

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพของไทยในปัจจุบัน เป็นระบบที่มีพื้นฐานมาจากระบบการแพทย์แบบตะวันตกและถูกนำเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 โรงพยาบาลแห่งแรกของประเทศถูกสร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2439 (ค.ศ. 1886) ตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา จำนวนแพทย์แผนใหม่ได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การแพทย์แผนไทยค่อย ๆ ลดลง การแพทย์แผนใหม่ในประเทศไทยถูกพัฒนาบนพื้นฐานของการใช้โรงพยาบาลเป็นที่ตั้ง และให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาโรงพยาบาลเป็นหลัก แม้ว่าสถานบริการในลักษณะสถานีอนามัยจะถูกสร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2456 (ค.ศ. 1913) แต่ก็ถูกตั้งเป้าหมายเอาไว้ว่าอาจจะพัฒนาไปเป็นโรงพยาบาลในอนาคต เพื่อให้บริการการแพทย์แผนใหม่ แพทย์ทั่วไปถูกผลิตเพื่อทำงานในโรงพยาบาล และเกิดค่านิยมในการเป็นแพทย์เฉพาะทาง เกิดการให้บริการด้านการแพทย์ในภาคเอกชน สถานบริการที่ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของการลงทุนเชิงธุรกิจได้เจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้แพทย์ทั่วไปที่ทำงานในโรงพยาบาลมีจำนวนค่อนข้างคงที่และมีสัดส่วนลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ทั้งหมด (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, ม.ป.ป. : 23) พบว่าอัตราส่วนระหว่างแพทย์ทั่วไปกับแพทย์เฉพาะทางมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2526 มีแพทย์ทั่วไปถึงร้อยละ 62 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด ต่อมาแพทย์หันไปเข้ารับการศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น จนแพทย์ทั่วไปลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2538 (จรัส สุวรรณเวลา, 2544 : 24)

การแพทย์แบบตะวันตกจะมุ่งให้ความสนใจในเรื่องของโรคหรือเชื้อโรค ทำให้เกิดการมองผู้ป่วยเป็นรายโรค และให้ความสนใจในการรักษาโรค มากกว่าที่จะสนใจในการรักษาคนรอบคอบ รั้ว สังคมและสิ่งแวดล้อม ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขทุ่มเทความสนใจไปที่เรื่องโรคหรือสุขภาพที่เจ็บป่วยมากกว่าเรื่องการสร้างสุขภาพ ทำให้รัฐและเอกชนต้องทุ่มเททรัพยากรจำนวนมากไปใช้ในการรักษาพยาบาลประชาชนที่เจ็บป่วยเพราะขาดความรู้หรือละเลยไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพถึง 300,000 ล้านบาท (ประเวศ วะสี, 2543 : 8) ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแพงมากเป็นเพราะมุ่งเน้นไปที่การให้บริการ

ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิคือในโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าการให้บริการในระดับปฐมภูมิคือระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ต้องนำเข้าเทคโนโลยีและยาที่มีราคาแพงจากต่างประเทศ การมุ่งเน้นผลิตแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้ไปทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในระดับปฐมภูมิและทำให้สถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะสถานีอนามัย ซึ่งควรเป็นสถานบริการด้านแรกขาดการพัฒนาและอ่อนแอ ทำให้เกิดการข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยในการไปรับการรักษาซึ่งควรจะเริ่มจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิคือสถานีอนามัย แต่กลับข้ามไปรักษาในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิคือโรงพยาบาลระดับต่างๆเป็นจำนวนมาก (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, ม.ป.ป. : 30) นอกจากนี้ การให้บริการรักษาพยาบาลในระดับโรงพยาบาลซึ่งต้องรับผิดชอบประชาชนจำนวนมากและมีพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งอำเภอหรือทั้งจังหวัดนั้น ความกว้างใหญ่เกินไปของพื้นที่และภาระงานของบุคลากรคือจำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปริมาณมากขึ้น โดยเฉพาะสาขาแพทย์ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปอย่างผิวเผิน แพทย์ไม่มีเวลามากพอที่จะทำความเข้าใจกับบริบททางครอบครัวและสังคมของผู้รับบริการแพทย์จะให้บริการประชาชนก็ต่อเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นคราวๆ ไป บางครั้งประชาชนก็เปลี่ยนจากการรักษากับแพทย์คนหนึ่งไปรักษากับแพทย์อีกคนหนึ่ง โดยที่แพทย์คนใหม่อาจจะไม่รู้ประวัติการรักษาเก่าของประชาชนนั้นๆ เลย การขาดระบบการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวทำให้ประชาชน ไม่มีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบประจำครอบครัวที่เป็นที่พึ่งพิงและดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนไปแสวงหาบริการยังสถานพยาบาลอย่างไม่เป็นระบบ ซึ่งส่วนใหญ่จะไปพึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่แม้ว่าจะเป็นโรคง่ายๆ ที่ไม่ต้องการการดูแลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่เลย ทำให้โรงพยาบาลใหญ่ๆ แออัดไปด้วยคนไข้ที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลนั้นๆมีเวลาในการดูแลคนไข้แต่ละคนในระยะเวลาดสั้นๆ การที่จะดูแลปัญหาคนไข้ที่เกิดจากพฤติกรรมและสาเหตุอื่นๆ แทบจะเป็นไปไม่ได้เลย ทำให้ปัญหาต่างๆ ไม่ได้ถูกแก้ไขไปอย่างแท้จริง นอกจากนี้การแออัดที่โรงพยาบาลใหญ่ด้วยโรคง่ายๆ ยังทำให้คนไข้ต่างก็ได้รับบริการที่ไม่ประทับใจ ผู้ให้บริการคือแพทย์และพยาบาลไม่สามารถที่จะยิ้มแย้มพูดคุยไพเราะอยู่ตลอดเวลาเพราะคนไข้มีมากจนเกินไป ปรากฏการณ์เช่นนี้ยังทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลคนไข้ต่อรายสูง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ถูกใช้ไปสมกับความสามารถ ส่งผลให้ภาพรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้นด้วย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541 : 37-38) ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวอาจสามารถทำได้หากแพทย์ได้ไปปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะทดลองหารูปแบบของบริการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่เหมาะสม โดยเริ่มต้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2532 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยจัดทำโครงการอยุธยาซึ่งเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันโรคเขตร้อนประเทศเบลเยียมทำการวิจัยเพื่อหารูปแบบของระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ ซึ่งต่อมาได้พัฒนาไปเป็นศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยาในปี พ.ศ. 2534 (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, ม.ป.ป. : 39) และได้ขยายไปในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา เป็นต้น

การขยายตัวของบริการปฐมภูมิในรูปแบบเวชปฏิบัติครอบครัวในระยะแรกยังค่อนข้างช้า เนื่องจากมีแรงต้านทั้งจากค่านิยมของประชาชน ปัญหาเรื่องรายได้ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและศักดิ์ศรีของแพทย์ที่จะทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, ม.ป.ป. : 199)

ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้เริ่มดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคและขยายโครงการครอบคลุมทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพฯ) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ซึ่งเงื่อนไขสำคัญในโครงการดังกล่าว ได้กำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวลงไปที่เครือข่ายระบบบริการสุขภาพที่สามารถจัดให้มีบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ร่วมกับสถานีนามัยในพื้นที่เป็นหน่วยคู่สัญญาเพื่อให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 37) แต่การเปลี่ยนสถานบริการด้านแรกเดิมที่มีอยู่ในระบบ ไปสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนในรูปแบบใหม่นั้น มีปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญคือแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง (resistance to change) ซึ่งอาจเกิดจากความกลัวต่อความไม่แน่นอน (fear of uncertainty) ของการเปลี่ยนแปลง การขาดองค์ความรู้ที่ชัดเจนในทางปฏิบัติในระดับบุคลากร การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลในระดับปฐมภูมิ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีแพทย์และทันตแพทย์ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการซึ่งต้องเพิ่มงานใหม่เพิ่มเติมจากงานปกติ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ, 2541 : 326) ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (readiness to change) เป็นเงื่อนไขสำคัญในการดำเนินกิจกรรมใหม่ๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การประเมินความพร้อมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์การและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนดังกล่าว ถือว่าเป็นนวัตกรรมใหม่ที่จะเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขไปจากการให้

บริการในรูปแบบเดิม จังหวัดลำปางได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาล ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 โดยทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางซึ่งได้รับการมอบหมายจากกระทรวงให้ดำเนินงานตามโครงการฯ ดังกล่าวได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปางทุกแห่ง จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ โดยให้ดำเนินการในสถานีนอมนามัยที่เหมาะสมและมีความพร้อมในการให้บริการแบบปฐมภูมิ อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 1 แห่งในปีแรกที่เข้าโครงการฯ และจะขยายจนครอบคลุมประชากรทั้งหมดภายใน 5 ปี ผู้ศึกษาเป็นแพทย์ที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาพยาบาลและบริหารงานในระดับโรงพยาบาลชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ซึ่งมีทั้งหมด 12 แห่ง โดยทำการประเมินความพร้อมของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านต่างๆ ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านองค์การ ได้แก่ ภาวะผู้นำในองค์การ การติดต่อสื่อสารในองค์การ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (2) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การตั้งใจในการทำงาน การมีส่วนร่วมในการทำงานและตัดสินใจ และประเมินความพร้อมโดยรวมของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนโดยอ้างอิงตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ ความพร้อมด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ และความพร้อมด้านการเงิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 39-40) เพื่อนำผลที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปปรับปรุงการปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดลำปาง และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในด้านอื่นของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยด้านองค์การที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาถึงความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมและความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อใช้ในการบริหารจัดการบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุข

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนที่จัดตั้งขึ้นในระดับสถานีอนามัยและอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลำปาง ที่เริ่มเปิดดำเนินการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางไว้ โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จังหวัดลำปางได้เข้าร่วมในโครงการฯ ดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาเรื่องการประเมินความพร้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาในมุมมองและความคิดเห็นของผู้ให้บริการถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมและระดับของความพร้อม ตามแนวทางที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ความพร้อม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคลากรต่อความสามารถในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การตั้งใจในการทำงาน การมีส่วนร่วมในการทำงาน และปัจจัยด้านระบบและองค์การ ได้แก่ ภาวะผู้นำในองค์การ การติดต่อสื่อสารในองค์การ การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร และประเมินความพร้อมของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมด้านการเงิน ความพร้อมด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ และความพร้อมด้านการบริหารจัดการ

2. ศูนย์สุขภาพชุมชน หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ทั้งนี้ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และศูนย์สุขภาพชุมชนในการศึกษาครั้งนี้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดลำปาง ที่ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่งของจังหวัดลำปางเท่านั้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาเชิงทฤษฎี และ/หรือ เชิงประยุกต์

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและระดับที่เหนือขึ้นไป
ไป ใช้เป็นข้อมูลเพื่อบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University