

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความคิดเห็น ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวฝ้าย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ศูนย์สุขภาพชุมชน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความคิดเห็นมีความหมายใกล้เคียงหรือคล้ายทัศนคติ แต่ลักษณะความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเท่าทัศนคติ ความคิดเห็นถือได้ว่าเป็นการแสดงออกทางทัศนคติและเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาอย่างยิ่งต่อสถานการณ์ภายนอก (สุชา และสุรางค์ จันทน์เอม, 2520, หน้า 17) เช่นเดียวกับที่ Best (1977, p. 169) กล่าวว่า “ความคิดเห็น คือการแสดงออกทางด้านความเชื่อและความรู้สึกรวมของแต่ละบุคคลโดยการพูด” ในขณะที่ Kolasa (1969, p. 386) ได้กล่าวไว้ว่า “ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกของแต่ละบุคคลในอันที่จะพิจารณาถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นการประเมิน (Evaluation) สิ่งใดสิ่งหนึ่งจากสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่างๆ หรือเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ได้รับอิทธิพลมาจากความโน้มเอียง” หลวงวิเชียรแพทยาคม (2509, หน้า 162 – 163) อ้างใน สวาทชลพล (2535, หน้า 8) ได้กล่าวว่า “ความคิดเห็น” (Opinions) กับ “ทัศนคติ” (Attitude) มักถูกใช้แทนกันเสมอ ทัศนคติจะหมายถึงความพยายามที่จะทำ (Intention to act) ซึ่งจะเกี่ยวข้องอย่างมากกับอุปนิสัยและพฤติกรรม (Habit and behavior) ส่วนความคิดเห็นเป็นเพียงคำพูดและเครื่องหมาย (Verbal and symbol) แต่ทุกคราวที่พูดถึงการทดสอบทัศนคติ ก็มักจะเผยถึงความคิดเห็นด้วย สวาท ชลพล (2535) ได้ประมวลแนวความคิดเกี่ยวกับความคิดเห็นไว้ดังนี้ ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้ หรือความเชื่อที่นำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ เป็นพื้นฐานในการแสดงออก

โดยไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว แต่จะขึ้นอยู่กับบริบทการพิจารณาตัดสินใจในสิ่งนั้น และลงความเห็นออกมาตามที่คิดไว้ของแต่ละบุคคล นพมาศ ธีรเวคิน (2539, หน้า 99) ได้ให้ความหมายของความคิดเห็นไว้ว่า “ความคิดเห็นนั้นถูกจัดว่าเป็นส่วนที่มนุษย์ได้แสดงออกมาโดยการพูดหรือการเขียน” มนุษย์นั้นจะพูดจากใจจริง พูดตามสังคม หรือพูดเพื่อเอาใจผู้ฟังก็ตาม แต่เมื่อพูดหรือเขียนไปแล้วก็ทำให้เกิดผลได้ คนส่วนใหญ่มักจะถือว่าสิ่งที่มนุษย์แสดงออกมานั้นเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความในใจ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่นิยมกันมากทั้งในเมืองนอก และปัจจุบันนี้ในเมืองไทยที่จะจัดให้มีการสำรวจประชามติ (Polling) เพื่อหยั่งรู้ล่วงหน้าว่าพรรคใดหรือผู้ใดมีโอกาที่จะได้รับการเลือกตั้งสูงกว่า บางทีก็มีการหยั่งเสียงความนิยมในตัวบุคคลสำคัญ ดังนั้น เราอาจจะกล่าวได้ว่า การหยั่งประชามติเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทางวงการวิชาการได้หยิบยื่นให้วงการเมืองและสังคม เพราะทุกวันนี้ก็เป็นที่ใช้กันเกลื่อนมาก การหยั่งประชามตินี้แม้จะใช้กันมากที่สุดใ้ในวงการเมืองแต่เราก็สามารถใช้มันให้เป็นประโยชน์ในทางอื่นๆ ได้ แล้วแต่ผู้ศึกษาจะจัดการปรับให้เข้ากับสภาพการณ์ของการวิจัยแต่ละหัวข้อและแต่ละท้องถิ่น ถ้าหากมีการจัดการที่ดีแล้ว การหยั่งประชามติจะให้ผลไว้วางใจได้ดีพอสมควร การแสดงประชามติก็คือการแสดงความคิดเห็นนั่นเอง

ความคิดเห็นเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่เป็นลักษณะที่ไม่ลึกซึ้งเท่าทัศนคติ ความคิดเห็นมีความหมายแคบกว่าทัศนคติและความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ ความคิดเห็นของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามข้อเท็จจริงและทัศนคติของบุคคล บุคคลมีทัศนคติเช่นไร สามารถชักนำให้ผู้อื่นมีความเห็นด้วยตามทัศนคติของตนได้ไม่ว่าข้อเท็จจริงจะเป็นอย่างไร ทัศนคติจึงมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของบุคคลและการแสดงเหตุผลของบุคคลเป็นอันมาก และความคิดเห็นคือการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ (สุชา และสุรางค์ จันทน์เอม, 2524, หน้า 80) นักจิตวิทยาสังคมมักใช้คำว่า “ความคิดเห็น” ว่าหมายถึงทัศนคติ และให้คำจำกัดความว่า ความคิดเห็นคือการแสดงออกทางด้านคำพูด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติ ซึ่งซ่อนเร้นอยู่ (Thurstone, L.L., 1967, p. 115) สวงวน สุทธิเลิศอรุณ (2522) ให้ความหมายความคิดเห็นไว้ว่า “การแสดงออกซึ่งวิจารณ์ญาณที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ความคิดเห็นเห็นมีความหมายแคบกว่าเจตคติเพราะความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริงและเจตคติของบุคคล ความคิดเห็นเป็นการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยเฉพาะ” แต่ Oskamp (1991, p. 12) ให้ความหมาย “ความคิดเห็น” ว่ามีความหมายใกล้เคียงกับความเชื่อ มากกว่า ทัศนคติ ความคิดเห็นจะเป็นการตัดสินใจในเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งทัศนคติจะมีเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกร่วมต่อเหตุการณ์หรือสิ่งนั้นๆ ร่วมด้วย เช่น จันคิดว่ “หนังสือเล่มนี้น่าสนใจ” เป็นความคิดเห็นในขณะที่ “ฉันชอบหนังสือเล่มนี้” เป็นทัศนคติ ปราณี รามสูต (2528, หน้า 46) อธิบายว่า ความคิดเห็นหรือทัศนคติไม่ใช่สิ่งที่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดเนื่องจากการที่บุคคลได้ปะทะสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม

นั่นก็คือความคิดเห็นเกิดมาจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ ซึ่งเซคเคิร์ตและแบคแมน ได้กล่าวว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความคิดของบุคคลอาจเป็นสิ่งที่อยู่ห่างไกลตัวออกไปก็ได้ สรุปได้ว่า ความคิดเห็นของบุคคลเกิดจากการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก การศึกษาเล่าเรียน ประสบการณ์ครั้งแรก ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล วัฒนธรรมภายในสังคม แนวคิดหรือหลักในการดำรงชีวิต การถ่ายทอด จากบุคคลอื่น หรือจากสังคมที่บุคคลนั้นๆ เข้าไปเป็นสมาชิกอยู่ สื่อมวลชนต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และลักษณะส่วนตัวหรือบุคลิกภาพของผู้นั้น Morgan & King (1971, หน้า 516) อ้างใน สวาท ชลพล (2535, หน้า 9) บอกว่าการที่ผู้ใดจะออก ความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้า (face to face) ดีกว่าที่จะให้อ่านข้อความหรือเขียนข้อความ แสดงให้เห็นว่าในการถามความคิดเห็น การสัมภาษณ์หรือการสอบถามจะดีกว่าการตอบลงในแบบสอบถาม เพราะการตอบแบบสอบถามจะทำให้เสียเวลาในการอ่าน และเขียนข้อความทำให้ไม่ยากออก ความคิดเห็นได้ ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ทำการศึกษาจึงเลือกที่จะใช้แบบสัมภาษณ์ในการถาม ความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวฝาย อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากสถานการณ์ของประชาชนในเรื่องความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาจนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยมีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเองโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และมีครอบครัวไทยประมาณ ร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในการรักษาพยาบาลในคราวเจ็บป่วยหนัก (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544, หน้า 1) ระบบสวัสดิการและการรักษาและประกันสุขภาพต่างๆ มีความแตกต่างกันและซ้ำซ้อนกันอยู่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิประโยชน์และกลุ่มเป้าหมายผู้มีสิทธิ ค่าใช้จ่ายต่อหัวยังมีความเหลื่อมล้ำกันมาก การขาดหลักประกันสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อไม่เพียงปรารถนาทั้งต่อประชาชน สถานพยาบาล และระบบบริการในภาพรวม เป็นการเพิ่มทุกข์แก่ผู้ที่ประสบทุกข์อยู่แล้ว (อัมมาร สยามวาลา, 2544, หน้า 10) ดังนั้นการสร้างหลักประกันสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ประชาชนควรได้รับซึ่งหลักการในการสร้างหลักประกันสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวทางการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าหมายหลักคือเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดย

ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันและประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และควรมีสิทธิในการเลือกหน่วยบริการระดับต้นเองเพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัวสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ หน่วยบริการระดับต้นมีหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ หน่วยบริการระดับต้นและสถานพยาบาลอื่นให้บริการในลักษณะเครือข่าย ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลต้องเป็นแบบการจ่ายแบบปลายปิดและการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงานสิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 11-12)

2. หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง

2.2 ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการคุ้มครองการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหรือบุคคล

2.3 ระบบประกันสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกทำหน้าที่ให้บริการผสมผสาน กรณีที่เกินความสามารถให้หน่วยบริการระดับต้น ส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

2.4 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐ ด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน

2.5 สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนที่จะให้บริการจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality accreditation) โดยถือเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อเป็น

การสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

2.6 ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุม ค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล จะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

2.7 สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

2.8 ระบบประกันสุขภาพในอนาคตควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ก)

3. ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 หลักประกันสุขภาพในมุมมองของประชาชน หากหันมามองเรื่องประกันสุขภาพด้วยมุมมองของประชาชนผู้บริโภค การให้หลักประกันทางสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องของการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และต่อเนื่อง การให้หลักประกันทางสุขภาพเป็นความจำเป็นทางสังคมประการหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการทางสังคมของประเทศในการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในสังคม สอดคล้องกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ การใช้บริการทางสุขภาพไม่ควรเป็นเรื่องของการ “อนาถา” และไม่ใช่ว่าเรื่องทางธุรกิจที่เป็นการซื้อขาย แต่เป็นการที่ประชาชนมารับบริการอันพึงได้จากผู้ให้บริการทางสุขภาพ เป็นเรื่องของการแบ่งปันความสุขความทุกข์กันระหว่างสมาชิกในสังคม การส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง หลักประกันสุขภาพที่ดีจะกระตุ้นให้เกิดบริการทางสุขภาพที่บูรณาการสำหรับประชาชน ประกอบด้วยทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้เกิดเครือข่ายของการบริการที่ต่อเนื่อง สามารถให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั้งเชิงรุกที่บ้านและชุมชน ร่วมกับบริการเชิงรับในสถานพยาบาลในระดับที่เหมาะสมใกล้บ้านใกล้ใจ เอื้ออำนวยต่อการส่งต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี เพื่อไม่ให้ความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายส่งผลที่ไม่พึงปรารถนาต่อคุณภาพบริการ นอกจากนี้การมีหลักประกันสุขภาพช่วยลดเครื่องกีดกันทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยเฉพาะบริการรักษาพยาบาล กฎระเบียบหลายประการของการใช้การประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายระบบซ้ำซ้อนกันในปัจจุบัน ยังมีความยุ่งยาก

เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการของประชาชนที่ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยมากกว่า และรุนแรงกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากการคัดผ่อนไม่ไปรับการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ และการขาดแพทย์ที่จะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของสังคม การกระจายภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ในการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้านับเป็นการสร้างระบบและกลไกเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างสมาชิกของสังคม เป็นการกระจายภาระทางการคลังสาธารณสุขไปสู่กลุ่มคนต่างๆ ภายในประเทศอย่างกว้างขวาง แทนการที่ประชาชนแต่ละคนจะต้องแบกรับภาระทางการเงินจากปัญหาสุขภาพของตนเองทั้งหมด การกระจายภาระดังกล่าวอย่างเป็นระบบจะทำให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในระบบสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ที่มีมากจ่ายมาก ผู้ที่มีน้อยจ่ายน้อยตามความสามารถ ผู้ที่มีฐานะและมีโอกาสที่ดีกว่าในสังคมย่อมสมควรช่วยรับภาระของสังคมเป็นสัดส่วนมากกว่าผู้ด้อยโอกาส และระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีจะต้องเอื้อต่อการที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการและตรวจสอบว่าทรัพยากรต่างๆ ถูกใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของรัฐ บทบาทหน้าที่หลักประกันสุขภาพของประเทศ ประกอบด้วยการยกระดับสถานะทางสุขภาพ การตอบสนองความคาดหวังของประชาชน และการกระจายภาระอันเกิดจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ไปสู่คนกลุ่มต่างๆอย่างเป็นธรรม อันเท่ากับเป็นการให้ความคุ้มครองด้านหลักประกันทางสังคมทางหนึ่งแก่ประชาชนในประเทศ นอกจากนี้การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชน ประการหนึ่งที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ดังนั้นจึงเสมือนเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะให้หลักประกันทางสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้หมายความว่าเพียงแต่การประกันสุขภาพให้ความคุ้มครองทางการเงินเมื่อมีความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ควรเป็นหลักประกันที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้ากัน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเปิดโอกาสให้มีการจัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ช่วยลดปัญหาการอุดหนุนข้ามระบบตลอดจนการถ่ายเททรัพยากรไปใช้นอกวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การวางระบบที่ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน และมีฐานข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นมาตรฐานเดียวกันสนับสนุนทำให้สามารถติดตามต้นทุนและรูปแบบการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ง่ายและชัดเจนกว่าเดิม

3.3 หลักประกันสุขภาพในมุมมองของผู้ให้บริการ ระบบบริการทางสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรในการดำเนินการ การจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้บริการสามารถเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการได้ ลดปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน

หนี้เสียหรือค้างชำระอันเนื่องจากประชาชนขาดกำลังซื้อ หรือการไม่ได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่สัมพันธ์กับภาระงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินต่อผู้ให้บริการและระบบบริการทางสุขภาพในภาพรวม และมีผลกระทบต่อความยั่งยืน ของการบริการสุขภาพในที่สุด การมีหลักประกันสุขภาพส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านอื่นๆ ด้วยนอกเหนือจากการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ซึ่งหลายประเด็นมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การวางสิทธิประโยชน์ และความคุ้มครองต่างๆ ของการให้หลักประกันทางสุขภาพมีส่วนในการส่งสัญญาณแสดงถึงการให้ความสำคัญที่ระบบมีต่อวิธีการที่ประชาชนใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว เสมือนเป็นกลไกเกื้อหนุนให้สุขภาพอย่างหนึ่ง ทำให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้น เป็นการลดภาระของระบบบริการได้ในระยะยาว (อัมมาร สยามวาลา, 2544, หน้า 8 – 12)

4. ลักษณะที่พึงจะมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพหมายถึง “สิทธิของประชาชนไทยทุกคน(Entitlement) ที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธิดังกล่าว” ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึง มิใช่บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก หรือบริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า มิใช่บริการที่ต้องมีการร้องขอจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน จากเหตุที่ประชาชนในประเทศพึงมีหลักประกันสุขภาพดังที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ลักษณะที่พึงจะมีของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพื้นฐานเพื่อครอบคลุมการดูแลสุขภาพของบุคคล (Personal health care) อาจพิจารณาได้จากการอ้างอิงเป้าหมายเชิงสังคม (Social goal) ของการมีหลักประกันทางสุขภาพ และจากประเด็นด้านระบบและกลไกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5. ลักษณะที่พึงมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเป้าหมายเชิงสังคม

5.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรม (Equity) ในการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพไปสู่คนหมู่มากในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ในสังคมตามฐานะและความสามารถทางเศรษฐกิจตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียม(Equality) ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น (Essential health package) เพื่อต่อการจัดบริการอย่างมีบูรณาการและมีกรอบมาตรฐานเดียวกัน

5.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรอำนวยให้เกิด ประสิทธิภาพ (Efficiency) ในระบบสุขภาพเพื่อการทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) ที่การใช้ทรัพยากรจะตรงต่อความต้องการและสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนมากที่สุด กระตุ้นให้มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความคุ้มค่า

(Cost effectiveness) ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้านที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพทางเทคนิคในการให้บริการ ตลอดจนมีค่าบริหารจัดการไม่มากนัก

5.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเอื้อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ที่เหมาะสม อันนำไปสู่คุณภาพของการบริการที่ดี เป็นระบบที่ควรเปิดโอกาสให้มีบริการที่หลากหลายช่วยให้ประชาชนสามารถใช้สิทธิในการเลือก ไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และเพื่อให้มีการแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพ ไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และเพื่อให้มีการแข่งขันในด้านประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพของการบริการ มีการกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ จริยธรรมและแนวทางการดำเนินการของผู้ให้บริการที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบและกลไกในการป้องกันปัญหาการเลือกรับความเสี่ยง (Cream skimming) ตลอดจนเพิ่มอำนาจการต่อรองแก่ผู้ซื้อบริการ

5.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมุ่งสู่การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Promoting health for all) ไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมบริการทางสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองต่างๆ ตลอดจนระบบและกลไกในการจ่ายเงินและกำกับดูแลการจัดสรรทรัพยากรอย่างรอบคอบ

6. ลักษณะไม่พึงประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องหลีกเลี่ยง

6.1 การแบกรับความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ของกองทุน (Adverse selection) เนื่องจากพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บมาก หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดได้ใน 2 ระดับคือ 1) ระดับกองทุนประกันสุขภาพในกรณีที่มีกองทุนประกันหลายกองทุนให้เลือก ซึ่งกองทุนจะพยายามหลีกเลี่ยงภาระ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ และ 2) ระดับสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการ ในกรณีที่ต้องมีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ทำให้มีการปิดหรือชะลอการรักษาเพื่อให้หน่วยบริการอื่นเป็นผู้รับภาระไป

6.2 การใช้บริการเกินจำเป็น (Moral hazard) เป็นผลจากการที่ผู้ใช้บริการและ/หรือผู้ให้บริการไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการ ทำให้มีการใช้บริการเกินความจำเป็น มีผลให้มีการสูญเสียทรัพยากรไปโดยไม่เกิดประโยชน์

6.3 การให้ความคุ้มครองที่มีข้อจำกัด (First dollar vs. Last dollar) การสร้างหลักประกันสุขภาพควรมุ่งให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง และที่ใช้เงินเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นตัวที่ทำลายเศรษฐกิจของครัวเรือนและปัจเจก ขณะที่การคุ้มครองค่าใช้จ่ายในระดับต้นๆ สำหรับการรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ ควรมีความสำคัญน้อยกว่า ทั้งหมดนี้

อยู่บนเงื่อนไขที่ว่า การให้การคุ้มครองดังกล่าวกับทุกคนจะไม่กระทบกระเทือนสถานะทางการเงินและงบประมาณของทั้งระบบ

7. งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแหล่งที่มา

7.1 งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.4 บาท ต่อหัวประชากร ทั้งนี้แยกเป็นรายละเอียดดังนี้

7.1.1 งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี

- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาทต่อคนต่อปี

- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี

- ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาทต่อคนต่อปี

- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาทต่อคนต่อปี

7.1.2 งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี

7.1.3 งบลงทุน (10% ของ 7.1.1) 93.4 บาทต่อคนต่อปี

7.2 งบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่ที่จะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยงบประมาณสำหรับการ ลงทุน ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะบริหารโดยกองทุนที่ส่วนกลาง

7.3 งบประมาณสำหรับการบริหารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิด 10% ของ งบ 7.1 สำหรับประชา ชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ 46 ล้านคน จะเท่ากับ 5,531 ล้านบาทต่อปี จะเป็นงบสำหรับการ บริหารกองทุนในส่วนกลางและองค์กรบริหารกองทุนในระดับพื้นที่ (Area Purchaser Board-APB) และการเตรียมระบบเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมการพัฒนาบุคลากรด้วย)

7.4 จะมียกงบประมาณเพื่อสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพของระบบอีกในวงเงิน 10% หรือเท่ากับ 5,531ล้านบาท โดยจัดสรรเป็นงบกลางบริหารโดยคณะกรรมการงบดังกล่าวจะใช้เพื่อสนับสนุนการปรับตัวของสถานพยาบาลของรัฐในระยะเปลี่ยนผ่าน (ระยะ 2-3 ปี) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างพื้นที่และสถานพยาบาลต่าง ๆ

7.5 ในระยะผ่านให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบเป็นองค์กรหลักในการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการจัดตั้งขึ้นตามแนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.หรือ Area Health Board-AHB) ประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้บริโภค ผู้ทรงคุณวุฒิ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ให้

คำปรึกษา (Advisory Board) และตัดสินใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ก)

จากการศึกษาของวินัย ลีสมีทธิ และสุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2544) ศึกษาเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยการทบทวนองค์ความรู้เชิงทฤษฎีและประสบการณ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของบทบาทองค์กรท้องถิ่นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสรุปได้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการจัดสวัสดิการสังคมด้านสาธารณสุข การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเกิดขึ้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจอย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจถูกมองว่าเป็นกลวิธีที่สำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประสิทธิภาพ องค์ความรู้ที่ได้รับสามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยได้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ควรได้รับการสนับสนุนให้เป็นนโยบายระดับชาติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สร้างควรเป็นระบบการประกันภาคบังคับไม่ใช่การสมัครใจ เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมา เช่น การเลือกประกันคนเฉพาะผู้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Selection bias) เป็นต้น บทบาทขององค์กรท้องถิ่นในด้านสาธารณสุขควรมีการกำหนดให้ชัดเจน ทั้งด้านการจัดบริการและการคลังสาธารณสุข และบทบาทด้านสาธารณสุขควรได้รับความสำคัญไม่น้อยกว่าด้านอื่นๆ การจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบทีละขั้นเพื่อลดแรงต่อต้านจากทั้งภาครัฐและเอกชน สุดท้ายควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในส่วนขององค์ความรู้ที่ขาด โดยเฉพาะเชิงการบริหารจัดการอย่างน้อยควรมีองค์ความรู้ว่าองค์กรท้องถิ่นควรมีหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างไรในระบบที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ ดังนั้นการที่รัฐได้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพจึงเป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญภายในระบบสุขภาพของไทย ทั้งในด้านความครอบคลุม ความคุ้มครองแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน

ศูนย์สุขภาพชุมชน

1. ความหมายของศูนย์สุขภาพชุมชน

ความหมายของคำ “ระบบบริการปฐมภูมิ” “บริการด่านแรก” “เวชปฏิบัติครอบครัว” นั้นมีที่มา และการใช้ที่ต่างกันตามมิติมุมมองที่มอง ระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) เป็นการพิจารณาตามระดับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ บริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (General Practice / Family Practice) เป็นการพิจารณาจากเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการบริการ ส่วนบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) เป็นบริการเฉพาะทางสาขาต่างๆ (Specialized care) บริการที่โรงพยาบาล และสถาบันเฉพาะต่างๆ (Hospital care/ services) (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ข)

ตามคำประกาศอัลตา อัลตา ปี ค.ศ. 1978 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคำว่า Primary care คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน

Starfield (1993) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Co-ordinated care)

Tudor- Hart (1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิม คือมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการ โดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

Fry and Horder ให้ความเห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และยุติธรรม

2. หลักการในการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ

2.1 ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย

2.2 ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพบูรณาการ และมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อนต้องเอื้อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน โดยทั่วหน้า เอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2.3 ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการที่ผสมผสาน ดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการ การดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน

2.4 สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว

2.5 สร้างความร่วมมือในการให้บริการภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน

3. ลักษณะสำคัญของกระบวนการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี

3.1 เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ

3.2 เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชน อย่างต่อเนื่อง

3.3 เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

3.4 เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinated care) (คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 61-64)

4. หน้าที่/บทบาทของหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

4.1 เป็นที่ปรึกษา และช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างผสมผสาน หากไม่ต้องการยาในการรักษา ก็ควรแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หากต้องรักษาหรือต้องการยาในขอบเขตที่หน่วยดูแลได้ ก็ทำหน้าที่ให้บริการอย่างผสมผสาน ถ้าดูแลเองไม่ได้ หรือไม่ครอบคลุมก็ทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4.2 ให้การบริหารดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจ อย่างผสมผสาน เป็น เบื้องต้น

4.3 ให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมในระดับเบื้องต้น และส่งต่อในกรณี ที่มีปัญหาหนักหรือมีปัญหาเฉพาะ

4.4 ให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสนับสนุนการ ฟื้นตนเองด้านสุขภาพ

4.5 ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะ หน่วยบริการนี้อยู่ใกล้ชิด ใกล้บ้านไปใช้บริการได้สะดวก รวมทั้งมีพื้นที่ความเข้าใจสภาพพื้นฐาน ของชุมชน จึงน่าจะให้บริการที่สามารถประยุกต์ ปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็น อยู่ และการใช้ชีวิตจริงที่บ้านได้อย่างสอดคล้อง และปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง ประสานบริการกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน รวมทั้งส่งต่อไปรับบริการที่ หน่วยอื่นในระยะเวลา และสถานการณ์ที่เหมาะสม

5. แนวทางการจัดบริการพัฒนาเครือข่าย

5.1 เครือข่ายการให้บริการเพื่อครบวงจรทุกระดับ

5.2 เพื่อที่จะทำให้ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับ บริการที่มีคุณภาพและเกิดการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเครือข่ายการให้บริการ จะต้องมีความครอบคลุมการให้บริการถึง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ

5.3 ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มโรค ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่ม โรค

5.4 มีมาตรฐานของสถานบริการแต่ละระดับ

5.5 มีระบบส่งต่อทั้งการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลทั้งไปและกลับจากสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ

5.6 เครือข่ายอาจจะเป็นเครือข่ายที่รวมถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาล ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย หรือกระทรวงอื่น ตลอดจน โรงพยาบาลเอกชน

6. เครือข่ายการให้บริการปฐมภูมิ

เป็นการให้บริการที่มีลักษณะผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชนที่ไม่ใช่การบริการ รักษาแบบผู้ป่วยในและบริการที่ต้องการรักษาเชี่ยวชาญเฉพาะ

6.1 ลักษณะบริการเครือข่ายปฐมภูมิ เป็นเครือข่ายบริการที่สามารถดูแลตาม คุณลักษณะที่ดีของบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การบริการที่

6.1.1 ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุก

กลุ่มโรค ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ

6.1.2 ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

6.1.3 ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม

และตามความจำเป็นของผู้รับบริการ

6.1.4 สามารถส่งต่อและประสานเชื่อมต่อบริการอื่นๆ

6.2 คุณลักษณะที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำในการรับสัญญาบริการปฐมภูมิ คือ

6.2.1 ด้านที่ตั้ง และประชากร

(1) ประชากรรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ

(2) สถานที่ตั้งของหน่วยให้บริการ ต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชน

เดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

6.2.2 จิตความสามารถ

(1) มีการให้บริการที่ผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

(2) มีการตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำเองได้ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว (ตามเกณฑ์มาตรฐาน)

(3) มีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด)

6.2.3 ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ และพยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน

(1) มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 คน โดยที่มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน (อัตราส่วนนี้เป็นเฉพาะระยะแรก ในอนาคตควรพัฒนาให้มีบุคลากรในอัตราส่วน 1: ประชากร 900 คน) และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75

(2) ในระยะแรก ให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื่องเต็มเวลา ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 10,000 ในระยะแรก แต่ในอนาคตควรพัฒนาให้มีแพทย์มากขึ้นในอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 3,000 คน

(3) ในพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ 3.1

รวมเป็นอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 1,000 ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ รวมทั้งหมด ไม่เกิน 1:20,000 คน

(4) มีทันตแพทย์ ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มี ทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:20,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1: 40,000 คน

7. ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อ

7.1 ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ (เช่น ระบบนัดหมายการติดตามจัดระบบข้อมูล)

7.2 ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว (เช่น ประชาชนได้รับการภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมาถึงสถานพยาบาล)

7.3 ให้มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

7.4 ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการ ได้อย่างสม่ำเสมอ

7.5 มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

8. ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่

8.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ (Sterile system)

8.2 มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง ในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

8.3 มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

8.4 ระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อ กับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการ และด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

9. ลักษณะบริการที่ให้แก่ประชาชน

9.1 การให้บริการเป็นบริการผสมผสาน ที่ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ คือ ด้านการรักษาพยาบาลทั้งที่เป็นโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานการให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็น การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

9.2 บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ทุกกลุ่มอายุทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน

9.3 การให้บริการเชิงรุก ได้แก่ การดำเนินงานต่างๆ เพื่อ

9.3.1 สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชน ให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

9.3.2 ให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดูแลความ ครอบคลุมของงานต่างๆในด้านส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสภาพในชุมชน

9.3.3 ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

9.3.4 ร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆในการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนิน การแก้ปัญหาสุขภาพ

10. ลักษณะการจัดการเครือข่าย

การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา นั้นอาจมีการจัด ได้เป็น 3 ลักษณะคือ

10.1 เป็นสถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน

10.2 เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีหน่วยบริการคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการ ให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในการบริการบาง ประเภทภายในพื้นที่บริการหลัก

10.3 เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลเช่นเดียวกับข้อที่ 10.2 แต่เครือข่ายหน่วยบริการย่อย ตั้งอยู่ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่หลัก ทั้งนี้ต้องให้บริการได้ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

11. ลักษณะการจัดบริการดูแลสุขภาพประชาชน จะมีการดูแลเพื่อที่จะให้เกิดการดูแล ประชาชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน ตลอดจนดูแลด้วยคุณลักษณะที่ดี คือองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน การจัดบริการที่ดีควรจะเป็นดังต่อไปนี้

11.1 ในชุมชน ควรจะมีการจัดเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัวให้กับประชาชนทุกคน โดยอาจจัดเป็น Polyvalent team รับผิดชอบประชาชนกลุ่มหนึ่งหรืออาจจัดให้เจ้าหน้าที่ประจำ 2-3 คน ดูแลประชาชนกลุ่มหนึ่ง ในอัตราส่วนที่เหมาะสม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอาจจะเป็น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คนดูแลประชาชน 1,000-1,500 คน โดยจัดการดูแลในชุมชน ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถตรวจสอบได้ เช่น การเยี่ยมครอบครัวทุกหลังคาเรือน การเยี่ยมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การเป็นที่ปรึกษา ทั้งในด้านการให้ความรู้สุขภาพ การดูแลตนเอง และการทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลประชาชนให้เกิดความครอบคลุม ที่ดีตามเกณฑ์ในงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

11.2 ในสถานพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิมายังถึงหน่วยงานที่ควรจะมีงานต่อไปนี้

11.2.1 บริการทางการแพทย์พื้นฐาน

(1) บริการที่ผสมผสาน การรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ รักษาโรคพื้นฐาน ให้บริการวัคซีน การบริการอนามัยแม่และเด็ก

(2) บริการที่ดูแลสุขภาพทั้งคน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และที่เกี่ยวข้องกับสังคม

11.2.2 บริการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคพื้นฐานในระดับบุคคล ครอบครัว (งานสุขภาพเป็นบทบาทขององค์กรท้องถิ่นหรือของชุมชน งาน primary prevention จะเป็นบทบาทขององค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานบริหารสาธารณสุข)

(1) มีความรับผิดชอบร่วมกับประชาชนในด้านสุขภาพขั้นต่ำคือ รับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ที่ประชาชนพึ่งตนเองไม่ได้ (การรักษาพื้นฐาน, โรคเรื้อรัง, ให้วัคซีน)

(2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในระดับบุคคล และครอบครัว

(3) การปรับสิ่งแวดล้อมระดับบุคคล และครอบครัว

(4) ติดตามรู้ ความครอบคลุมบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้อย่างทันการณ์ ตามเวลาที่เหมาะสม

(5) เป็นหน่วยเชื่อมต่อระหว่างประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ อย่างน้อยควรช่วยเป็นตัวแทนให้ประชาชนที่เชื่อมต่อบริการ

12. การลงทะเบียน

12.1 เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพที่ดีในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นควรให้ประชาชนลงทะเบียนที่เครือข่ายสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีขนาดประชาชนที่รับผิดชอบที่เหมาะสม เพื่อให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลประจำตัว หรือประจำครอบครัว โดยที่ รพ.ขนาดใหญ่ หากดำเนินการให้เกิดการบริการปฐมภูมิต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัวและจัดให้มีหน่วยสถานพยาบาลในลักษณะบริการปฐมภูมิ

12.2 การลงทะเบียนอาจจัดให้มีการเลือกตามความพอใจของประชาชน ภายใต้หลักเกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมโดยเลือกสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวได้ 2 แห่ง ได้แก่ สถานพยาบาลประจำครอบครัวหลัก ที่มีแพทย์ และสถานพยาบาลประจำครอบครัวรองที่อยู่ใกล้บ้าน โดยสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลักและสถานพยาบาลครอบครัวรองที่อยู่ใกล้บ้าน อยู่ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเดียวกัน (กองทุนสุขภาพเดียวกัน)

12.3 การลงทะเบียน ควรจัดให้สอดคล้องกับสภาพภูมิศาสตร์และการเดินทางที่

เหมาะสม อาจจะมีการเลือกข้ามหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ หรือจังหวัดใกล้เคียงได้ ตามความพอใจ และ ความสะดวกของประชาชน ภายใต้เงื่อนไขมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิ

12.4 การลงทะเบียนอาจจะเลือกลงทะเบียนกับภาครัฐหรือภาคเอกชนได้ ภายใต้เงื่อนไขมาตรฐานการจัดบริการปฐมภูมิ

13. มาตรฐานการจัดบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

13.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน

13.2 มีระบบการพัฒนาคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกันสุขภาพกำหนด

13.3 มีการจัดระบบข้อมูลเพื่อการบริหารภายในสถานพยาบาลและเพื่อการส่งต่อไปยัง สถานพยาบาลอื่นที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์มาตรฐาน

14. ระบบการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล สถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมในเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐในสังกัดต่างๆ และเอกชนจะต้องยื่นแสดงความจำนงพร้อมข้อมูลพื้นฐานต่อหน่วยประกันสุขภาพระดับพื้นที่ว่าต้องการร่วมให้บริการระดับใด และหน่วยประกันสุขภาพระดับพื้นที่ จะต้องทำหน้าที่ออกตรวจสถานพยาบาลนั้นๆ ว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ และในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จะสามารถรับลงทะเบียนประชากรได้สูงสุดเท่าไร และเมื่อสถานพยาบาลนั้นผ่านการรับรองแล้ว จึงจะมีการทำสัญญาร่วมให้บริการกับหน่วยประกันระดับพื้นที่ และจะระบุให้สถานพยาบาลนั้น เป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนได้

15. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

15.1 ส่วนที่เป็นบริการปฐมภูมิ

15.1.1 คลินิกเอกชน หรือ โรงพยาบาลเอกชนที่จะเข้ามาร่วมเป็นหน่วยรับสัญญาหลักในการให้บริการปฐมภูมิ ต้องมีแพทย์ และบุคลากรที่ให้บริการเต็มเวลาตามเกณฑ์ข้างต้น และมีการจัดบริการได้ตามลักษณะบริการที่กำหนด หากทำหน้าที่ไม่ได้ตามที่กำหนด อาจเข้าร่วมโดยเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการ (Sub-contractor) ที่มีสถานพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยรับสัญญาหลัก

15.1.2 พื้นที่ให้บริการในส่วนที่เป็นบริการปฐมภูมิของภาคเอกชนในระยะแรก ควรครอบคลุมเฉพาะในอำเภอที่ตั้งของสถานพยาบาลนั้น และพื้นที่อำเภอใกล้เคียง ภายใต้การตกลงกับหน่วยประกันสุขภาพระดับพื้นที่

15.1.3 ต้องผ่านการตรวจรับรองขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จากหน่วยประกันสุขภาพระดับพื้นที่ก่อน โดยใช้มาตรฐานขั้นต่ำของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ซึ่งมีใช้มาตรฐาน HA)

15.1.4 ร้านยา สามารถขอเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการย่อยภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้ แต่ทั้งนี้ให้ตกลงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคู่สัญญา

15.2 ส่วนที่เป็นบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

15.2.1 โรงพยาบาลเอกชนสามารถขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ ทั้งนี้ต้องมีความสามารถและคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของโรงพยาบาล

16. ภาพรวมของการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจจะมีการจัดเครือข่ายบริการในหลายลักษณะ เช่น

16.1 เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีเฉพาะบริการปฐมภูมิ และสามารถเชื่อมต่อกับบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิได้โดยอิสระ แต่ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานกลางกำหนด

16.2 เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เป็นเครือข่ายที่มีบริการทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิร่วมกัน โดยที่บริการแต่ละระดับต้องเป็นไปตามมาตรฐานกลาง และเครือข่ายนั้นไม่ควรใหญ่เกินไป

16.3 เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นเครือข่ายที่มีบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิโดยที่บริการแต่ละระดับเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานกลาง และเครือข่ายนั้นไม่ควรใหญ่เกินไป

17. เงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายบริการ

17.1 ความสามารถของหน่วยประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในการรับรองสถานพยาบาลที่ได้ มาตรฐานและการมีระบบติดตามกำกับคุณภาพการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งเป็นความสามารถใหม่ที่หน่วยงานรัฐปัจจุบันไม่มีการเตรียมพัฒนามาก่อน

17.2 ความเป็นกลางในการติดตามกำกับคุณภาพของหน่วยงานประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และการรับรู้ข้อมูล การเท่าทันสถานการณ์ของประชาชนในพื้นที่ตลอดจนการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน

17.3 ความสามารถในการบริหารจัดการ และทัศนคติของผู้ที่เป็นผู้บริหารเครือข่ายบริการ แต่ละระดับที่มองผลประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวตั้งมากกว่าการอยู่รอดของหน่วยงานรวมทั้งความเข้าใจในหลักการบริหารระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนความเข้าใจเห็นความสำคัญในการสร้างสุขภาพและการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านให้มีศักยภาพการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

17.4 ความสามารถ และการพัฒนาเทคโนโลยีในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ที่เป็นงานเชิงรุก ซึ่งเป็นจุดอ่อนสำคัญของผู้ให้บริการ โดยรวม หากการพัฒนาส่วนนี้เป็นไปได้ช้า และไม่มีการพัฒนาคนในด้านนี้ได้ อย่างทันการณ์ จะทำให้การบริการในระบบ

ประกันสุขภาพเน้นหนักไปที่การรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

18. ระบบและเงื่อนไขพื้นฐานที่ต้องดำเนินการไม่ว่าจะจัดสรรเงินด้วยวิธีใด

18.1 มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่บันทึกรายละเอียดการบริการทั้งในระดับปฐมภูมิและผู้ป่วยใน และข้อมูลทั้งสองส่วนนี้สถานพยาบาลคู่สัญญาต้องส่งให้กับหน่วยประกันสุขภาพจังหวัด เพื่อใช้ประกอบในการกำกับคุณภาพ และการปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมในอนาคต

18.2 มีระบบการติดตามกำกับการบริหารจัดการ และคุณภาพบริการของเครือข่ายสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาอย่างจริงจัง

18.3 มีการกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล และขีดความสามารถของสถานพยาบาลแต่ละระดับที่ชัดเจน และให้สถานพยาบาลพัฒนาศักยภาพให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ประกอบในการควบคุม ตรวจสอบคุณภาพบริการ ป้องกันการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม และการกักผู้ป่วยโดยไม่ส่งต่อ

18.4 มีระบบการรับเรื่องราวร้องทุกข์ของผู้รับบริการ และการจัดการเมื่อมีการร้องเรียนการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถทางการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในหน่วยบริหาร และจัดหาบริการสุขภาพระดับพื้นที่ และการเตรียมความพร้อมของหน่วย/เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ข)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการให้บริการภายใต้โครงการนี้ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาวิจัย แต่มีงานวิจัยที่สำรวจการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนโดย สำนักวิจัย เอเบค- เคเอสซี อินเทอร์เน็ต โพลล์ (2543) ได้ทำการสำรวจในประชากรเป้าหมายหัวหน้าครัวเรือนทั่วประเทศในปี 2543 ในเรื่อง หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82 มีความเชื่อว่า หากรัฐบาลไม่จัดการกับปัญหาค่ารักษาพยาบาลทั้งระบบแล้ว แพทย์และโรงพยาบาลจำนวนมากจะยังนิยมให้บริการแก่คนที่มีฐานะดีมากกว่าคนทั่วไป ในขณะที่ ร้อยละ 74 ไม่เชื่อว่าหากรัฐบาลไม่จัดการกับปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่แพงทั้งระบบแล้ว คนจน คนรวยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 2,552 คน พบว่า ผู้ประกันตนมีเหตุผลของการไม่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main contractor) คือการเดินทางไม่สะดวก และรองลงมาคือไม่

พอใจในบริการของโรงพยาบาล

ในด้านความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการจากสถานพยาบาลมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องคือจากการศึกษาความคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยประกันสังคมต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ อำนวย ดีสีปาน (2539) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 190 คน จากบริษัทนิคมพานิช จำกัด และบริษัทชานินทร์ เอลน่า ให้ความคิดเห็นว่า การให้บริการอยู่ในขั้นดี แต่มีปัญหาเรื่อง เจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพ ให้ความสนใจผู้ป่วยน้อย ไม่ให้คำแนะนำ ให้บริการช้า สถานที่คับแคบ แพทย์ตรวจไม่ละเอียดและไม่บอกชัดว่าเป็นโรคอะไร และจากการศึกษาเรื่องการประกันสุขภาพในทัศนะของผู้ใช้บริการ : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ใน จังหวัดกำแพงเพชร ของ วิรัตน์ สายทอง (2539) เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์ต่อการให้บริการบัตรประกันสุขภาพ โดยความสนใจในการใช้บริการ และแนวทางการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าสู่ระบบบริการ ในการเป็นสมาชิกโครงการบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 40 มีความรู้เกี่ยวกับโครงการการประกันสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 72.5 มีความเห็นว่าเป็นเหมาะสมในการมีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 94.8 มีความพึงพอใจในการใช้บริการใน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล 82.3 และ 81.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประกันสุขภาพคือ การมีเงินเหลือเก็บ และโอกาสในการเจ็บป่วยและลักษณะการเจ็บป่วย ส่วนในเรื่องปัญหาอุปสรรค พบว่า มีปัญหาเรื่องระบบบริการไม่สามารถให้บริการได้ทั่วไป มีการกำหนดสถานบริการ และจากการศึกษาของ สุพิตรา ศรีวิเศษชากร (2541) ศึกษาพฤติกรรมประชากร ประสบการณ์ และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา และ ความคิดเห็นต่อบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเขตเมืองนครศรีอยุธยา โดยศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรที่อยู่ในเขตเมืองของจังหวัดอยุธยาและเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการใช้บริการกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรที่ไม่ได้อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ โดยปัจจัยด้านประชากรที่ใช้เลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ระยะห่างระหว่างบ้านกับสถานบริการ และการลงทะเบียนกับศูนย์แพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีทั้งหมด 704 ครัวเรือน คิดเป็น 1,794 คน จากการศึกษาพบว่า 61.7 % ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปเป็นสมาชิกประกันสุขภาพโครงการใดโครงการหนึ่ง ประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำส่วนใหญ่เป็นสมาชิกโครงการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการศึกษาตนเอง เป็นพฤติกรรมปรกติหากมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย สำหรับผู้ที่เลือกรับบริการที่ศูนย์แพทย์ให้เหตุผลว่ามีความสะดวกในการเดินทาง การเลือกรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าต้องการรับบริการเฉพาะทาง สองในสามของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นการไปรับบริการจากภาคเอกชน การเจ็บป่วยที่พบสูงสุดจากการไปรับการรักษาที่ศูนย์แพทย์คือ โรคเรื้อรัง ผู้รับบริการที่ศูนย์แพทย์มีความพึงพอใจต่อการพูดคุยของผู้รับบริการและ

ความเป็นกันเองของแพทย์ในด้านการให้บริการ หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น 26.2% ตอบว่าต้องการไปรับบริการจากศูนย์แพทย์ เหตุผลในการเลือกเรียงลำดับดังนี้ คือความรวดเร็ว สะดวกสบาย การสื่อสารที่ดี ราคาไม่แพง และหมอก่อน การศึกษานี้เสนอแนะว่าศูนย์แพทย์ควรทำงานร่วมกับสถานบริการรัฐและเอกชนเพื่อให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิได้ครบถ้วน และเสนอแนะให้มีการศึกษาพฤติกรรมจากหลายๆ สถานบริการเพื่อทราบถึงพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในทุกระดับของงานบริการ

จากการศึกษาของ วิจิตร ระวิวังศ์ (2543) ศึกษาถึงลักษณะปัญหาการรับบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในจังหวัด สมุทรปราการ เชียงใหม่ ปัตตานี และศรีสะเกษ โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ 5 ระบบ ระบบละ 400 ราย รวม 2,400 ราย และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจัดกลุ่มเสวนา 9 กลุ่ม และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริการสุขภาพและผู้บริหารระดับสูง 9 ท่าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการในทุกระบบประกันประสบปัญหาเมื่อไปรับบริการเป็นต้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย และไม่ให้อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยาก มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค ผู้รับบริการทุกระบบมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล ถ้าไปรับการรักษาโดยไม่แสดงบัตรก็เหมือนกับไม่มีหลักประกันสุขภาพ ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเดือดร้อนเพราะค่าใช้จ่ายสูงเกินความสามารถในการจ่าย และปัญหาด้านการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการเกิดจากเจ้าหน้าที่ออกบัตรไม่ได้อธิบายให้เข้าใจสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบประกัน สถานบริการมีความลำเอียงในการให้บริการ น้อยเกินไปในการให้บริการสำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกได้น้อย และมากเกินไปสำหรับผู้สิทธิบางระบบที่เบิกได้มาก หรือปฏิเสธผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาเนื่องจากปัญหาในการเบิกเงินระหว่างสถานบริการ ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนหนึ่งมีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถจ่ายได้เลยหรือจ่ายได้เพียงบางส่วน แบบแผนการใช้บริการของประชาชนกลุ่มนี้ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเริ่มเจ็บป่วยจะไปซื้อยากินเองหรือไปคลินิกแพทย์ การใช้บริการโรงพยาบาลจะน้อยกว่าประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไขในภาพรวมการซ้ำซ้อนของสิทธิและการขาดความต่อเนื่องของการมีสิทธิในหลักประกันทำให้เกิดปัญหากับผู้รับบริการ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ทำการศึกษาจึงอาศัยแนวคิดของหลักการดำเนินการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และศูนย์สุขภาพ

ชุมชนดังกล่าวเป็นแนวทางในการศึกษาความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวฝาย
อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University