการ พัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ก็ยังคงขาดความชัดเจนในระดับ ปฏิบัติต่อสิ่งที่กำลังจะดำเนินการ และแม้หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานีอนามัยจะได้รับการ สนับสนุนจากแม่ข่ายในระดับที่สูงกว่าในอดีต แต่ไม่ชัดเจนว่าเพียงพอสำหรับการพัฒนาหน่วย บริการให้มีคุณภาพ และทำงานได้เต็มที่หรือไม่ นอกจากนั้นกลไกการอภิบาลเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิก็จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เข้มแข็ง และทำงานได้อย่างมีธรรมาภิบาล รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการพัฒนายังมีจำกัด นอกจากนั้นศักยภาพของบุคลากรและหน่วย บริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปก็ยังเป็นสิ่งท้าทาย

มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมินั้นถือว่าเป็นหน่วยงานขั้นต้นของรัฐที่จัดไว้ให้บริการสุขภาพต่อประชาชนโดย มีมาตรฐานดังนี้ (กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1 จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมประชากร

1.1 จัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU: (Primary Care Unit) ที่รับผิดชอบดูแลประชากรให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ทั้งนี้หน่วยบริการแต่ละแห่งจะรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญา หรือ CUP มาจาก contracting unit of primary care) อาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีขนาดเล็กอาจรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 10,000 คนได้

- 1.2 ในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย
- กรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลได้ แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว
 - ในกรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ส่วนที่เหลือต้องจัดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน
 - หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีทีมประจำให้บริการ และบริการได้สะดวก รวดเร็ว

1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง จะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2 มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ มีบทบาทในการจัดการและสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ได้มาตรฐานตามเกณฑ์

2.1 ชีตความสามารถ

- (1) มีการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานร่วมกับการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น และการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวัน หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งต้องเปิดให้บริการ อย่างน้อย

56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยสามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ

- (2) มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษา ฟันฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง
- (3) มีบริการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- (4) มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ก่อนคลอด ดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์
- (5) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก อย่างน้อย 1 – 8 วัน ต่อเดือน
- (6) มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริบาล รวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำ เพื่อทำความเข้าใจ สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้าน สุขภาพให้แก่ครอบครัว และให้การบริบาลแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น
- (7) มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งจะต้องจัดบริการเยี่ยมบ้านและบริการเชิงรุกในชุมชน อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- (8) มีบริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น
- (9) มีบริการด้านการชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เอง และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว
- (10) มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ และมาตรฐานยา

2.2 บุคลากร

บุคลากรที่ทำหน้าที่เฉพาะบริการปฐมภูมิ หรือในกรณีทีบุคลากรทำหลายหน้าที่ ให้แบ่งส่วนที่ต้องให้บริการในระดับทุติยภูมิและที่สูงกว่าออกไปก่อน แล้วพิจารณาเป็น man-day เฉพาะส่วนที่ให้บริการปฐมภูมิ จากนั้นคิดเป็นอัตราส่วนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบ ดังนี้

- (1) มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4
- (2) อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ 2.2 (1) และต้องทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆ
- (3) มีแพทย์ร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพ ในอัตราส่วน 1: 10,000 ในพื้นที่ทุรกันดาร และ/หรือ ไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คนเพิ่มเติมจากข้อ 2.2 (1) แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1:30,000 (แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการ ให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่)
- (4) มีทันตแพทย์ ในอัตราส่วน 1 : 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1: 40,000 คน
- (5) มีเภสัชกรมาร่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคในอัตราส่วน 1 : 15,000 ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 : 30,000 คน

2.3 ด้านการจัดการ

หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วย จะต้องมียุทธศาสตร์การจัดการที่เหมาะสม คือ

- (1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบว่ ประชากรที่รับผิดชอบเป็นใคร อยู่ที่ไหน
- (2) มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่นระบบนัดหมาย การติดตาม จักระบบข้อมูล

- (3) จัดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ
- (4) มีระบบข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อให้การให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- (5) มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- (6) มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.4 อุปกรณ์ อาคารสถานที่

- (1) มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
- (2) มีสถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
- (3) มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว
- (4) จัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานขั้นต่ำในการรับสัญญาณเป็นหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในส่วนให้บริการต่างๆ ได้แก่ บริเวณทำบัตร-จ่ายยา ห้องตรวจโรค ห้องปฐมพยาบาล ห้องตรวจครรภ์/ ตรวจพัฒนาการเด็ก ห้องบริการทันตสุขภาพ ห้องปฏิบัติการ ห้องรังสีวิทยา (ถ้ามี) และห้องคลอด (ถ้ามี) เป็นต้น กรณีที่ไม่สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐานด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด และหน่วยที่ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพหน่วยบริการ พิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพพื้นที่ให้สอดคล้องกับหลักการจัดบริการปฐมภูมิ โดยในระยะเริ่มต้น หากจัดบริการไม่ได้ครบตามมาตรฐานนี้ทั้งหมด ให้มีแผนการพัฒนาที่ชัดเจนภายในช่วงเวลา ที่ชัดเจน ตามที่ตกลงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด และมีแผนการตรวจรับรองหน่วยบริการซ้ำตามเวลาที่กำหนด

3. ระบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ต้องจัดให้มีระบบดังนี้

- 3.1 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย
 - 3.2 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น ในระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ
 - 3.3 มีระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจชันสูตรด้านต่างๆ
 - 3.4 มีระบบการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม
- มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย

ระบบกำกับมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย

- 3.5 มีแนวทางการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 3.6 มีระบบข้อมูลที่ใช้ในการให้บริการ
- 3.7 มีระบบการกำกับมาตรฐานบริการของหน่วยบริการทุกหน่วยในเครือข่าย
- 3.8 มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในเครือข่าย ให้มีความรู้ ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 3.9 มีระบบการพัฒนาหน่วยบริการในเครือข่าย

มาตรฐานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) จะเห็นได้ว่าบุคลากรแพทย์เป็นส่วนสำคัญของสถานบริการสุขภาพ แต่ในระบบปฐมภูมิไม่มีแพทย์ประจำ มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลเวชปฏิบัติเท่านั้น ส่งผลกระทบให้ยาบางตัว อาทิเช่น ยามอร์ฟิน ไม่สามารถจ่ายได้ที่ PCU เพราะว่ามีแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลซึ่งไม่สามารถจ่ายยาดังกล่าวได้ ปัญหาที่ตามมาคือ ประชาชนต้องไปรับยาที่สถานบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เป็นเครือข่ายทำให้เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่ๆ มีผู้รับบริการมากเกินไปจนเกินจำนวนที่กำหนด เป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถให้บริการครบทุกคนได้

ในส่วนของเครื่องมือและอุปกรณ์ อ้างจากมาตรฐานของอุปกรณ์ในสถานบริการปฐมภูมิ แพทย์จะมีน้อยมากในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ไม่สามารถตอบสนองประชาชนด้านการรักษา ทำให้ประชาชนต้องเดินทางไกลไปรักษาในตัวเมือง อย่างไรก็ตาม การให้บริการในระดับ PCU มีความสำคัญกับการรักษาน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

สำหรับระบบส่งต่อ (Referral System) ซึ่งคือการส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อเนื่องในสถานบริการทางสุขภาพที่สูงขึ้นไป มีเครื่องมือที่ครบถ้วน และเจ้าหน้าที่ที่พร้อมกว่า ซึ่งปัจจุบัน

ระบบการส่งต่อของระบบสุขภาพของเราไม่ชัดเจน ไม่มีการวางระบบที่แน่นอน ขาดคู่มือการปฏิบัติงานการส่งต่อที่ชัดเจน ใช้เวลาดำเนินงานนาน จนทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมถูกส่งต่อ (ธชา ศิริวิวัฒนชัย, 2555) ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกันไป แต่ละสถานพยาบาลจะมีแนวทางหรือมาตรฐานของตนเอง ทำให้การเข้าถึงระบบการส่งต่อดังกล่าวของผู้ป่วยเข้าใจยาก ซับซ้อน และกว่าจะได้รับการส่งต่อและรับบริการจากโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิลำช้า ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ตัดสินใจมุ่งเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มากกว่าที่จะขอให้สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิส่งต่อมาที่โรงพยาบาลใหญ่

อย่างไรก็ตาม การจัดระบบบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิมีข้อดีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน คือ ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไกล สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ ไม่ต้องจ่ายเงินเอง แต่ระบบควรจะต้องมีส่วนประกอบที่สมบูรณ์กว่านี้ อาทิ เช่น แพทย์ประจำสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีความรู้ ความสามารถ ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การดูแลแบบองค์รวม คือดูแลทุกอย่างให้การบริการจบ ณ จุดเดียว เพื่อดึงดูดให้ประชาชนมารับบริการ ดังที่กล่าวว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนอมนั้นมีอยู่ครอบคลุมทุกตำบล ปัจจุบันความพยายามที่รัฐได้ยกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยทำให้เพิ่มความสะดวกและเพิ่มการบริการให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถเชื่อมโยงกันในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางอินเทอร์เน็ตที่สามารถติดต่อกันได้ทั้งภาพและเสียง ที่เรียกว่า “เทเลเมดิซีน” เพื่อให้แพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถเห็นคนไข้ ชักถามข้อมูลการเจ็บป่วยโดยอยู่ห่างไกลกันได้ รวมถึงการดำเนินการในลักษณะที่ใช้รั้วโรงพยาบาลเป็นรั้วตำบล เพียงที่บ้านผู้ป่วย คือ เพียงคนไข้ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงอาสาสมัครหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมและเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง

แนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายไปจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนสำคัญ คือ 1) การจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือ Primary care cluster 2) การจัดระบบบริการและ Primary Service Package เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อบูรณาการ Service plan กับการดูแลประชากรตามกลุ่มวัย 3) การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนเครือข่าย และ 4) การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล (คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ 2559)

การพัฒนาต่อไปคือการยกระดับการบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster นี้ ซึ่งจัดทำขึ้นภายใต้เจตนารมณ์ของนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการ

สุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ 1) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ทั่วถึง ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด้านแรกได้เพิ่มมากขึ้น และได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้น และ 2) เพื่อการเชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิกับตติยภูมิ โดยผ่านการบูรณาการ Service plan ทุกสาขากับบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัยและทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ในการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเพิ่มอัตราการใช้บริการของผู้ป่วย คือ

1. การจัดสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ ต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพของสถานบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ครบถ้วน ทั้งทางด้านอุปกรณ์และบุคลากร

2. สนับสนุนโครงการใกล้บ้านใกล้ใจอย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่าง การนำร่องสถานบริการร้านยาเภสัชชุมชน ของโรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้คนไข้สามารถนำใบสั่งยารับยาใกล้บ้านได้ ไม่ต้องเดินทางไกล

3. หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่ถูกของคนในประเทศใหม่จากเดิมที่ว่า “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์” หรือ “เจ็บป่วยต้องไปหาแพทย์ ที่มีชื่อเสียง” ให้ ทุกคนหันมาดูแลสุขภาพของตนเองก่อน เพื่อเน้นการป้องกันการเกิดโรค

4. กระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรระดับปฐมภูมามีความรู้ ความสามารถ มีกำลังใจ ในการเข้าไปลงพื้นที่ทำงาน เน้นสวัสดิการ รายได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะแพทย์ประจำ

5. การพัฒนาระบบส่งต่อให้มีแนวทางที่ชัดเจน หรือมีคู่มือปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เหมือนกันเพื่อความรวดเร็วในการประสานงาน และคนไข้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานและแนวทางสถานบริการสุขภาพ, 23 ธันวาคม 2559.
http://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2015-10-20-15704123.pdf
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาทิป กระทา. (2551). **สุขภาพปฐมภูมิจากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่**. กรุงเทพมหานคร: สุขศาลา
- คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ (2559). แนวทางการดำเนินงาน Primary care cluster. http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Guidelines%20PCC.pdf
- ธชา ศิริวัฒนชัย. 2555. การพัฒนางานส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. ปริญญา
นิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (.สพข). (2552). การประชุมวิชาการ Primary care
ระดับประเทศ ครั้งที่ 2, 22-23 กุมภาพันธ์ 2550 ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบ
เทค บางนา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (.สพข)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). **กรอบยุทธศาสตร์
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ 2554-2558**. กรุงเทพมหานคร:
สามเจริญพาณิชย์
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก). (2552). ระบบบริการปฐมภูมิ
(Primary care) [http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge
&file=readknowledge&id=18](http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18)
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร ทัศนีย์ ญาณะ และบำรุง ชลอเดช. (2554). **สถานการณ์ระบบบริการปฐม
ภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553**. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน-
ไพศาล
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และภูษิต ประคองสาย.(2554). การลดความยากจน
จากรายจ่ายด้าน สุขภาพผลลัพธ์ของ : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย .
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ (5), 25-31
- อุทัยวรรณ สุกนิมานิล. (2557). **การบริการปฐมภูมิ**. นครปฐม : กลอยการพิมพ์