

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน

ความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

๑. ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกสำคัญในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป^๑ ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและปฏิรูประบบสุขภาพ^๒ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกมาร่วม ๓๐ ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๘ หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศและในประเทศไทยสนับสนุนว่า ระบบบริการปฐมภูมิมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข^๓

๒. ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศมิใช่บริการที่จัดเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน นอกจากนี้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลที่บูรณาการและต่อเนื่อง โดยที่ระบบบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการในลักษณะดังกล่าวได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังได้เพิ่มอุปสงค์ต่อบริการสาธารณสุขมากขึ้นจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

๓. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๖ ข้อ ๔๔ ได้กำหนดเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ “ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่พึ่งหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพมากขึ้น”

^๑ Starfield B, Shi L, and Macinko J (2005) Contribution of Primary Care to health systems and health. The Milbank Quarterly 83(3): 457-502

^๒ McDonald, J. and Hare, L. (2004) Literature review: the contribution of primary and community health services. The Center for Health Equity, Training, Research & Evaluation Centers for Primary Care & Equity, UNSW. Retrieved from [http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/\\$file/McDonald_J_\(2004\)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf](http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/$file/McDonald_J_(2004)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf)

^๓ WHO (2008) The World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, World Health Organization

สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิปัจจุบัน

๔. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการที่ให้บริการด้านแรกแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน ทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการเชิงรุกที่บ้านและในชุมชน มีบทบาทรับผิดชอบดูแลประชากรในขอบเขตพื้นที่หรือประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการอย่างชัดเจนต่อเนื่อง

๕. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาล คลินิกเอกชนหรือคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่มีการขยายบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยชื่อที่เรียกมีความแตกต่างกันตามสังกัดของหน่วยงาน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ ๙๘) และดูแลรับผิดชอบประชาชนในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ ๙๑)^๔

๖. หน่วยบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก คือ สถานีอนามัย ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีการจัดตั้งและเพิ่มจำนวนสถานีอนามัยซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มาโดยตลอดในช่วงเวลาเกือบ ๓๐ ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันมีสถานีอนามัยให้บริการในทุกตำบลทั่วประเทศ และบางตำบลมีมากกว่า ๑ แห่ง โดยมีจำนวนรวมทั้งหมด ๙,๗๖๒ แห่ง^๕ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มจำนวนของสถานีอนามัยในระยะหลังปี ๒๕๔๔ น้อยลงมาก รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก ในขณะที่จำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยต่อประชากรลดลง ทั้งนี้ ในช่วงทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยระหว่างปี ๒๕๓๕-๒๕๔๔ ส่วนใหญ่รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข เน้นการลงทุนเพิ่มเติมในด้านโครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ แต่มีการพัฒนาในด้านกำลังคนค่อนข้างน้อย ไม่สอดคล้องกับการพัฒนาด้านโครงสร้าง

๗. ในระยะที่เริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการปฐมภูมิถูกกำหนดให้เป็นหน่วยบริการประจำและได้รับความสำคัญมากขึ้น มีการพัฒนาในลักษณะหลากหลายรูปแบบมากขึ้น ภาคเอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังเป็นเพียงระยะเริ่มต้นที่ดำเนินการได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมิมีต้นทุนด้านบุคลากร และองค์ความรู้ที่จำกัด ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยาวนานอย่างเพียงพอ

๘. งบประมาณเพื่อการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นงบประมาณที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณร้อยละ ๗๖ ของงบดำเนินการทั้งหมด เป็นงบประมาณตรงจากกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ ๖.๕^{๖,๗} โดยเงินงบประมาณแผ่นดินที่รับมาเพื่อเป็นเงินเดือนคิดเป็นร้อยละ ๖๙ ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด งบประมาณของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. เป็นงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยนอก ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลหลัก และการบริหารจัดการนี้มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิขาด

^๔ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

^๕ กระทรวงสาธารณสุข สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ(บรรณาธิการ) (๒๕๕๐) Thailand Health Profile 2005-2007

^๖ สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (๒๕๕๒) รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา)

^๗ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (๒๕๕๒) รายงานสถานการณ์การคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา)

การมีส่วนร่วมและไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการจัดการงบประมาณ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการวางแผนการดำเนินงานระยะยาว อีกทั้งงบประมาณที่จัดสรรไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนค่อนข้างน้อยคือเฉลี่ยปีละ ๑๕๐ บาทต่อหัวประชากร (ไม่รวมเงินเดือน)^๔

๙. บุคลากรเพื่อให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นน้อยมาก โดยเฉลี่ยมี ๒.๘ คนต่อแห่ง (รายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) งบประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑ คน ต่อประชากร ๑,๒๕๐ คน) มีพยาบาลวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานประมาณครึ่งหนึ่ง และมีแพทย์ร่วมให้บริการเพียงร้อยละ ๒ ในขณะที่ภาระงานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สู่ระดับสถานีนามัยและสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขณะเดียวกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมาก ทำให้เพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการเอง นอกจากนี้การเติบโตและการขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการกำหนดตำแหน่งสายงานด้านสาธารณสุขที่มีความก้าวหน้ามากกว่าเมื่อเทียบกับกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้บุคลากรที่มีคุณภาพและประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนไม่น้อยขยับย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรมีความรุนแรงยิ่งขึ้น^๕

๑๐. การใช้บริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบว่าตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ระดับสถานีนามัยเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ ๔๘ ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่รับบริการทั้งหมด แต่ต่อมาสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนามัยลดลงเล็กน้อย เมื่อเทียบสัดส่วนของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีนามัยในปี ๒๕๔๙ เท่ากับ ๒๐.๑, ๓๘.๘ และ ๔๑.๑ ตามลำดับ^๖ อย่างไรก็ตาม ประชาชนโดยส่วนใหญ่ยังให้ความนิยมในการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนามัยมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนามัยซึ่งสูงมากกว่า ในขณะที่เดียวกัน การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ก่อให้เกิดผลกระทบกับคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลและมีแนวโน้มการฟ้องร้องขัดแย้งในการรับบริการเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้การบริการเพียงเฉพาะที่โรงพยาบาลไม่เพียงพอสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิดและมีคุณภาพได้ หากไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพกระจายอยู่ในพื้นที่อย่างเพียงพอ และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๑๑. การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellence center) ที่ผ่านมา เน้นการพัฒนาที่หน่วยบริการตติยภูมิขั้นสูงที่กระจุกตัวในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่เป็นหลัก ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

^๔ พินิจ ฟ้าอำนวยผล (๒๕๕๑) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เอกสารอัดสำเนา)

^๕ นงลักษณ์ พะโกยะ เอกชัย ด้านชาญชัย ยลฤดี ตันทสิทธิ์ พูนทรัพย์ โพนสิงห์ (๒๕๕๐) รายงานการวิจัยการดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา)

^๖ กระทรวงสาธารณสุข สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ(บรรณาธิการ) (๒๕๕๒) Thailand Health Profile 2005-2007

ของผู้ป่วย ขณะเดียวกันประสิทธิผลของการลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคสำคัญ เช่น อัตราตายจากโรคมะเร็งมิได้ลดลงจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะลุกลามของโรคแล้ว เนื่องจากมิได้พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและครบวงจร รวมทั้งระบบการคัดกรองโรคและการส่งต่อซึ่งเป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ได้ได้รับการพัฒนาร่วมด้วยในโครงการดังกล่าว^{๑๑}

๑๒. พระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้ระบุให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปเพียงจำนวน ๒๖ แห่ง และยังไม่มีการกำหนดแนวทางเพื่อตอบสนองต่อเรื่องนี้อย่างชัดเจน แม้ว่าจะมีการประเมินโดยเบื้องต้นว่า การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะไม่มีผลกระทบในเชิงลบต่อการปฏิบัติงานของสถานีอนามัยและสถานะทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

๑๓. แม้ว่าได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคีอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการในการบริหารยุทธศาสตร์ ซึ่ง สปสช. ได้นำกรอบยุทธศาสตร์นี้ไปประกอบในการจัดทำแผนงาน แต่การดำเนินงานในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขยังขาดความชัดเจน เนื่องจากยังไม่มีแผนงบประมาณที่รองรับแผนยุทธศาสตร์นี้ และแผนนี้ยังมิได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี เพื่อรับรองกรอบงบประมาณในการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

๑๔. สปสช. ได้มีการจัดงบประมาณการลงทุนที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ปีละประมาณ ๑,๐๐๐ ล้านบาท แต่การใช้เงินงบประมาณนี้ก็มีข้อจำกัดที่ถูกระบุให้ลงทุนในด้านที่เป็นโครงสร้างอาคารสถานที่และครุภัณฑ์อุปกรณ์ ไม่สามารถนำไปลงทุนทางด้านกำลังคนอย่างเต็มที่ทั้งที่เป็นส่วนขาดที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ และ สปสช. เองก็ถูกกำหนดให้มีบทบาทในการพัฒนาหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จำกัด ทั้งที่ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นทางเลือกของการจัดบริการที่เพียงพอนอกจากนี้แม้ว่ารัฐบาลที่นำโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จะมีความพยายามทุ่มเทงบประมาณจำนวนมากถึงกว่า ๘ หมื่นล้านบาท เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยภายใต้ “แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕” แต่งบประมาณส่วนใหญ่ยังเป็นไปเพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อระบบบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่า โดยมีงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากรเพียงประมาณ ๑,๐๔๐ ล้านบาท ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าวยังค่อนข้างขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบราชการที่ไม่คล่องตัว

ประเด็นปัญหา

๑๕. การบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เป็นเอกภาพ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อจำกัด

๑๕.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่งบประมาณเพื่อการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นงบประมาณจาก สปสช. ที่จัดสรรผ่านเครือข่ายบริการ

^{๑๑} สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วีระศักดิ์ พุทธาศรี เพ็ญแข ลากยั้ง และ แพรว จิตตินันท์ (๒๕๕๑) รายงานผลการประเมินการพัฒนา ระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ปฐมภูมิที่เป็นโรงพยาบาล และแผนการกระจายอำนาจกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัย ให้ไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทั้งหมดนี้ต่างมีผลกระทบต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในอนาคต เนื่องจากขาดการประสานแผนที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกภาพ

๑๕.๒ การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. ในด้านงบประมาณเพื่อการจัดบริการและการลงทุนตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ยังขาดการประสานและการบริหารจัดการโดยเครือข่ายหน่วยบริการในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

๑๖. งบประมาณเพื่อการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เท่าเทียม ไม่เพียงพอและไม่คล่องตัว

๑๖.๑ การลงทุนจากภาครัฐเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไม่ต่อเนื่อง และไม่ใช่ออกภาพ

๑๖.๒ การเพิ่มขึ้นของงบประมาณเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิน้อยกว่างบประมาณที่สนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีอัตราการเพิ่มสูงสุดเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๒๕ ต่อปีระหว่างปี ๒๕๔๖-๒๕๕๑ ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ ๓ และร้อยละ ๘ ต่อปีตามลำดับ นอกจากนี้ แนวทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการปฐมภูมิที่ไม่ชัดเจน โดยรวมไปกับการจัดบริการของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ขึ้นอยู่กับการจัดการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง

๑๖.๓ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปีแต่แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังไม่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการตามแผน

๑๖.๔ งบประมาณตาม “แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕” ยังเป็นไปเพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อระบบบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่า โดยมีงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากรเพียงประมาณ ร้อยละ ๑ ของงบประมาณทั้งหมด ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าวยังคงค่อนข้างขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นระบบราชการที่ขาดความคล่องตัว และขาดความชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

๑๗. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความขาดแคลนที่เรื้อรัง

๑๗.๑ บุคลากรเพื่อระบบบริการปฐมภูมิยังมีไม่เพียงพอ ทั้งในด้านจำนวนของบุคลากรพื้นฐาน และประเภทของบุคลากรเฉพาะบางประเภทที่มีสอดคล้องกับแนวโน้มของปัญหา เช่น กลุ่มที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (health educator) และกลุ่มที่ดูแลสุขภาพของชุมชน (community and population health) ยังมีความขาดแคลน

๑๗.๒ ปัญหาสำคัญที่ทำให้บุคลากรไม่เพิ่มขึ้น เนื่องจาก นโยบายและแนวทางการจัดสรรบุคลากรไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีตำแหน่งข้าราชการสำหรับบรรจุเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ และไม่มีทางเลือกแนวทางในการจ้างงานแบบใหม่ที่จูงใจให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการประเภทนี้อย่างต่อเนื่อง

๑๗.๓ ปัญหาการขาดความก้าวหน้าในสายงาน เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานจบจากหลักสูตร ๒ ปีที่ผลิตโดยกระทรวงสาธารณสุข เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทันตภิบาล เป็นต้น ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีข้อจำกัดในความก้าวหน้าในสายอาชีพ ส่งผลให้บุคลากรจำนวนมากปรับเปลี่ยนไปยังสายงานที่มีความเติบโตมากกว่า โดยเฉพาะสายงานที่มีกรอบอัตราตำแหน่งอยู่ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑๘. รูปแบบการจัดการบริการยังจำกัด ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ไม่เต็มที่

๑๘.๑ มีการพัฒนารูปแบบและยกระดับคุณภาพการจัดบริการปฐมภูมิในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตชนบท ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเมือง เครือข่ายบริหารจัดการบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ การพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาล รวมทั้งคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมของกระบวนการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ แต่การสนับสนุนโดย สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขยังขาดความต่อเนื่องและเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนบ่อย ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขยังคงเน้นการพัฒนาตามโครงการ และดำเนินการเหมือนกันทั่วประเทศ

๑๘.๒ มีการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อยกระดับคุณภาพบริการของสถานีนอมาลัย โดยรัฐบาล แต่การดำเนินงานยังเน้นไปที่การพัฒนาส่วนที่เป็นโครงสร้างและสิ่งก่อสร้างอย่างรวดเร็ว แต่แผนการพัฒนาในด้านกำลังคน และการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในระดับตำบลยังขาดความชัดเจน

๑๘.๓ การจัดบริการสาธารณสุขเชิงรุก ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ยังไม่สามารถทำให้เป็นรูปธรรมที่มีประสิทธิผลชัดเจน การมุ่งใช้นโยบายประชานิยมซึ่งเน้นการให้บริการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หวังพึ่งพาแต่ระบบประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ให้บริการ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถในดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

๑๘.๔ ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกันโดยเฉพาะกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ และประชาชนชายขอบ

๑๙. การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ยังน้อย

๑๙.๑ การจัดการเพื่อการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความไม่ชัดเจนทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

๒๐. จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปี แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ และการระดมสมองร่วมกับภาคี หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชน และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีข้อสรุปหลักการเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ดังนี้

รัฐควรจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่ทำให้บริการอย่างมีคุณภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยที่ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มอายุให้การยอมรับและไว้วางใจในการเป็นที่พึ่งหลักของประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เป็นบริการที่มีคุณภาพ สามารถดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบแบบผสมผสาน ต่อเนื่องรวมทั้งเป็นบริการเชิงรุก และสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งเป็นบริการถึงบ้านและชุมชนในกรณีที่ประชาชนมาใช้บริการที่สถานพยาบาลไม่ได้ และมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดูแลเองได้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสม โดยหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีลักษณะและรูปแบบที่แตกต่างกันได้ แต่จะต้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และความต้องการของประชาชน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๔