

สารบัญ/Content

บทบรรณาธิการ

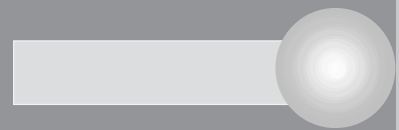
- 1 การสื่อสารคือหัวใจของระบบ *ประเวศ วะสี*
Communication is a Key to any System

บทความพิเศษ

- 2 การสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติและ *อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ*
บทบาทหน้าที่ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข
The Synthesis of Functions, Roles and Structure
of the Ministry of Public Health as a Mechanism
in the National Health Systems

นิพนธ์ต้นฉบับ

- 17 การประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน ของเครือข่าย *สุพัตรา ศรีวณิชชากร*
หน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า
Evaluation of Health Care System for Diabetic
Patients of Contracting Units for Primary Care (CUP)
Network under the Universal Care Coverage System
- 35 สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามกำกับ *สุพัตรา ศรีวณิชชากร*
หน่วยบริการปฐมภูมิ
Situation of Information System for Monitoring of
Primary Care Units (PCU)
- 47 ผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ *สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*
ระบบบริการสาธารณสุขไทย *สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล*
Implications of the Universal Coverage Scheme
on Health Service Delivery System in Thailand
- 63 การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียน *กิตตินันท์ อรรถมณีนี*
ผู้มีสิทธิบัตรทอง : กรณีศึกษาจังหวัดแพร่ *ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ*
Evaluation of the Project Development of *กาวร สกุลพานิชย์*
Gold Card Enrollment System :
A Case Study in Phrae



สารบัญ/Content

แฉดลขคดวามรู้

- 77 ● ค่ำถามการวิจัยและปัญหาที่ควรได้รับการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพในประเทศไทย - จรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ
- การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนน้าในประเทศไทย : การวิเคราะห์เชิงนโยบาย - วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ
- 79 ● ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557)
- พรพิมล จันทรวิโรจน์ และคณะ
- 80 ● วิธีการพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล
- จิรเดช มโนสร้อย, อรุญญา มโนสร้อย
- การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีโครงการเหมืองแร่โพแทช จังหวัดอุดรธานี
- สมพร เพ็งคำ และคณะ

ก้ำยเล่ม

- 84 บรรณาธิการแฉดลข : กลไกของกงล้อ
- นิตยา จันทรเรือง มทาวล
- 85 ค่ำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- 95 Instruction to Authors



การสื่อสารคือหัวใจของระบบ

ประเวศ วะสี

พื่อแสดงความยินดีในการที่ สวรรส. รื้อฟื้นการทำ “วารสารระบบสาธารณสุข” ขึ้นมาใหม่ เพื่อส่งเสริม “ความเป็นระบบ” ของการสาธารณสุข ความเป็นระบบทำให้มีความเป็นปรกติ เช่น ร่างกายของเราซึ่งประกอบด้วยเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ หลากหลายสุดประมาณ ถ้าเชื่อมโยงประสานกันอย่างเป็นระบบ ร่างกายก็จะมีความเป็นปรกติหรือสมดุลหรือสุขภาพดี แต่ถ้าขาดความเป็นระบบ เช่น มีความผิดปกติที่ใดที่หนึ่งในระบบหรือส่วนต่างๆ แปรปรวนไม่ประสานสอดคล้องกัน ก็จะเกิดความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย

ระบบต่าง ๆ ในสังคมมักจะขาดความเป็นระบบจึงเจ็บป่วยหรือทำงานไม่ได้ผล หรือได้ผลไม่เต็มที่ ถ้าถามว่าระบบร่างกายทำอะไรจึงมีความเป็นระบบสูงมาก ไม่ใช่หัวใจไปทาง ปอดไปทาง ตับไปทาง ซึ่งจะทำให้เราเป็นกันอยู่อย่างนี้ไม่ได้ จะพบว่าระบบร่างกายลงทุนในเรื่องข้อมูลข่าวสาร (information) และการสื่อสาร (communication) สูงมาก ทั้งตัวเต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสาร เซลล์ทุกเซลล์มีดีเอ็นเอ ซึ่งมีความยาวถึงสามพันล้านตัวอักษร อันเป็นรหัสหรือข้อมูลข่าวสาร เมื่อร่างกายเต็มไปด้วยเซลล์ ร่างกายจึงเต็มไปด้วยรหัสที่ทุก ๆ เซลล์ถือไว้ นอกจากนั้นทุกส่วนของร่างกายยังสื่อสารถึงกัน ทั้งโดยระบบประสาทและระบบสารเคมี และยังอาจมีระบบอื่นอีกที่เรายังไม่เข้าใจ ที่ทำให้ส่วนต่าง ๆ รู้ถึงกันทันที เช่น ถ้าระดับน้ำตาลสูงไปหรือต่ำไป ทุกส่วนของร่างกายก็จะรู้เพื่อการปรับตัว ถ้าไม่รู้ถึงกัน ถ้ามีอะไรเปลี่ยนแปลงก็จะปรับตัวไม่ได้ ทำให้เสียสมดุล

ในสังคม ถ้าทุกคนรู้ความจริงโดยทั่วถึง สังคมจะปรกติและสงบสุขได้ง่ายขึ้น เรื่องข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารให้คนรู้ความจริงเท่าเทียมกัน จึงมีความสำคัญยิ่ง ความจริงจะมีขึ้นได้ต่อเมื่อมีการสังเกตรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์โดยอิสระ แต่ถ้ามีอำนาจรัฐหรืออำนาจเงินเข้าไปบงการ ก็จะทำให้ไม่ได้ความจริง หรือเป็นความจริงเทียม ความไม่จริงมีผลร้ายต่อความเป็นระบบมาก

ฉะนั้น การสังเกต การรวบรวม การวิจัย และการสื่อสารอย่างเป็นอิสระ จะช่วยให้องคาพยพของระบบรู้ความจริงโดยทั่วถึง อันจักเป็นประโยชน์ต่อความประสานสอดคล้องในระบบ ช่วยให้ระบบดำเนินไปด้วยดี การสังเกต การรวบรวมความรู้ การวิจัยระบบสาธารณสุข และการสื่อสารระบบสาธารณสุข จึงมีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้ระบบสาธารณสุขมีความเป็นระบบ ที่จะอำนวยประโยชน์สุขให้เกิดขึ้นกับสาธารณะ

จึงขออวยพรให้ “วารสารระบบสาธารณสุข” ที่ได้รับการฟื้นฟูขึ้นมาใหม่ จงเป็นปัจจัยให้ระบบสาธารณสุขไทยมีความถูกต้อง อำนวยประโยชน์สุขให้มหาชนชาวสยามได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้



การสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทหน้าที่ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

อำพล จินดาวัฒน์ และคณะ*

บทคัดย่อ

การสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติและบทบาทหน้าที่ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งการสัมภาษณ์และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง ผลการสังเคราะห์สรุปได้ว่า เนื่องจากบริบทของโลกและสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว ทำให้สุขภาพมีความหมายครอบคลุมสุขภาพะทั่งมิติกาย ใจ สังคมและปัญญา อีกทั้งมีกลไก/องค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักของประเทศที่ดูแลงานด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องประสาน เชื่อมโยงให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม โดยคณะกรรมการศึกษากรรมาธิการได้เสนอบทบาทหน้าที่หลัก 10 ประการของกระทรวงสาธารณสุขที่ควรดำเนินการ ณ พ.ศ. 2550-2555 ได้แก่ การเป็นเจ้าภาพหลักในบทบาทสำคัญดังต่อไปนี้ 1) การดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ 2) ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ 3) กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ 4) สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กรภาคส่วนต่างๆ และภาคประชาชน 5) ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ 6) ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ 7) ดูแลการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 8) สร้างเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ 9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ และ 10) สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

แนวทางการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข รองรับบทบาทหน้าที่ข้างต้น คณะอนุกรรมการศึกษากรรมาธิการได้ให้ข้อเสนอเชิงภาพรวม ส่วนการวิเคราะห์โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้ละเอียดและชัดเจน ควรจะดำเนินการเมื่อมีการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

ทิศทางการปรับเปลี่ยนฯ (ช่วง พ.ศ. 2550-2559) มีข้อเสนอให้ สถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ควรปรับรวมกันเป็นนิติบุคคล เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐที่มีข้าราชการ ภายใต้กำกับ

*ประธานคณะอนุกรรมการศึกษากรรมาธิการระบบสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทโครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการฯ สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กระทรวงสาธารณสุขด้วยการออกกฎหมายเฉพาะ เช่นเดียวกับสถานบริการสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยสร้างกลไกเฉพาะในส่วนกลาง ทำหน้าที่ดูแลการประสานนโยบาย และทิศทางการจัดบริการสุขภาพในภาพรวม

คำสำคัญ :

กลไก, บทบาทหน้าที่, โครงสร้าง, กระทรวงสาธารณสุข, ระบบสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง จะต้องตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมกัน และเพื่อให้การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปอย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ ควรจัดตั้ง “สำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง กระทรวงสาธารณสุข” ขึ้นเป็นองค์กรในกำกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดทำข้อเสนอแผนและขั้นตอนการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบและขั้นตอนต่อไป

Abstract

**The Synthesis of Functions Roles and Structure of the Ministry of Public Health as a Mechanism of the National Health System
Amphon Jindawatthana, et al.**

This research was to study and propose functions, roles, and structure of the Ministry of Public Health in the next decade as a mechanism of the National Health System. The proposal was done by analyzing related documents and research papers published in Thailand and other countries. Research methodology also included individual and focus group interviews among those academicians and involved partners in health. This study revealed rapid and tremendous changes of global context re-defining health to cover physical, mental, social and intellectual dimensions. Moreover a plenty of organizations and mechanism related to health have emerged. The Ministry of Public Health that has currently been responsible for health affairs of the country as the key stakeholder is supposed to emphasize its functions and roles on collaborating and bridging all the social sectors of the nation; it then systematically and apparently mobilizes their resources and potential for health development.

Ten functions and roles of the Ministry of Public Health during 2007 - 2012 were proposed. 1) Play major role in formulating national health policy and strategy. 2) Advocate knowledge generation and management. 3) Determine and regulate health standard. 4) Build capacity of social sectors and people in health. 5) Enforce health and health-related law. 6) Superintend the control of diseases and health hazards. 7) Superintend health care financing for people and specific needy groups. 8) Secure and assure the integrity of health resources. 9) Implement international health. 10) Mobilize the health-related royal initiation projects.

Therefore organizational structure of the Ministry during 2007 - 2016 would be basically changed in comply with the aforementioned functions and roles. It was proposed that all the health service facilities ranging from primary to tertiary levels within the same services area would be reposed in the same authority of command. It would also be legislatively adopted to be juristic body as a state agency other than government agency or state enterprise but under the supervision of the Ministry of Public Health. The status will also be applicable to sub-specialty facilities. Meanwhile particular mechanism would be established at the central level to coordinate those facilities in terms of policy and direction of services as a whole.

Key words :

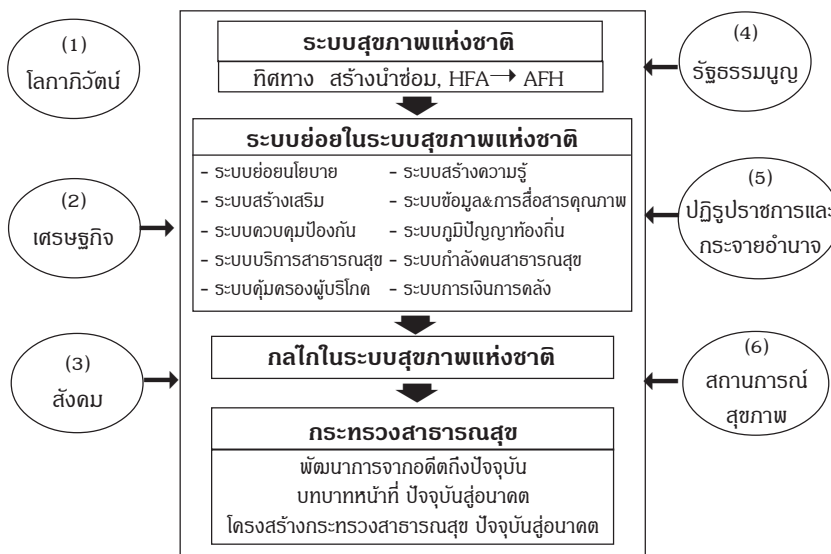
mechanism, function role, structure, ministry of public health, National Health System

To attain that goal, policy makers, high executives of the Ministry and involved agencies must share policy commitment for changes. Then the establishment of “The Bureau of Change Management for the Ministry of Public Health” as an autonomous body under the supervision of the Ministry would streamline and accomplish the organizational restructuring. The Bureau is supposed to propose plan and phases of those undergoing change.

ก การสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทหน้าที่ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้ เป็นการทำงานที่มุ่งประมวลองค์ความรู้และความคิด เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางสำหรับผู้กำหนดนโยบายได้ใช้เป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจ เพื่อสร้างกลไกขึ้นมาทำงานอย่างเป็นรูปธรรมในขั้นตอนต่อไป

จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์และรับฟังความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอการปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข สรุปผลการสังเคราะห์ที่ได้ดังนี้

1. บริบทของโลกและสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว อันเนื่องมาจากโลกาภิวัตน์⁽¹⁾ การพัฒนาเศรษฐกิจ⁽²⁾ การพัฒนาสังคม⁽³⁻⁵⁾ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540⁽⁶⁾ การปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐและการกระจายอำนาจ⁽⁷⁻¹²⁾ และการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ⁽¹³⁻²⁰⁾ มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพแห่งชาติ และการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างเพื่อรองรับการดำเนินงานในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ดังรูปที่ 1

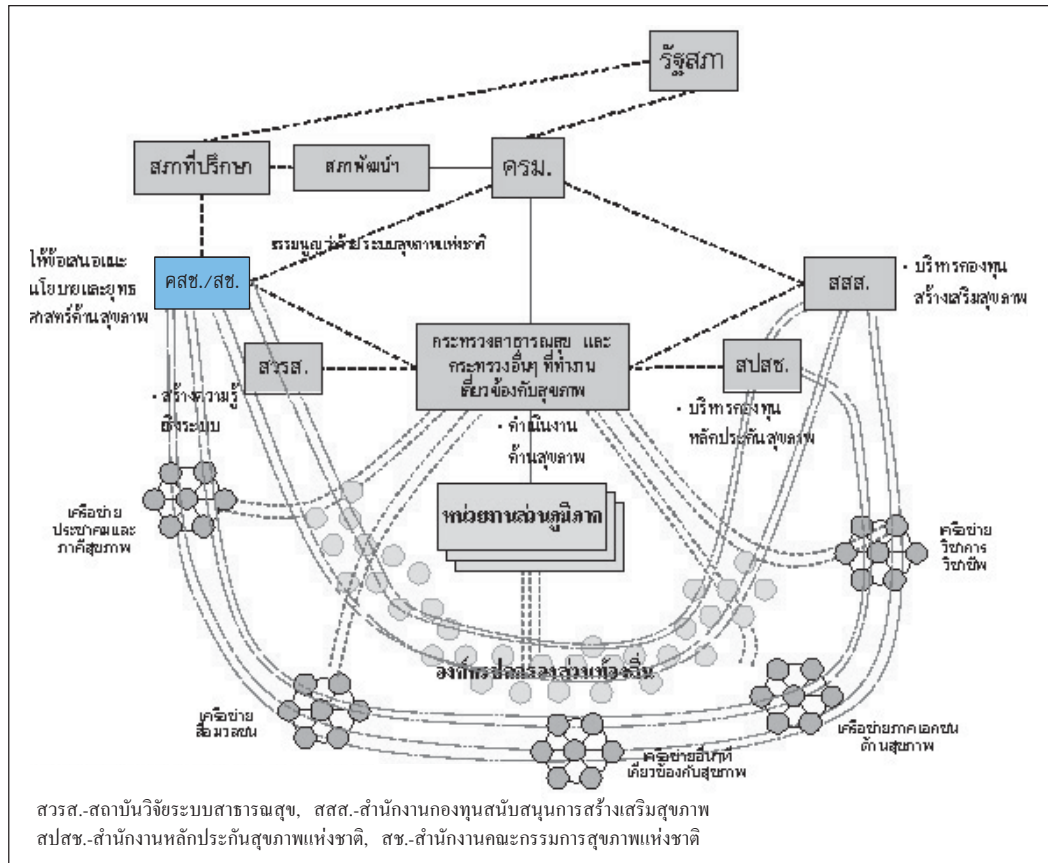


รูปที่ 1 บริบทที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

2. ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง สุขภาพมีความหมายที่ครอบคลุมสุขภาพ⁽⁴⁾ (well-being) ทั้งมิติกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ระบบสุขภาพมีความหมายครอบคลุมระบบย่อยต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง โดยมีระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นภาระหน้าที่ของทุกภาคส่วนในสังคม (all for health) เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า⁽²¹⁾ (health for all)

ปัจจุบันในระบบสุขภาพแห่งชาติ มีกลไก/องค์กรต่าง ๆ ดำเนินการด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก และจะมากยิ่งขึ้นในอนาคต ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง/หน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลัก

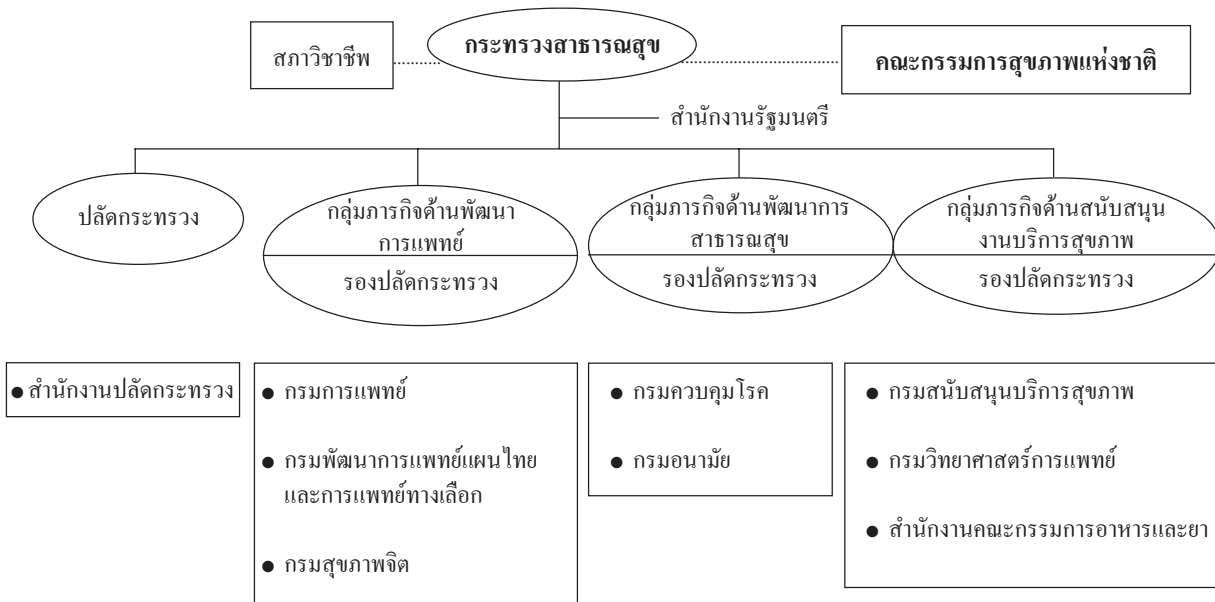
ประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สชช.ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้) สถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาการด้านสุขภาพ/องค์กร/เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ เอกชน เครือข่ายประชาสังคม ที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ฯลฯ โดยกลไก/องค์กรเหล่านี้ ดำเนินงานอย่างอิสระไม่ขึ้นแก่กันโดยตรง แต่จำเป็นต้องมีการประสานเชื่อมโยง เพื่อให้ดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องกัน และสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงของกลไกต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่เป็นองค์กรหลักดูแลงานด้านสุขภาพของประเทศ จึงต้องเน้นการประสาน เชื่อมโยงทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อระดมศักยภาพเข้ามาร่วมกันดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม มีใช้ดำเนินการเองเพียงลำพัง

3. กระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนาการมาตามลำดับ หลังจากที่ตั้งจัดตั้งเป็นกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2485⁽²³⁾ แล้ว มีการปรับปรุงส่วนราชการครั้งสำคัญ รวม 4 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2545⁽²³⁾ จัดโครงสร้างเป็น 9 กรม และ 1 สำนักงานรัฐมนตรี รองรับงานรวม 18 ภารกิจ (รูปที่ 3) แต่เนื่องจากบริบทของสังคมเปลี่ยนแปลงเร็วมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงควรทบทวนเพื่อปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างให้เหมาะสมกับการทำงานในอนาคตยิ่งขึ้นไป



หน่วยงานในกำกับ

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันพระบรมราชชนก
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

รัฐวิสาหกิจ

- องค์การเภสัชกรรม

องค์กรมหาชน

- สถานบริการสุขภาพ
- สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง (อยู่ระหว่างออก พ.ร.ฎ.)
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

หมายเหตุ: หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์กรมหาชน หน่วยงานในกำกับ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ที่มา : สุพรรณ ศรีธรรมมา และคณะ⁽²²⁾

รูปที่ 3 โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545

4. การสังเคราะห์บทบาทหน้าที่หลักหรือกิจที่พึงกระทำ และแนวทางการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

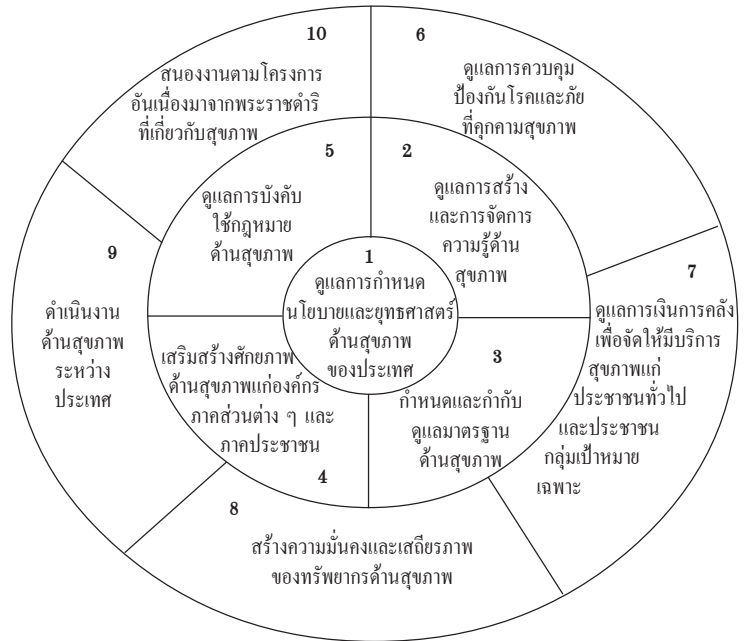
- (1) การปรับเปลี่ยนต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป
- (2) การปรับเปลี่ยนต้องยึดถือประโยชน์ของประชาชนและสังคมเป็นสำคัญ
- (3) กระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องดำรงฐานะเป็นกลไกหลักของประเทศ เพื่อดูแลด้านสุขภาพ

โดยทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมกันทำงานด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันกระทรวงสาธารณสุขควรลดงานในลักษณะที่เป็นผู้ดำเนินการเองลงให้เหลือเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

5. บทบาทหน้าที่หลักหรือกิจที่พึงกระทำของกระทรวงสาธารณสุข ณ พ.ศ. 2550-2555

กล่าวคือควรเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการตามบทบาทหลัก 10 ประการ ดังนี้ (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 บทบาทหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดหวัง ณ พ.ศ. 2550-2555



(1) ดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ

กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ทิศทางการลงทุน และทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ นโยบายการจัดระบบและการกระจายสถานบริการสุขภาพ นโยบายทรัพยากรด้านสุขภาพ นโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ และนโยบายการวิจัยด้านสุขภาพ เป็นต้น

(2) ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

พัฒนาและกำหนดนโยบายการวิจัยและการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพและบริหารทรัพยากรเพื่อกำกับทิศทางการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบาย โดยระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดำเนินการ

(3) กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ

กำหนดมาตรฐานด้านสุขภาพและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งมาตรฐานด้านผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ มาตรฐานการสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานการควบคุมป้องกันโรค มาตรฐานสิ่งแวดล้อม มาตรฐานการประกอบอาชีพ มาตรฐานการผลิตบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้ โดยการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชน

(4) สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพแก่องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ และภาคประชาชน

สร้างเสริมศักยภาพแก่องค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานในสังกัดอื่น เอกชน ประชาสังคม และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนร่วมกันสร้างเสริมศักยภาพประชาชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

**(5) ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ**

ออกกฎหมายสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพและดูแลการใช้อำนาจตามกฎหมาย เพื่อให้การคุ้มครองประชาชน และเพื่อให้นโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการสำคัญต่าง ๆ ดำเนินการไปได้อย่างถูกต้องทิศทางและมีประสิทธิภาพ

(6) ดูแลการควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ดูแลงานควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพทั่วไปอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและครบวงจร และดูแลการบริหารจัดการกรณีภัยพิบัติและสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งนับวันจะมีความรุนแรงยุ่งยาก สลับซับซ้อนยิ่งขึ้นตามสถานการณ์โลกและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

(7) ดูแลการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย**เฉพาะ**

บริหารนโยบายการเงินการคลัง เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ส่วนบทบาทการจัดบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นบทบาทของฝ่ายต่าง ๆ ในสังคมให้มากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขควรลดบทบาทการเป็นผู้จัดบริการสุขภาพลงตามลำดับ ให้เหลือเท่าที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น

(8) สร้างเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ

กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาธารณสุข และกำกับดูแลให้เป็นไปตามนโยบายด้วยมาตรการทางการเงินการคลังและมาตรการอื่นที่จำเป็น รวมไปถึงการดูแลการผลิต และสำรองยาและเวชภัณฑ์เพื่อการตรึงราคา เสริมตลาดและรองรับสภาวะฉุกเฉินตามหลักการสร้างความมั่นคง

(9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

เป็นตัวแทนประเทศไทยในงานด้านสุขภาพที่ดำเนินงานร่วมกับนานาชาติ และเป็นแกนกลางดูแลการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เชื่อมต่อกับต่างประเทศ รวมไปถึงการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเจรจาต่อรองข้อตกลงที่เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ การพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

(10) สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เป็นแกนประสานเชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม เข้าร่วมดำเนินงานสนองโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานมีพลัง ประสพผลสำเร็จและขยายวงได้

จากบทบาทหน้าที่หลัก 10 ประการข้างต้น สามารถจำแนกย่อยเป็นภารกิจหรืองานที่ต้องปฏิบัติได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งควรมีการจำแนกในขั้นตอนต่อไป

6. แนวทางการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข รองรับบทบาทหน้าที่ 10 ประการข้างต้น ได้

ให้ข้อเสนอเชิงภาพรวมในแนวทางการปรับโครงสร้างรองรับบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น โดยยังไม่ได้ลงลึกรายละเอียดของโครงสร้างต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น

บทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น	โครงสร้างเดิม	แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับ
1. ดูแลการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> บทบาทหน้าที่นี้มีความสำคัญสูงมาก ถือเป็นหัวใจของบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ควรปรับองค์กรปัจจุบันไปสู่การเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง มีระบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ควรคำนึงถึงการมีเครื่องมือ (policy instrument) สำหรับใช้ขับเคลื่อน นโยบายและยุทธศาสตร์ให้เป็นจริงได้ด้วย เช่น กฎหมาย งบประมาณ การบังคับบัญชา
2. ดูแลการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ (การวิจัยและพัฒนา)	<ul style="list-style-type: none"> มีองค์กรทำหน้าที่สร้างและจัดการความรู้กระจายอยู่ในทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มีองค์กรทำหน้าที่สร้างและจัดการความรู้อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุขอีกเป็นจำนวนมาก ยังไม่มีองค์กรรองรับการบริหาร นโยบาย และทรัพยากรสำหรับการวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ควรจัดให้มีองค์กรรองรับบทบาทบริหาร นโยบายและทรัพยากรเพื่อการวิจัยและพัฒนา เพื่อดูแลทิศทางการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ และมีหน้าที่สนับสนุนเครือข่าย/สถาบันวิจัย ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข (ใช้ทรัพยากรเป็นเครื่องมือกำกับนโยบาย) อาจปรับองค์กรที่มีอยู่แล้วให้รองรับบทบาทหน้าที่นี้โดยไม่จำเป็นต้องตั้งองค์กรใหม่ องค์กรนี้ควรเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ เพื่อที่จะให้ดำเนินงานได้อย่างคล่องตัวและมีระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขควรปรับลดบทบาทการสร้างและจัดการความรู้ที่ดำเนินการด้วยตนเองให้เหลือเท่าที่สำคัญและจำเป็น ในขณะเดียวกัน ควรใช้กลไกข้างต้นทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนเครือข่าย/สถาบันวิชาการต่าง ๆ ทำงานสร้างและจัดการความรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศมากยิ่งขึ้น
3. กำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> มีหน่วยงานทำหน้าที่นี้กระจายอยู่ในทุกองค์กร สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คุแลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คุแลมาตรฐานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ควรมีองค์กรราชการขนาดเล็กทำหน้าที่เป็นแกนกลางเชื่อมประสานการดูแลมาตรฐานด้านสุขภาพในภาพรวม องค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดและดูแลกำกับมาตรฐานด้านสุขภาพทุกองค์กรควรมีรูปแบบการบริหารแบบองค์คณะที่ประกอบด้วย



ตารางที่ 1 (ต่อ) แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น

บทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น	โครงสร้างเดิม	แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับ
	<p>สุขภาพ/การคุ้มครองผู้บริโภคจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คู่มือมาตรฐานเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กรมอนามัยคู่มือมาตรฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ไม่มีองค์กรกลางที่ดูแลเรื่องมาตรฐานในภาพรวม • การกำหนดและกำกับดูแลมาตรฐานบางอย่างที่เกี่ยวกับสุขภาพยังไม่ครบถ้วน เช่น มาตรฐานผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มาตรฐานการบริการสุขภาพที่ยังล้าหลังระหว่างภาครัฐและเอกชน 	<p>บุคคลหลายฝ่าย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นธรรมภิบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> • ควรจัดให้มีกลไกบางอย่างที่ยังมีไม่ครบ หรือไม่สมบูรณ์ เช่น กลไกพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน กลไกประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กลไกรับเรื่องราวร้องทุกข์ใกล้เกลี่ยและเสียยา ผู้ประสบปัญหาจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
4. สร้างเสริมศักยภาพด้านสุขภาพ แก่องค์กร ภาคส่วนต่าง ๆ และภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจุบันยังไม่มีองค์กรดูแลการสร้างเสริมศักยภาพขององค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพในภาพรวมอย่างชัดเจน (เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชนและหน่วยงานส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเอง • มีการทำงานสร้างเสริมศักยภาพ องค์กรต่าง ๆ อย่างกระจัด กระจายอยู่ในส่วนราชการต่าง ๆ • มีกลไกสร้างเสริมศักยภาพภาคประชาชนอยู่ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แต่ก็ยังทำหน้าที่ได้ไม่ครอบคลุม และยังขาดความเชื่อมโยง ควรระดมความร่วมมือจากองค์กรอื่น ๆ เข้าร่วมทำหน้าที่สร้างเสริมศักยภาพประชาชน อย่างเป็นระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> • ควรจัดให้มีองค์กรดูแลการสร้างเสริมศักยภาพองค์กรอื่นที่ทำงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะต้องมีบทบาทหน้าที่ในงานสุขภาพมากขึ้นตามลำดับ • สำหรับบทบาทการสร้างเสริมศักยภาพประชาชนควรปรับกลไกเดิมให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีกลไกอภิบาลด้วยคณะบุคคลจากหลายฝ่าย ทำงานได้คล่องตัว เพื่อเชื่อมโยงศักยภาพองค์กรภาคส่วนอื่นเข้าร่วมทำงานสร้างเสริมศักยภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง โดยกระทรวงสาธารณสุขไม่ดำเนินการเองตามลำพัง
5. ดูแลการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจุบันมีการดำเนินงานอยู่หลายองค์กร เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก • ไม่มีกลไกดูแลในภาพรวม การพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> • ควรมีกลไกราชการขนาดเล็กเป็นแกนกลางดูแลการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในภาพรวม แต่องค์กรดูแลการบังคับบัญชาอาจกระจายอยู่ในหลายองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขทำนองเดียวกับปัจจุบัน • ควรมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่สามารถ

ตารางที่ 1 (ต่อ) แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น

บทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น	โครงสร้างเดิม	แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับ
6. ดูแลการควบคุมป้องกันโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ	<p>มาตรการทางกฎหมายเพื่อใช้ในงานด้านสุขภาพยังเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่สามารถทำหน้าที่นี้ในภาพรวมได้ • ปัจจุบันมีกรมควบคุมโรคเป็นแกนหลักดูแลงานนี้ ในส่วนของการควบคุมป้องกันโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพทั่วไป มีศูนย์เฝ้าระวัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดูแลงานภัยพิบัติและสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ โดยมีฝ่ายปฏิบัติการคือหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 	<p>ดึงศักยภาพของนักกฎหมายจากภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาร่วมทำงาน ได้อย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • บทบาทหน้าที่ทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสำคัญมาก โดยการทำงานจะมีความยุ่งยาก สลับซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามสถานการณ์ของโลก และสังคมที่เปลี่ยนไป • ควรปรับองค์กรรองรับให้เป็นกลไกที่มีสมรรถนะสูง มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีลักษณะจำเพาะ มีความคล่องตัวและมีการพัฒนาทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง ถ้าเป็นองค์กรราชการก็ควรมีรูปแบบเฉพาะตัว เพื่อให้ปฏิบัติการกิจได้อย่างสมบูรณ์รอบด้าน หรืออาจจัดเป็นรูปขององค์กรของรัฐที่มีข้าราชการ
7. ดูแลการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจุบันมีกลไกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คปสช). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีข้าราชการ ในกำกับกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่นี้มีความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีตำแหน่งอยู่ใน คปสช. • กลไกนี้ขาดความเชื่อมโยงกับการแสดงบทบาทหน้าที่ด้านการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ • ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข แสดงบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดบริการสุขภาพรายใหญ่ของประเทศ มีสถานบริการทุกระดับครอบคลุมทั่วประเทศ โดยการดำเนินงานทั้งหมดอยู่ภายใต้ระบบราชการ (ยกเว้นโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ทดลองปรับเป็นองค์กรมหาชน) • รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจาย 	<ul style="list-style-type: none"> • ควรพัฒนาระบบการทำงานเชื่อมโยงบทบาทที่ 1 ให้มีความใกล้ชิดและสอดคล้องกัน เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางและแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ • ในระยะยาวกระทรวงสาธารณสุขควรลดบทบาท การเป็นผู้จัดบริการสุขภาพเองลงให้เหลือในส่วนที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น • ทุกฝ่ายต่างเห็นสอดคล้องกันว่า การคงสภาพสถานบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานราชการ เช่นนี้ต่อไป จะทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อระบบการเงินการคลังเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพได้เปลี่ยนไปแล้วอย่างสิ้นเชิง ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การปรับองค์กรในส่วนนี้ จำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบ ทางเลือกและวางแผนขั้นตอนการดำเนินงานอย่างรัดกุม โดยควรทำในรูปแบบของการศึกษาวิจัยและทดลองอย่างเป็นระบบ • ควรจัดให้มีกลไกดูแลการจัดให้มีการบริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะด้วย



ตารางที่ 1 (ต่อ) แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น

บทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็น	โครงสร้างเดิม	แนวทางการปรับโครงสร้างรองรับ
8. สร้างเสริมความมั่นคงและเสถียรภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ	<p>อำนาจ พ.ศ. 2542 มีทิศทางให้ปรับถ่ายบทบาทหน้าที่นี้สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรืออย่างน้อยก็ต้องอยู่ในระดับร่วมกันจัดบริการสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการปฏิรูประบบบริหารจัดการภาครัฐ มีทิศทางให้ปรับองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรของรัฐที่มีข้าราชการมากขึ้น • ปัจจุบันไม่มีกลไกรองรับบทบาทหน้าที่ดูแลการจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ชัดเจน • ปัจจุบันมีการดำเนินงานอยู่ 2 ส่วน คือ (1) สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) ดูแลการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข (สบช.กำลังออกกฎหมายเป็นสถาบันอุดมศึกษาในกำกับกระทรวงสาธารณสุข) (ส่วนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ดูแลด้านนโยบายและแผนกำลังคน) ยังไม่มีการใช้มาตรการบริหารการเงินการคลังเพื่อกำหนดทิศทางการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขของประเทศ (2) องค์กรเภสัชกรรมดูแลด้านการผลิตและสำรองยาและเวชภัณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> • ควรมีการปรับองค์กรเพื่อรองรับการบริหารการเงินการคลังเพื่อกำกับนโยบายและทิศทางการผลิตและพัฒนากำลังคนฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ ไม่เฉพาะแต่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น • กลไกนี้ควรมีระบบการดำเนินงานที่มีความคล่องตัว และมีส่วนจากหลายฝ่ายและทำงานเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ที่ 1 อย่างใกล้ชิด • ควรพัฒนาสมรรถนะการดำเนินงานขององค์กรเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง
9. ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ	<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจุบันมีกลุ่มงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ (กอง สด.เคม) ใน สนย.รองรับงานนี้ และมีงานกระจายอยู่ในหน่วยงานอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • ขอบข่ายงานด้านนี้กำลังขยายกว้างมากขึ้นและยุ่งยากมากขึ้น เช่น งานเจรจาการค้ากับต่างประเทศ การปกป้องผลประโยชน์ของประเทศ การระดมความร่วมมือระดับนานาชาติ • ควรปรับให้เป็นองค์กรขนาดเล็กที่มีสมรรถนะสูงรองรับบทบาทหน้าที่นี้ โดยองค์กรนี้ควรมีระบบบริหารจัดการที่สามารถดึงศักยภาพของนักวิชาการและบุคคลจากภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาร่วมทำงานได้อย่างดีและต่อเนื่อง
10. สนองงานตามโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริที่เกี่ยวกับสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจุบันมีการดำเนินงานกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน ไม่มีองค์กรดูแลประสานในภาพรวม 	<ul style="list-style-type: none"> • ควรจัดให้มีกลไกขนาดเล็กรองรับบทบาทหน้าที่นี้เพื่อทำหน้าที่ดูแลภาพรวม เชื่อมประสานความร่วมมือและการปฏิบัติการจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ เมื่อมีการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุขชัดเจนแล้ว จึงควรวินิจฉัยโครงสร้างให้ละเอียดและชัดเจนเพื่อเตรียมการปรับเปลี่ยนต่อไป

7. ข้อเสนอทิศทางการปรับเปลี่ยนสภาพสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนรายใหญ่ที่สุด มีโครงข่ายสถานบริการสุขภาพกระจายครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งสามารถทำงานได้ผลดีในระดับหนึ่งตลอดมา แต่ในอนาคต อาจมีการปรับเปลี่ยนสภาพของสถานบริการสุขภาพเหล่านั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐและการกระจายอำนาจตาม รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540

7.1 การปรับเปลี่ยนฯ ควรคำนึงถึงหลักสำคัญ 9 ประการ ดังนี้

- (1) ประชาชนต้องได้ประโยชน์มากขึ้น
- (2) ความสอดคล้อง (กับการปฏิรูปด้านต่าง ๆ)
- (3) ความรับผิดชอบของรัฐ (ต่อพัฒนาการของโรงพยาบาลในกำกับในระยะยาว)
- (4) การปฏิบัติภารกิจแห่งรัฐ (ไม่ใช่จัดการกิจการตามใจชอบของแต่ละโรงพยาบาล)
- (5) ความยืดหยุ่นด้านงบประมาณ (ให้เหมาะสมกับวิวัฒนาการ ภูมิหลังและพื้นที่เป้าหมาย)
- (6) การมีทางเลือกของข้าราชการเดิม (ที่ยังเป็นข้าราชการ หากไม่ประสงค์ปรับไปเป็นพนักงานของโรงพยาบาลในกำกับ)
- (7) สร้างรูปแบบการบริหารแบบใหม่ (ให้มีมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาสังคม)
- (8) ความหลากหลาย (ของรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลต่างระดับ)
- (9) ประสิทธิภาพ คุณภาพและความเป็นธรรมของระบบต้องดีขึ้น

7.2 ข้อเสนอทิศทางการปรับเปลี่ยนฯ (ช่วง พ.ศ. 2550-2559)

(1) สถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (กสช.) ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ควรปรับรวมกันเป็นนิติบุคคล เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐที่มีข้าราชการ ภายใต้กำกับกระทรวงสาธารณสุขด้วยการออกกฎหมายเฉพาะ

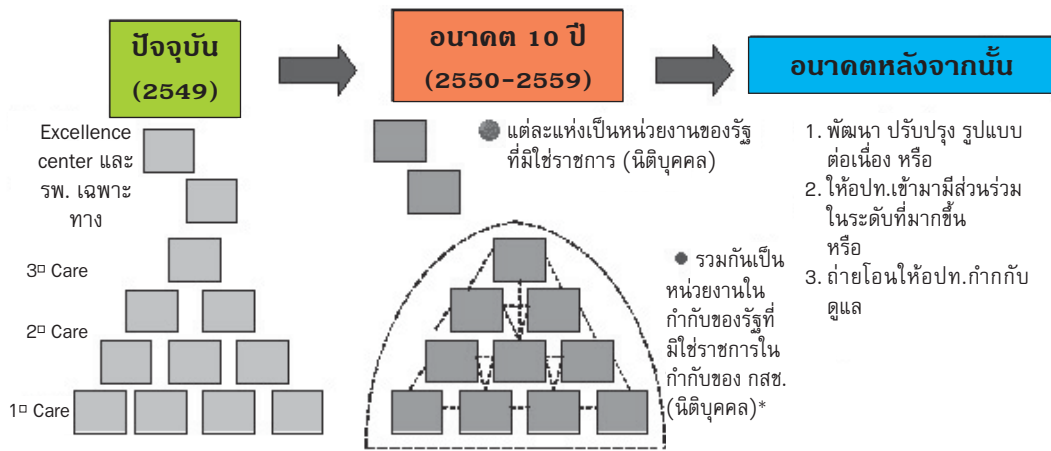
พื้นที่ที่อาจหมายถึงพื้นที่จังหวัดเดียวกัน หรือพื้นที่กลุ่มจังหวัดเดียวกัน หรือพื้นที่เขตเดียวกัน ให้มีการพิจารณาในโอกาสต่อไป

สำหรับสถานีอนามัย ควรรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของนิติบุคคลข้างต้นหรือถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อทำงานด้านสาธารณสุข ให้มีการพิจารณาในโอกาสต่อไปด้วย

(2) สถานบริการสุขภาพเชี่ยวชาญเฉพาะด้านควรปรับเป็นนิติบุคคลที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีข้าราชการ ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข

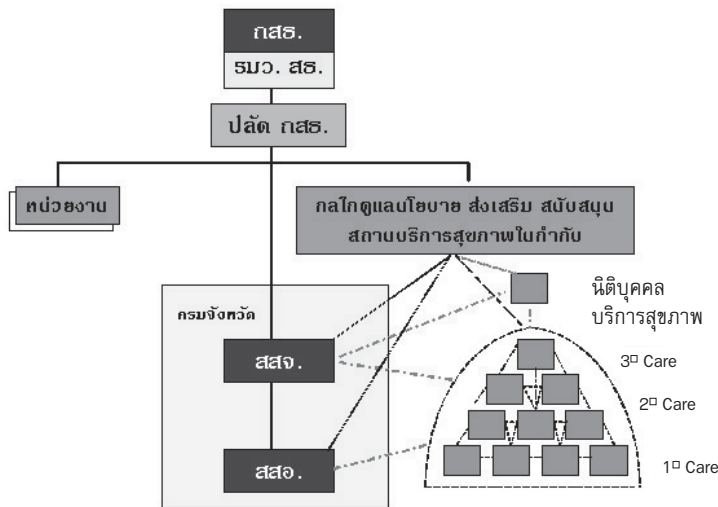
(3) ควรมีกองโกลเฉพาะขึ้นในส่วนกลาง ทำหน้าที่ดูแลการประสานนโยบายและทิศทางการจัดบริการสุขภาพในภาพรวม

(4) การบริหารจัดการนิติบุคคลและกลไกที่ตั้งขึ้นใหม่ควรใช้รูปแบบคณะบุคคลที่เปิดให้ฝ่ายต่าง ๆ ได้แก่ ฝ่ายวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ดังรูปที่ 5 และ 6



- เป็นนิติบุคคลที่ประกอบด้วยสถานบริการต่างระดับอาจยึดตาม พื้นที่จังหวัด หรือกลุ่มจังหวัด (region) หรือเป็นนิติบุคคลที่ประกอบด้วยสถานบริการต่างระดับ อาจมีเฉพาะโรงพยาบาล ส่วนสถานอนามัย อาจถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- เพื่อทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ (งานสาธารณสุข)
- การปรับเป็นนิติบุคคล ควรใช้การออก พ.ร.บ.รองรับ เนื่องจากมีลักษณะจำเพาะ
- ควรใช้วิธีวิจัยทดลองด้วยการปฏิบัติจริงในบางพื้นที่/บางหน่วยงาน
- กสช. ส่วนกลางควรมีกฎ ใกดูแลประสานนโยบายและทิศทางในภาพรวมเพื่อให้เกิดเอกภาพเชิงนโยบาย แต่หลากหลายเชิงปฏิบัติ (ไม่ใช่กลไกบังคับบัญชา)

รูปที่ 5 ข้อเสนอทิศทางการปรับเปลี่ยนสภาพสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข



รูปที่ 6 ความเชื่อมโยงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและสถานบริการสุขภาพในกำกับ

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนข้างต้น ถือว่าเป็นการปรับเปลี่ยนขนานใหญ่ จึงควรมีการทดลองดำเนินการในบางพื้นที่ก่อน แล้วนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบเพื่อการขยายผลอย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมทั้งประเทศ

8. แนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ควรมีการประชุมผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน

หลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ เพื่อร่วมกันตัดสินใจเชิงนโยบาย 3 เรื่องสำคัญ คือ

- (1) บทบาทหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่คาดหวัง ณ พ.ศ. 2550-2555
- (2) แนวทางการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข รองรับบทบาทหน้าที่ที่คาดหวัง ณ พ.ศ. 2550-2555

(3) ทิศทางการปรับสภาพสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ณ พ.ศ. 2550-2559 พร้อมกันนั้น เพื่อให้การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปอย่างราบรื่นและประสบผลสำเร็จ ควรจัดตั้ง “สำนักบริหารการเปลี่ยนแปลง กระทรวงสาธารณสุข” ขึ้นเป็นองค์กรในกำกับกระทรวงสาธารณสุขด้วยการออกพระราชกฤษฎีกาหรือระเบียบรองรับในรูปของกลไกถาวรที่ทำงานต่อเนื่อง 5-10 ปี มีคณะกรรมการที่มียศประกอบด้วยหลายฝ่าย ร่วมกันดูแลทิศทางการดำเนินงาน มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอแผนและขั้นตอนการปรับเปลี่ยน สนับสนุนให้มีการทำงานของวิชาชีพที่เพียงพอ สร้างความร่วมมือและเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ สำหรับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและเป็นที่ยอมรับให้กับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณิ คำมัน. โอกาสสุดท้ายของประเทศไทย: 6 ปีทองของการพัฒนาคนไทยให้ก้าวไกลอย่างยั่งยืน. เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุมประจำปี 2547 “เหลียวหลังแลหน้า: ยี่สิบปีเศรษฐกิจสังคมไทย” วันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2547; โรงแรมแอมบาสเตอร์ ซิตี้ จอมเทียน. กรุงเทพมหานคร : TDRI; 2547.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย: 3 ปี ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2548.
3. กรมควบคุมมลพิษ. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2547. [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2549]. แหล่งข้อมูล: http://www.pcd.go.th/info_serv/pol_state48.html
4. กรมควบคุมมลพิษ. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2548. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2549]. แหล่งข้อมูล: http://www.pcd.go.th/infoserv/pol_state48.html
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร : สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2548.
6. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่ 114, ตอนที่ 55 ก. (ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2540).
7. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กฎหมายระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบราชการ, นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
8. พระราชกฤษฎีกาแก้ไขบทบัญญัติให้สอดคล้องกับการโอนอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 102 ก. (ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2545).
9. พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 99 ก ลว.2 ตุลาคม 2545. [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2549]. แหล่งข้อมูล: http://www.ocsc.go.th/upload.files/lawcommand/prbadminregulation_issue5_2545_15mar46.pdf
10. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119



- ตอนที่ 99 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2545. [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2549]. แหล่งข้อมูล: http://www.ocsc.go.th/upload.files/law_command/prbadminregulation_issue5_2545_15mar46.pdf
11. ไพโรจน์ ภัทธนากุล, วีระวัฒน์ ปันตานิมย์. การบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการปฏิรูประบบราชการและภาพพันธกิจในทศวรรษหน้า. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
 12. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ความเป็นไปได้ในการลดสภาพความเป็นนิติบุคคลของส่วนราชการ เสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะผลการศึกษา; วันที่ 23 กรกฎาคม 2547; โรงแรมแห่งกรีลา. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
 13. เกษม วัฒนชัย. โลกยุคใหม่ สุขภาพแนวใหม่. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2548.
 14. ชมรมแพทย์ชนบท. ข้อเสนอชมรมแพทย์ชนบทต่อโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. มปท; 2545.
 15. ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์. การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์; 2545.
 16. ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์, ธิธวัช วัฒนมะโน. รายงานวิจัยเพื่อสุขภาพของครัวเรือนไทย พ.ศ. 2524-2547. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
 17. วิพุธ พูลเจริญ. การสังเคราะห์โครงสร้าง และองค์กรของระบบสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
 18. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. การปฏิรูปบทบาทภารกิจเพื่อการจัดการสาธารณสุข. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
 19. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ทางเลือกและรูปแบบการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ และสถานบริการสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
 20. Department of Health, UK. Reconfiguring the Department of Health's arm's length bodies. 2004. [cited 2006 Jan 26]. Available form: <http://www.dh.gov.uk/Publications/Reconfiguring the Department of Health's arm's length bodies; 2004>.
 21. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. อะไรเป็นอะไร? ในกระแสการเปลี่ยนแปลง : 30 บาทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2544.
 22. สุพรรณ ศรีธรรมมา, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์, ธิธวัช วัฒนมะโน. ข้อเสนอการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
 23. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.



การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

สุพิตรา ศรีวัฒน์ชาก*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมหภาค ผลการศึกษาส่วนนี้เป็นการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งเป็นผลรวมของการบริการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานีนอมาัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ในพื้นที่ศึกษารวมทั้งหมด 18 เครือข่าย 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ โดยประเมินทั้งส่วนที่เป็นระบบงาน กระบวนการบริการ และผลลัพธ์สุขภาพด้านคลินิก ผลลัพธ์ที่เป็นศักยภาพของผู้ป่วยเบาหวานในด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม การประเมินโดยบุคลากรในหน่วยงาน และการสังเกต สัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากเอกสารโดยผู้ประเมินภายนอกหน่วยงาน ผลการศึกษาแสดงถึงระดับคุณภาพของระบบงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกันสูง และส่วนใหญ่ยังดำเนินการในลักษณะตั้งรับ จัดการกับเหตุการณ์เสี่ยงไม่มาก ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการปฐมภูมียังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ความสามารถไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่มีบทบาทในการคัดกรอง และการติดตามผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้คุมระดับน้ำตาลได้ดี โดยพิจารณาจากระดับ HbA1c < 7 mg% มีร้อยละ 38 มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่และกลุ่มที่เป็นมานาน้อยกว่า 5 ปีมีแนวโน้มคุมได้ดีกว่ากลุ่มที่เป็นมานานกว่า 5 ปี มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10-19 หญิงสูงกว่าชาย ภาคกลาง และกรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับค่าดัชนีมวลกายที่สูง เริ่มมีความผิดปกติของไต (microalbumin >30) ร้อยละ 31-50 มีค่าครีเอตินินสูงร้อยละ 2-30 โดยมีความต่างกันระหว่างพื้นที่ กลุ่มที่เป็นมานานกว่า 5 ปีมีความผิดปกติสูงกว่า ผลความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ การปฏิบัติตัวในการรักษา และการดูแลสุขภาพทั่วไปส่วนใหญ่ดี การปฏิบัติด้านการบริโภคมีระดับดีน้อยกว่าด้านอื่น การดูแลเท้า และการดูแลกรณีพิเศษต่าง ๆ เป็นหมวดที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสมน้อย ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าด้านจิตใจมีสภาพที่ปานกลาง มีค่าคะแนนต่ำกว่าด้านร่างกาย กลุ่มที่เป็นน้อย และมากกว่า 5 ปี แตกต่างกันเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านกาย และความเป็นอิสระ แต่ในด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกันไม่มาก ในพื้นที่ที่มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวดี ก็มีแนวโน้มค่าคุณภาพชีวิตที่ดีในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทที่ชัดเจน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานสามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สะท้อนคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้ และสามารถใช้อะบบการประเมินระบบ และผลลัพธ์ด้านคลินิกบางตัวในการประเมินเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้

คำสำคัญ:

การประเมิน,
ผู้ป่วยเบาหวาน,
หน่วยบริการปฐมภูมิ,
ระบบประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า

*สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

**Abstract**

This study is part of the study to develop the monitoring system for primary care at a macro level. This part shows the evaluation result of diabetic care system of various contracting units for primary care in purposively sampled 18 CUPs, 4 regions. The components of the evaluation were diabetic care system and process, clinical results, knowledge, practices and quality of life of diabetic patients. The methodologies used were internal evaluation by questionnaires and explore evaluation by observation, interview and documentary review. The result showed that the quality of the systems among CUPs was much varied. Most were passive, not proactive on risks and complications management. Primary care showed fewer roles, only screening and follow up. Most of them were not well supported by hospitals and CUPs. Health outcomes indicated that 38 percent of the total had good control of plasma glucose (HbA1c < 7 mg%); 10-19 percent high cholesterol, 21-43 percent high HDL, 2-12 percent high triglyceride particularly among women than men; 31-50 percent micro-albuminuria (>30), high creatinine 2-30 percent. These were different among areas and diabetes over 5 years had more complications than diabetes less than 5 years. The knowledge, practice and quality of life of diabetes were varied among CUPs. Most had good knowledge and practice on medication and general management, but has less on diet, foot care and care for special events. Diabetes had quality of life on mental aspect less than other aspects. Those with diabetes less than 5 years had quality of life score on physical and dependency aspect better than those more than 5 years, but the scores other aspects were not different. The diabetes in areas that had better knowledge and practice also had higher score of quality of life.

Key words:
evaluation,
diabetic patient,
PCU, universal
coverage system

This study showed that the evaluation of diabetes care system can be one tracer to monitor quality of primary care and contracting units of primary care. The process and some outcome indicators in this study can be used to compare conditions among areas.

บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันมีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 7 ในหญิงชาย ร้อยละ 6⁽¹⁾ และมีแนวโน้มเป็นกับกลุ่มอายุน้อยลง ผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 40 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลในการดูแลป้องกันการเป็นเบาหวาน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากระบบบริการสุขภาพจัดระบบไม่มีประสิทธิภาพดีพอ จึงเห็นควรมีการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ และเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องควรจะเป็นบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน และมีบทบาททำงานได้ใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่าโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีข้อมูลสถานการณ์การจัดการบริการด้านนี้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลในเครือข่าย จึงเห็นควรมีการศึกษาศาสนการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เพื่อนำไปประกอบการพัฒนาระบบต่อไป

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวทางการกำกับ ติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽²⁾ การศึกษานี้ดำเนินการใน พ.ศ. 2548 โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน วัตถุประสงค์ของการศึกษาส่วนนี้ คือ ทดลองประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวาน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินเปรียบเทียบผลความคืบหน้าและคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ต่าง ๆ

วิธีการศึกษา

การศึกษาส่วนนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross - sectional survey) ระบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเดียวกัน จำนวน 44 หน่วย 18 เครือข่าย ใน 4 ภาคทั่วประเทศ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ

- เป็นพื้นที่ที่ผู้บริหารในระดับ CUP มีความสนใจ และพร้อมที่จะร่วมมือดำเนินการพัฒนาระบบกำกับ ประเมินผลและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

- มีลักษณะประชากร สภาพพื้นที่ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ในลักษณะที่มีบริบทแตกต่างกัน และเป็นบริบทหลักของแนวโน้มสภาพสังคมไทยในอนาคต ได้แก่ เขตเมือง เขตชนบท เขตห่างไกล บริบทของหน่วยบริการที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

- กระจายใน 4 ภาคๆ ละ 1-2 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 1-3 อำเภอ เป็นอำเภอเมือง และอำเภอในเขตชนบท ส่วนกรุงเทพมหานคร เลือกบริบทตามผู้ให้บริการ (โรงเรียนแพทย์ 2-3 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดของสำนักกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเอกชน)

องค์ประกอบของการศึกษาประเมิน ประกอบด้วย 1) ส่วนที่เป็นกระบวนการ คือ ระบบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในด้านการบริหารจัดการรวมทั้งอำเภอ การจัดการข้อมูล การคัดกรองผู้ป่วย การดูแลรักษา ณ จุดบริการ การให้ความรู้ สนับสนุนการพึ่งตนเอง และ 2) ผลลัพธ์ ซึ่งมีทั้งด้านคลินิก และผลลัพธ์ด้านความรู้ และการปฏิบัติตัวของกลุ่มเป้าหมายของประชาชน (ประยุกต์จากกรอบระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ICIC Model^(3,4) โดยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลที่ประเมินโดยผู้ให้บริการในหน่วยนั้น ร่วมกับการเก็บข้อมูลจากนักวิจัยภายนอก เก็บข้อมูลทั้งที่หน่วยบริการ และเก็บข้อมูลในชุมชน

การประเมิน จะพิจารณาถึงความสมบูรณ์ และคุณภาพของระบบในแต่ละระบบย่อย และประเมินความเชื่อมโยงของแต่ละระบบย่อยที่เอื้อต่อคุณภาพของผลลัพธ์บริการ และผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

ผลการศึกษา

ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบบงาน กระบวนการ และผลลัพธ์ พบว่า ระบบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น มีความแตกต่างกันสูงมากระหว่างพื้นที่ และระหว่างภาค

ก. ผลประเมินด้านระบบงาน

1) ระบบสนับสนุนในระดับภาพรวมทั้งอำเภอ

พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันไม่อาจจะดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างครบวงจร หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล และหน่วยบริหารระดับอำเภอ ในด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ และการส่งต่อบริการ เนื่องจากศักยภาพในการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมียังมีความจำกัด และมีความแตกต่างหลากหลายระหว่างพื้นที่ กล่าวคือ บทบาทของสถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน มีบทบาทแตกต่างกัน และระบบสนับสนุน แบ่งเป็นระดับ ได้ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพของระบบสนับสนุน

ระบบสนับสนุน	ระดับคุณภาพ					
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระบบสนับสนุนของ CUP	ไม่มีสนับสนุนเฉพาะการคัดกรอง	สนับสนุนตามที่ร้องขอ คัดกรองตามผู้ป่วย และเยี่ยมบ้าน	สนับสนุนยาเวชภัณฑ์ คัดกรองช่วยประสาน จัดบริการ	สนับสนุนยา วิชาการ แนวทาง การปฏิบัติการ คัดกรอง และ	สนับสนุนบุคลากร ไปด้วยตามที่โรงพยาบาลกำหนด	มีการทบทวนติดตามพัฒนาต่อเนื่อง คัดกรองจ่ายยา ดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งหมดในพื้นที่รวมทั้งกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนตามแนวปฏิบัติ

ในพื้นที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีระบบสนับสนุนในระดับ 2 และ 3 มีบางส่วนที่เป็นระดับ 4 และมีเพียงไม่กี่แห่งที่เป็นระดับ 5 ซึ่งยังเป็นการทบทวน พัฒนาเป็นครั้งคราวยังไม่เป็นระบบต่อเนื่อง ได้แก่ พื้นที่อำเภอนครหลวง อยุธยา เพราะส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการ

บทบาทของสถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ในแต่ละ CUP สถานีอนามัยบางแห่งมีบทบาทเพียงระดับ 1 สถานีอนามัยบางแห่งได้รับการพัฒนาให้มียุทธศาสตร์ในระดับ 2, 3 และ 4 สถานีอนามัยมีบทบาทเป็นระดับ 5 มีเพียงที่สอ.ท่าช้าง อำเภอ นครหลวง อยุธยา และ ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร อำเภอ ลันทราย เชียงใหม่

2) ระบบจัดการข้อมูล

ระบบข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ และระดับอำเภอ ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ แบบบันทึกประวัติการรักษา การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และทะเบียนข้อมูลกลุ่มประชากรเสี่ยง ซึ่งสามารถจัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพของระบบจัดการข้อมูล

ระบบจัดการข้อมูล	ระดับคุณภาพ					
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ระบบทะเบียนผู้ป่วยที่รับบริการ ที่หน่วย (ระบบบันทึกด้วยมือ หรือเป็นระบบฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์)	ไม่มี	มีข้อมูลในทะเบียนรายงาน แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐานข้อมูล	มีข้อมูลรวบรวมเป็นทะเบียนทำด้วยมือ แต่ไม่มี การปรับให้ทันสมัย	มีข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการรวบรวมเป็นฐาน ทั้งในระบบกระดาษและคอมพิวเตอร์ และปรับข้อมูลทะเบียนให้ทันสมัย	มีฐานข้อมูลผู้รับบริการที่หน่วยที่ปรับทันสมัย ตลอด และมีการเชื่อมต่อข้อมูลเมื่อมีการส่งต่อทั้งไป และส่งกลับ	มีฐานข้อมูลผู้รับบริการที่หน่วยที่ปรับทันสมัย
ระบบประชากรกลุ่มเสี่ยง	ไม่มี	มีการสำรวจเป็นครั้งๆ แต่ไม่ได้รวบรวมเป็นฐาน	มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเป็นครั้งๆ มีการจัดรูปแบบให้ดูแลต่อเนื่อง	มีรวบรวมเป็นฐานข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง มีระบบที่เชื่อมกับการคัดกรองภาวะเสี่ยง	มีระบบที่เป็นฐานติดตาม ต่อเนื่อง (ความเชื่อมโยง) ในคอมพิวเตอร์	มีการใช้ข้อมูลประกอบในการบริการ และติดตามผู้ป่วย
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย	ไม่มี	มีเป็นระบบ OPD card ปกติ	ให้ดูแลต่อเนื่อง เฉพาะส่วนคลินิก	มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูลและติดตามต่อเนื่อง มีระบบที่เชื่อมกับการคัดกรองภาวะเสี่ยง	มีระบบที่เป็นฐานข้อมูลผู้รับบริการที่หน่วยที่ปรับทันสมัย	มีฐานข้อมูลผู้รับบริการที่หน่วยที่ปรับทันสมัย

จากข้อมูลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในระดับอำเภอ มีแต่ทะเบียนผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็น PCU, รพ. 3 แห่ง จาก 14 แห่ง และสถานีอนามัย 6 แห่งจาก 30 แห่ง ส่วนใหญ่จะมีรายการผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ เป็นระดับ 1 แต่บางแห่งมีการรวบรวมเป็นทะเบียนชุด (ระดับ 2) จำนวน 4 แห่ง (จาก 30 แห่ง) บางแห่งมีอยู่ในคอมพิวเตอร์ ในลักษณะที่เป็นฐาน ข้อมูล (ระดับ 3) คือ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก, รพ.ชัยบาดาล ลพบุรี, รพ.สมุทรปราการ แต่บางแห่งเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ในลักษณะเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่ได้เก็บข้อมูลสำคัญอื่นเพิ่มเติม

ส่วนข้อมูลภาวะเสี่ยงนั้น ทั้งหมดยังเป็นการสำรวจปัจจัยเสี่ยงทางด้านการแพทย์ และภาวะร่างกาย ได้แก่ ประวัติพันธุกรรม การมีค่าดัชนีมวลกายสูง และประวัติอาการเบาหวาน ยังไม่มีการสำรวจเรื่องพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยง เช่น การกินหวาน กินมัน หรือ ดื่มน้ำอัดลม ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่รวบรวมได้ส่วนใหญ่นำมาใช้เพื่อคัดกรองเพื่อการตรวจเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อวินิจฉัยการเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่ไม่ได้จัดเก็บข้อมูลส่วนนี้เพื่อเป็นฐานในการรณรงค์ป้องกันในระยะต่อเนื่อง ที่เริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลความเสี่ยงเป็นฐานได้แก่ สอ.สะลวง, ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองหาร, สอ.บ้านป้อก เชียงใหม่ และรพ.พุทธชินราช พิษณุโลก

ส่วนแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประกอบการให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในรูป OPD card ไม่มีแบบเพิ่มเติม ได้แก่ พื้นที่กรุงเทพมหานคร และมีข้อมูลบันทึกเพิ่มเติมใน OPD card ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรพ.ขนาดใหญ่ 6 แห่ง (จากทั้งหมด 8 แห่ง) มีบางแห่งที่จัดทำแบบบันทึกเพิ่ม จำนวน 7 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรพ.ชุมชน และ PCU โรงพยาบาล เพื่อทำให้การบริการได้ครบถ้วน และมีคุณภาพมากขึ้น มีที่เป็นรพ.ใหญ่ 2 แห่ง (รพ.ลพบุรี, รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก) ส่วนสถานีอนามัย หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 19 แห่ง (จาก 44 แห่ง) มีการบันทึกข้อมูลใน family folder ร่วมด้วย และบางแห่งบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ที่ ศสช.หนองหาร, รพ.สันทราย, รพ.สะเมิง, รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก, รพ.ระโนด, สอ.เทพารักษ์, สอ.พุทธรักษา, สอ.ดงตาล, สอ.ท้ายตลาด

3) ระบบคัดกรอง

ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่อายุ 40 ปี ขึ้นไป เพื่อค้นหากลุ่มที่เป็นเบาหวาน เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการดำเนินงานถ่วงหน้า เพียงแต่ความครอบคลุม และคุณภาพของกระบวนการ มีความแตกต่างกัน ในส่วนคุณภาพของระบบและกระบวนการ สามารถจัดแบ่งเป็นระดับ ได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพของระบบคัดกรอง

ระบบคัดกรอง	ระดับคุณภาพ					
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
วิธีคัดกรอง	ไม่มีระบบคัดกรองที่ชัดเจน	มีการคัดกรองแบบตั้งรับในสถานพยาบาล	มีการคัดกรองในชุมชนตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด	มีการคัดกรองในชุมชน โดยประยุกต์จากเกณฑ์ส่วนกลาง และเกณฑ์เฉพาะของพื้นที่	มีการใช้ระบบคัดกรองร่วมกับการให้ความรู้พื้นฐานแก่ประชากรทั่วไป	



ตารางที่ 3 (ต่อ) ระดับคุณภาพของระบบคัดกรอง

ระบบคัดกรอง	ระดับคุณภาพ						
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
ระบบดูแลหลังการคัดกรอง	ส่งเฉพาะผู้ที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อเข้าระบบการดูแลตามแนวปฏิบัติ ไม่มีแนวทางปฏิบัติ สำหรับกลุ่มอื่น	มีการให้ความรู้ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง แต่ไม่มีระบบติดตามกลุ่มต่างๆ หลังการคัดกรอง	มีการให้ความรู้ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง และมีระบบติดตาม ทำความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เฉพาะกลุ่มป่วย โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ	มีการให้ความรู้ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง ส่งผู้ป่วย และเพิ่มการให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง และให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป	มีการให้ความรู้ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง ส่งผู้ป่วย และเพิ่มการให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยเสี่ยง	มีการให้ความรู้ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง ส่งผู้ป่วย และเพิ่มการให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง และให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป	มีการให้ความรู้ความเข้าใจก่อนการคัดกรอง ส่งผู้ป่วย และเพิ่มการให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มที่เฝ้าระวัง กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง และให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป

จากข้อมูลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีวิธีคัดกรองในระดับ 1 และ 2 มีเพียงบางแห่งที่พัฒนาเป็นระดับ 3 และ 4 วิธีการในการคัดกรองมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น บางพื้นที่ตั้งเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้แก่นในพื้นที่จังหวัดยะลา แต่ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อายุ 40 ปีขึ้นไป วิธีการตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะเบาหวานส่วนใหญ่ใช้การตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว ร่วมกับการตรวจเลือดจากเส้นเลือดที่แขน มีเพียง 1-2 แห่งที่ยังใช้การตรวจปัสสาวะ

ส่วนระบบดูแลหลังคัดกรองส่วนใหญ่เป็นระดับ 1, 2 และ 3 ส่วนใหญ่แนวความคิดการคัดกรองเพื่อหาผู้ป่วย มีใช้เพื่อการหากกลุ่มเสี่ยง และเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น การดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่ผลปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำทุกปี หรือ ทุก 2 ปี แต่การให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

กระบวนการพัฒนา มักเริ่มต้นจากโรงพยาบาลที่มีความสนใจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิมักมีข้อจำกัดในด้านองค์ความรู้ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง และความรู้เพื่อการป้องกัน

4) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ณ จุดบริการ

4.1 จุดบริการที่โรงพยาบาล

4.2 จุดบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

คุณภาพของการให้บริการ ณ จุดบริการ ขึ้นกับปัจจัยสำคัญ คือ คุณภาพของผู้ให้บริการโดยตรง และทีมงาน ขอบเขตของบริการที่ออกแบบเตรียมให้ผู้รับบริการ เวลาที่ให้บริการ ระบบข้อมูล และการติดตามประสานเชื่อมโยงบริการ ซึ่งจัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วย ณ จุดบริการ

ประเด็นคุณภาพ	ระดับคุณภาพของระบบดูแลผู้ป่วย ณ จุดบริการ					
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
เวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในการรับมารับบริการที่สถานพยาบาลแต่ละครั้ง (ตั้งแต่ทำบัตร-กลับบ้าน)		มากกว่า 4 ชั่วโมง	3-4 ชั่วโมง	> 2-3 ชั่วโมง	1-2 ชั่วโมง	น้อยกว่า 1 ชั่วโมง
เวลาที่แพทย์/จนท. ให้บริการเฉลี่ยต่อคน		1 นาที	3 นาที	5 นาที	10 นาที	15 นาที
การแบ่งบทบาทบริการของทีมงาน	ไม่ชัดเจน	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้บริการ โดยไม่มีการติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ	เจ้าหน้าที่ให้บริการภายใต้ การติดตาม สนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ	บทบาทแพทย์ ให้การรักษาพยาบาลร่วมคัดกรองหรือพยาบาล/เจ้าหน้าที่ ดูแลและติดตามเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพ ร่วมให้บริการ แต่ต่างคนต่าง ให้ตามบทบาท ความรับผิดชอบ	ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินและ ประยุกต์วิธีบริการให้ ผสมผสานสอดคล้อง กับผู้รับบริการ
บทบาทและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ	ไม่สนใจ	ให้ยาเป็นหลัก	ให้ยาและให้ความรู้	รับฟังปัญหา ประเมิน และให้บริการเน้นที่ด้านการแพทย์ หรือมีการดูแลผสมผสาน เยี่ยมบ้าน	ทำงานเป็นทีม ร่วมกับวิชาชีพอื่นตามโปรแกรมที่เจ้าหน้าที่กำหนด	ทำเป็นทีมเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วย เน้นการมีส่วนร่วม
ระบบเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวาน	ไม่มีระบบชัดเจน ขึ้นกับผู้ให้การรักษา/แพทย์	มีแนวทางปฏิบัติ แต่ไม่มีการทบทวนว่าดำเนินการตามแนวปฏิบัติหรือไม่	มีแนวทางปฏิบัติ และมีการทบทวนการปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	มีแนวทางปฏิบัติ และทบทวนการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ให้บริการทำได้ไม่ครบ และคัดกรองไม่ครบทุกรายการ ตามมาตรฐาน ส่งติดตามกรณี	มีแนวทางปฏิบัติ ทบทวนสม่ำเสมอ ครบทุกรายการ และปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (มากกว่า 80%)	มีแนวทางปฏิบัติ และ ทบทวนการปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอ คัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนครบตามมาตรฐาน (100%)
การติดตาม ดูแลที่บ้าน	ไม่มี	มีการตรวจสอบ ขณะตรวจ แต่ไม่มีการดำเนินการต่อ	มีการเตรียมการก่อนตรวจและตรวจสอบหลังตรวจ	ขาดนัดตามระบบ โดยหน่วยอื่น แต่ไม่ได้ตามผล	มีการติดตามผล และบางครั้งเยี่ยมบ้าน ติดตาม	มีการทบทวนตามผล วางแผนดูแลต่อ



การศึกษา พบว่า การจัดบริการที่โรงพยาบาลมีความครบถ้วนของกระบวนการมากกว่าบริการที่สถานีอนามัย แต่ทั้งนี้ขึ้นกับการวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานีอนามัย ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลไม่ได้เริ่มต้นสนับสนุนวิชาการ หรือ จัดกิจกรรมด้านต่าง ๆ สถานีอนามัยจะมีบทบาทน้อย แต่พื้นที่ที่โรงพยาบาลมีความตื่นตัวต่อการดำเนินงานต่อเนื่อง และการป้องกัน มีความร่วมมือกับสอ.ในการให้บริการติดตามต่อเนื่อง สอ. มีบทบาทในการให้ความรู้ และมีบทบาทในด้านการรักษามากขึ้น

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัย หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดโดยรพ. ส่วนมากมีความถี่ของบริการไม่สูง ประมาณสัปดาห์ละครั้ง หรือ เดือนละครั้ง เพราะจำนวนผู้ป่วยไม่มาก เวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการรอคอยเพื่อรับบริการส่วนใหญ่จะสั้น ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ผู้ให้บริการมักเป็นพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางครั้ง บางแห่งมีแพทย์ร่วมให้บริการด้วยเดือนละ 1 ครั้ง การให้ความรู้มักเป็นแบบรายบุคคล และบางแห่งจัดเป็นกิจกรรมให้ออกกำลังกาย อธิบายเรื่องอาหาร มีบางแห่งพยายามจัดในรูปของกลุ่มช่วยเหลือกันเองการติดตามเยี่ยมบ้านมักจะบูรณาการกับงานด้านอื่น ๆ

การจัดบริการที่โรงพยาบาลกรณีเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นรพ.ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปก็จะมีความซับซ้อนของการให้บริการมากขึ้น และมักให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์ โดยมีทีมพยาบาลร่วมให้บริการในการซักถามประวัติให้ความรู้พื้นฐาน มีบางแห่งมีทีมนักกายภาพ และโภชนาการเข้ามาร่วมให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มเล็ก แพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการตัดสินใจจัดบริการ ความถี่ของการจัดคลินิกบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ได้แก่รพ.ในพื้นที่สงขลา เชียงใหม่ และบางแห่งให้บริการทุกวันเนื่องจากผู้ใช้บริการจำนวนมาก ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดของผู้รับบริการที่รพ.ใหญ่อย่างน้อย 2 ชั่วโมง จนถึง 5 ชั่วโมง

กรณีโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการเป็นแพทย์ทั่วไป ร่วมกับพยาบาลให้บริการสัปดาห์ละครั้ง บางแห่งมากกว่า เพราะผู้ใช้บริการมาก บุคลากรที่ดูแลมีน้อยกว่ารพ.ใหญ่ เช่น ทีมนักกายภาพ และทีมโภชนาการบางแห่งไม่มี กรณีที่มีก็จะมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ และคำปรึกษากับผู้ป่วยด้วย การจัดระบบติดตามต่อเนื่องส่วนใหญ่ชัดเจนกว่ารพ.ใหญ่

เวลาที่ผู้ป่วยได้รับบริการจากผู้ให้บริการนั้น จะสูงสุดที่สถานีอนามัย รองลงมาคือที่รพ.ชุมชน และที่รพ.ใหญ่จะต่ำที่สุด ยกเว้นกรณีรพ.ใหญ่ที่มีหน่วยบริการใหม่ขึ้นมาดูแลด้านนี้โดยตรง ตัวอย่างเช่น คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวของรพ.พุทธชินราช พิษณุโลก, รพ.สงขลา

ระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่หน่วยบริการอยู่ในระดับ 1 และ 2 การตรวจ neuropathy มีการทำน้อยมาก เนื่องจากไม่มีเวลา และเจ้าหน้าที่ยังไม่มั่นใจทำ ส่วนการตรวจตา มักติดขัดเรื่องการส่งให้จักษุแพทย์ตรวจทำได้จำกัด ส่วนการตรวจชั้นสุตรทางห้องปฏิบัติการนั้นมีการเขียนกำหนดไว้ในแผน หรือในแนวปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่มักทำได้น้อย และไม่มีผู้ดูแลทบทวนติดตามที่ชัดเจน ยกเว้นเพียงบางแห่งที่มีระบบนี้ชัดเจน เช่น ที่รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก, รพ.สมเด็จพระสังฆราช อยุธยา, รพ.ชัยบาดาล ลพบุรี , รพ.สมุทรปราการ

ด้านคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการนั้นในการศึกษาคั้งนี้ประเมินได้ชัดเจนเพียงบางแห่ง ส่วนใหญ่จะประเมินไม่ได้ชัด เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ให้บริการประเมินตนเองมากกว่า แต่จากการสัมภาษณ์เจาะลึก และสังเกตการณ์การให้บริการร่วมด้วยในบางพื้นที่ แบ่งลักษณะของความสัมพันธของผู้ให้บริการได้ตามตารางข้างต้น ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้แตกต่าง คือ ทักษะคดีของผู้ให้บริการต่อการให้ความสำคัญในการสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้ป่วย ปัจจัยด้านความเข้าใจต่อการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มีความซับซ้อน และมีปัจจัยแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางการแพทย์ รวมทั้งทักษะความเข้าใจและการให้ความสำคัญสำคัญต่อบทบาทของทีมสุขภาพในการร่วมมือกับบทบาทให้บริการสุขภาพได้รอบด้านและสมบูรณ์มากขึ้น

5) ระบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ และสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน

ระบบด้านนี้ ส่วนใหญ่หน่วยบริการจะเน้นให้ความรู้ตามที่หน่วยบริการวางแผนไว้ เป็นระดับ 2, 3 แต่ก็มีหลายแห่งที่พยายามจัดเป็นบริการในระดับ 3 ส่วนบริการในระดับ 4, 5 นั้น มักเป็นบริการที่ขึ้นกับแพทย์ผู้ให้บริการโดยตรงว่ามีความสนใจ และมีข้อมูลรายละเอียดของความรู้ในการพึ่งตนเองมากน้อยเพียงใด

มีหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งที่มีความตื่นตัวด้านนี้ มีการศึกษาถึงปัจจัย รูปธรรมที่กลุ่มเป้าหมายดูแลตนเองได้ดี เพื่อนำมาเผยแพร่ แลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยตนเอง ได้แก่ พื้นที่จังหวัดสงขลา, อำเภอเมืองพิษณุโลก, อำเภอพนมไพร ร้อยเอ็ด, อำเภอกมลาไสย กาฬสินธุ์, อำเภอนครหลวง อโยธยา บางแห่งมีการจัดกิจกรรมค่ายผู้เป็นเบาหวานเพื่อเรียนรู้การดูแลตนเอง จัดตั้งชมรมผู้เป็นเบาหวาน เพื่อเป็นกลุ่มดูแลส่งเสริมสุขภาพของกันและกัน เป็นการเสริมการช่วยเหลือตนเอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับคุณภาพของระบบการให้ความรู้ความเข้าใจ

ตัววัดคุณภาพระบบการให้ความรู้	ระดับคุณภาพ					
	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
วิธีการให้ความรู้/ศึกษา แก่ผู้รับบริการ	ไม่มีการให้ความรู้/ศึกษา	จัดเป็นกลุ่มให้ความรู้/ศึกษาที่สถานพยาบาล	จัดเป็นกลุ่มย่อยให้ความรู้/ศึกษาตามแผน ที่สถานพยาบาลกำหนด	จัดเป็นกลุ่มเรียนรู้ระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ (Self-help group)	เป็นระบบประเมินและให้คำปรึกษา รายบุคคลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการ	เป็นระบบประเมินให้คำปรึกษา รายบุคคล และให้ญาติ/ครอบครัวมีส่วนร่วม

การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง มีตั้งแต่การใช้แผ่นพับความรู้ทั่วไปแจก ประชาสัมพันธ์ในกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการคัดกรองผู้ป่วย การให้ความรู้ผ่านแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข และผ่านผู้ป่วยเบาหวาน ให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้แก่ครอบครัว และผู้อยู่ใกล้เคียง แต่ยังไม่มีการจัดระบบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน

ข. ผลประเมินด้านผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะความอ้วน (ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว)

ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่หน่วยบริการ โดยกำหนดค่านิยาม และแนวการวัดเส้นรอบเอวที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน⁽⁵⁾ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนภาวะสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในแต่ละภูมิภาคที่แตกต่างกัน พื้นที่กรุงเทพฯ และภาคกลางมีแนวโน้มค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานในภาคอื่น ๆ ผู้หญิงมีแนวโน้มอ้วนมากกว่าผู้ชายในทุกพื้นที่ ค่าเส้นรอบเอว มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c มากกว่าค่าดัชนีมวลกาย (ตารางที่ 6)



ตารางที่ 6 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอวของผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการ แยกตามภาค

สภาพพื้นฐาน	ระดับ	ผลตัวอย่างรายภาค					รวม	
		กรุงเทพฯ ร้อยละ	กลาง ร้อยละ	เหนือ ร้อยละ	อีสาน ร้อยละ	ใต้ ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย หญิง	(จำนวน)	188	409	440	1284	494	2815	
	< 17	.0	.5	.9	1.0	1.4	.9	
	17-<23	12.8	19.1	29.5	31.9	19.6	26.2	
	23-24.9	19.7	27.4	26.8	23.4	28.3	25.1	
	25-27.4	22.3	19.3	12.5	20.4	19.8	19.0	
	27.5-30	22.9	16.4	17.3	13.4	17.4	15.8	
	> 30	22.3	17.4	13.0	10.0	13.4	12.9	
ดัชนีมวลกาย ชาย	(จำนวน)	64	179	275	426	204	1148	
	< 17	3.1	2.2	.7	1.4	2.0	1.6	
	17-<23	15.6	24.0	25.8	31.2	25.0	26.8	
	23-24.9	32.8	22.9	32.0	23.5	34.3	27.9	
	25-27.4	17.2	19.6	17.1	22.1	19.1	19.7	
	27.5-30	21.9	14.5	16.7	13.8	12.3	14.8	
	> 30	9.4	16.8	7.6	8.0	7.4	9.2	
เส้นรอบเอว หญิง	(จำนวน)	191	430	460	1298	481	2860	
	<80	27.2	46.2	48.7	38.1	33.9	39.6	
	81-90	43.5	32.8	29.6	37.8	37.4	36.0	
	> 90	29.3	20.9	21.7	24.1	28.7	24.3	
	ชาย	(จำนวน)	65	190	278	432	192	1157
		< 90	64.7	65.8	76.2	66.7	63.5	68.2
		91-100	29.2	24.7	19.4	23.6	27.1	23.7
> 100		6.2	9.4	4.4	9.8	9.4	8.1	

พฤติกรรมเสี่ยง: การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูลการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเบาหวานเป็นข้อมูลที่บันทึกน้อย และไม่มีการรวบรวมที่ชัดเจน เมื่อมีการบันทึก และรวบรวมในพื้นที่ศึกษา จากข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก รวมทั้งแสดงว่ายังมีร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชายมีร้อยละ 25 หญิงร้อยละ 3 ที่ยังสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ควรมีการติดตาม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในระยะต่อไป

ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ฮีมาโกลบินเอวันซี (HbA1c)

การตรวจค่านี้ เป็นการตรวจเพิ่มพิเศษ เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ในช่วงเวลาเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี คือ (ระดับ < 7%)⁽⁶⁾ พบว่าระดับการคุมได้มี

ตารางที่ 7 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c แบ่งตามระยะเวลาการป่วย

	ระดับ HbA1c (ร้อยละ)				รวม	p-value
	คน (ร้อยละ)	good (<7)	7-8	poor control (>8)		
น้อยกว่า 5 ปี	1,757 (49.00)	43.48	23.62	32.90	100	
5 ปีขึ้นไป	1,831 (51.00)	32.99	26.00	41.02	100	<.0005
รวม	3,588 (100.00)	38.13	24.83	37.04	100	

ตารางที่ 8 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยเบาหวาน แยกตามภาค และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ร้อยละ)

ระยะเวลาการป่วย	HbA1c	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	รวม
เป็นมาน้อยกว่า 5 ปี	(คน)	70	310	337	728	312	1757
	good (<7)	55.7	46.1	53.4	34.9	47.4	43.5
	7-8	17.1	20.6	21.1	27.6	21.5	23.6
	poor control (>8)	27.1	33.2	25.5	37.5	31.1	32.9
เป็นมา 5 ปีขึ้นไป	(คน)	180	357	259	804	231	1831
	good (<7)	34.4	36.1	33.2	32.1	29.9	33.0
	7-8	28.9	26.3	22.4	26.6	25.1	26.0
	poor control (>8)	36.7	37.5	44.4	41.3	45.0	41.0

ความสัมพันธ์กับระยะเวลาการป่วย (ตารางที่ 7) กล่าวคือ เมื่อป่วยมานานการคุมได้จะลดลง และพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างพื้นที่เมื่อแบ่งกลุ่มป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 5 ปี และพบว่ามี ความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) กล่าวคือ คุมได้ดีที่สุดในหน่วยบริการที่เป็นตัวอย่างศึกษาในพื้นที่กรุงเทพฯ และภาคเหนือสูงสุด ต่ำสุดในพื้นที่ภาคอีสาน และเมื่อพิจารณาเป็นราย CUP (รวมข้อมูลทั้งรพ. และหน่วยบริการปฐมภูมิ) พบว่า ในกลุ่มที่เป็นน้อยกว่า 5 ปีมีสัดส่วน การคุมได้สูงที่สุดในเครือข่ายอำเภอสะเมิง จ. เชียงใหม่, เมืองพิษณุโลก, อำเภอพนมไพร จ. ร้อยเอ็ด, อำเภอราษีไศล จ. ยะลา และเมืองสมุทรปราการ (ตารางที่ 8)

ส่วนกลุ่มที่เป็นมานานกว่า 5 ปี มีแนวโน้มการคุมได้ดีโดย CUP ที่ดูแลโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มี แพทย์เฉพาะทางร่วมให้บริการด้วย ยกเว้นพื้นที่สะเมิงที่มีระดับการคุมได้สูง แม้หน่วยบริการนี้ไม่มีแพทย์ เฉพาะทาง

ระดับไขมันในเส้นเลือด

การตรวจไขมันที่กำหนดตามมาตรฐานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน คือ โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์



และระดับ HDL ซึ่งมีความมาตรฐานแตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย* จากการศึกษาได้ผลดังตารางที่ 9, 10, 11 พบว่า หญิงมีค่าสูง และมีความเสี่ยงมากกว่าชายในทุกค่า สอดคล้องกับค่าดัชนีมวลกาย (ตารางที่ 6) ระดับโคเลสเตอรอลสูงมีประมาณร้อยละ 9.9 - 19.3 โดยสูงมากในพื้นที่ภาคกลาง และภาคใต้ ในขณะที่ภาคเหนือ และภาคอีสานจะต่ำกว่า แต่ขณะเดียวกันในบางพื้นที่ของอีสานก็มีค่าสูง ได้แก่เขตเมืองขอนแก่น

ส่วนผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง⁽⁷⁾ มีสัดส่วนมากที่สุดในพื้นที่ภาคอีสาน แต่มีจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งที่อยู่ในระดับ borderline ซึ่งสามารถสูงขึ้นหรือลดลงได้

ตารางที่ 9 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง* แยกตามเพศ และภาค

ตัวอย่างศึกษา ในภาค	สัดส่วน (%) ของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือด					
	หญิง (n)	ปกติ (<= 200)	สูง (>250)	ชาย (n)	ปกติ (<= 200)	สูง (>250)
กรุงเทพมหานคร	187	41.2	19.3		47.6	14.3
กลาง	531	47.6	15.3	225	55.6	11.6
เหนือ	565	60.9	9.9	339	65.5	8.3
อีสาน	1288	55.0	12.1	438	63.0	8.0
ใต้	544	41.5	18.2	202	49.0	16.8

*ใช้มาตรฐานผลจากมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ ที่เป็นหน่วยตรวจเลือดทั้งหมดในการศึกษา

ตารางที่ 10 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ แยกตามเพศ และ ระดับ CUP

ตัวอย่างศึกษา ในภาค	สัดส่วน (%) ของผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ในเลือด					
	หญิง (n)	ปกติ (<= 150)	สูง (>400)	ชาย (n)	ปกติ (<= 150)	สูง (>400)
กรุงเทพมหานคร	186	57.0	1.6	63	49.2	-
กลาง	529	47.3	4.3	225	43.1	6.7
เหนือ	564	52.0	3.0	339	47.2	7.4
อีสาน	1284	32.9	12.2	438	32.4	13.0
ใต้	544	49.3	4.4	202	50.5	8.4

ตารางที่ 11 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HDL ต่ำ แยกตามเพศ และ อำเภอ (CUP)

ตัวอย่างศึกษา ในภาค	สัดส่วน (%) ของผู้ที่มีระดับ HDL ในเลือด					
	หญิง (n)	no risk (>85)	high risk (<45)	ชาย (n)	no risk (>55)	high risk (<35)
กรุงเทพมหานคร	187	17.6	21.4		20.6	11.1
กลาง		11.9	29.9	225	18.7	18.2
เหนือ		9.0	39.6	339	17.4	19.2
อีสาน		3.6	60.4	438	10.5	27.9
ใต้	544	9.4	43.9	202	12.9	24.3

*ใช้มาตรฐานผลจากมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ ที่เป็นหน่วยตรวจเลือดทั้งหมดในการศึกษา

ระดับ HDL นั้นผู้ป่วยเบาหวานมีค่าต่ำซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 40 โดยมีความเสี่ยงสูงที่สุดในพื้นที่ภาคอีสาน

ความผิดปกติของไต ของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการตรวจประเมินด้วยการตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ พบว่ามีระดับที่ผิดปกติมาก ร้อยละ 4-22 โดยมีความผิดปกติมากที่สุดในพื้นที่อีสาน จังหวัดขอนแก่น และร้อยเอ็ด ผู้ชายมีแนวโน้มสัดส่วนความผิดปกติสูงกว่าหญิงในทุกพื้นที่ และเริ่มมีความผิดปกติของไต (microalbuminuria)⁽⁸⁾ ประมาณร้อยละ 30 ในขณะที่เมื่อตรวจด้วยระดับ creatinine พบว่ามีค่าผิดปกติ ร้อยละ 2-30 โดยกลุ่มที่เป็นนานกว่า 5 ปี มีสัดส่วนผิดปกติสูงมากกว่ากลุ่มที่เป็นน้อยกว่า 5 ปี

เมื่อเทียบผลการตรวจระหว่าง creatinine กับ microalbumin พบว่าในขณะที่ระดับ creatinine ปกติ จะมีค่าอัลบูมินในปัสสาวะสูงในระดับ micro ร้อยละประมาณ 30 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะสูงกว่าปกติ แบ่งตามระยะเวลาการป่วย และพื้นที่

ตัวอย่างศึกษา ในภาค	สัดส่วนของผู้มีระดับ microalbumin ในปัสสาวะ (%)					
	เป็นมา < 5 ปี			เป็นมา 5 ปีขึ้นไป		
	(n)	Micro (30-299)	Macro (>300)	(n)	Micro (30-299)	Macro (>300)
กรุงเทพมหานคร	(70)	50.0	2.9	168	42.9	13.1
กลาง	308	33.1	6.2	346	39.6	15.0
เหนือ	346	36.4	9.2	259	39.4	18.1
อีสาน	726	31.3	6.3	794	37.5	13.4
ใต้	308	37.3	9.1	227	37.9	14.1

ค. การปฏิบัติตัว ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเบาหวาน

เป็นผลลัพธ์ส่วนที่เป็นศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายต่อการดูแลตนเอง และความคิด ความรู้ ต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในแต่ละด้าน การวิเคราะห์ที่นำเสนอเป็นการนำเสนอคะแนนรวมของการปฏิบัติ และความรู้แต่ละด้าน ซึ่งมาจากการประมวลค่าเฉลี่ยของข้อมูลแต่ละข้อ พบว่าผลลัพธ์ได้สะท้อนระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในความรับผิดชอบของหน่วยบริการแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 13, 14) ในด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา การดูแลสุขภาพทั่วไป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การปฏิบัติตัวด้านบริโภคมีระดับดีน้อยกว่าด้านอื่น และมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มากกว่าหมวดอื่น หากพิจารณาข้อรายละเอียด พบว่าหมวดการปฏิบัติตัวด้านการดูแลเท้า และการดูแลกรณีพิเศษต่าง ๆ เป็นหมวดที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสมน้อย และน้อยกว่าหมวดอื่น ๆ ทั้งหมด หากต้องการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่อาจใช้ค่าเฉลี่ยรวมของพื้นที่ทั้งหมด เป็นค่ากลางในการตัดได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า มีพื้นที่ 9 แห่งที่มีระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย พื้นที่ 14 แห่ง ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 13 ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของ CUP แยกตามภาค

ภาค	จำนวน n	สัดส่วนของระดับการปฏิบัติตัว (%)							
		ด้านบริโภค		ด้านการรักษา		ดูแลสุขภาพทั่วไป		การปฏิบัติตัวโดยรวม	
		ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง	ดี
กรุงเทพมหานคร	592	37.8	62.2	19.7	80.2	37.3	62.7	27.4	72.6
กลาง	450	44.0	56.0	14.2	85.6	19.8	80.2	20.3	79.7
เหนือ	668	19.6	80.4	9.6	90.4	20.7	79.2	12.3	87.7
อีสาน	1127	21.1	78.9	26.3	73.7	36.9	56.5	35.8	64.2
ใต้	664	40.2	59.8	14.8	85.1	20.0	79.8	15.8	84.2
รวมทั้งหมด	3501	30.2	69.8	18.2	81.7	28.5	69.3	24.1	75.9

ตารางที่ 14 สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ในระดับน้อยของ CUP แยกตามภาค

ภาค	จำนวน n	สัดส่วนการมีความรู้ในระดับน้อย (%)					
		โรค	บริโภค	ยา	ดูแลทั่วไป	โอกาสพิเศษ	ความรู้รวม
		น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย
กลาง	450	20.2	31.3	26.4	30.0	38.2	22.7
เหนือ	651	26.1	27.7	30.1	35.0	44.7	26.0
อีสาน	1127	19.6	35.4	30.4	19.1	31.8	23.2
ใต้	664	26.8	25.0	23.8	18.4	41.0	21.4

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

การประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษานี้ ซึ่งปรับปรุงจากการประเมินคุณภาพชีวิตที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก^(9,10) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และไม่พอใจ มีค่าต่ำกว่าด้านอื่น ๆ (ตารางที่ 15) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย มีระดับดีที่สุด และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นน้อย และมากกว่า 5 ปี เฉพาะในด้านกาย และความเป็นอิสระ แต่ในด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างไม่มาก แต่ก็พบว่าในพื้นที่ที่มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติตัวดี ก็มีแนวโน้มค่าการวัดคุณภาพชีวิตที่ไปในทิศทางเดียวกัน เช่น พื้นที่เมืองลพบุรี, อำเภอพนมไพร จ. ร้อยเอ็ด, อำเภออมลาลัย จ. กาฬสินธุ์, เมืองพิษณุโลก ในขณะที่พื้นที่มีค่าอื่นในเกณฑ์ที่ไม่ดี ค่านี้ก็แปรไปในทิศทางเดียวกัน ไม่พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง และชนบทที่ชัดเจน ยกเว้นพื้นที่สะเมิง จ. เชียงใหม่ ซึ่งมีชาวเขาจำนวนมากเป็นพื้นที่ที่มีค่าต่าง ๆ ต่ำกว่าพื้นที่อื่น

ตารางที่ 15 ระดับคะแนนที่แสดงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ป่วยน้อย และมากกว่า 5 ปี

	5 ปีลงไป			มากกว่า 5 ปี			รวม			p -value
	n	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	n	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	n	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน	
ด้านร่างกาย	1743	3.62	0.53	1563	3.53	0.58	3306	3.58	0.55	<0.005
จิตใจ	1742	2.92	0.39	1563	2.92	0.37	3305	2.92	0.38	>.05
ความเป็นอิสระ	1743	3.57	0.64	1563	3.49	0.69	3306	3.53	0.67	<0.005
สัมพันธภาพกับสังคม	1742	3.25	0.74	1563	3.25	0.77	3305	3.25	0.76	>.05
สิ่งแวดล้อม	1742	3.30	0.43	1563	3.33	0.43	3305	3.32	0.43	>.05
คุณค่า สิ่งยึดเหนี่ยว	1742	3.41	0.82	1563	3.35	0.83	3305	3.38	0.83	>.05
รวม	1743	3.35	0.38	1563	3.31	0.39	3306	3.33	0.39	<0.05

(คะแนนเต็ม = 5 1= ไม่พอใจอย่างยิ่ง 2=ไม่พอใจ 3=ปานกลาง /เฉยๆ 4 = พอใจ 5=พอใจอย่างยิ่ง)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ ส่วนหนึ่งมีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลด้านคลินิกควบคู่ไปกับการประเมินด้วย เนื่องจากขาดข้อมูลที่จัดเก็บในระบบปกติ ฉะนั้นการประเมินครั้งนี้ เป็นผลส่วนหนึ่งจากการที่มีการพัฒนา งานร่วมด้วย แต่การศึกษาในส่วนการประเมินระบบงาน เป็นการประเมินตามสภาพจริงของระบบที่ยังไม่ได้ รับผลกระทบจากกระบวนการพัฒนา

การประเมินในส่วนกระบวนการ และระบบงาน ซึ่งประเมินโดยบุคคลภายนอกร่วมกับการให้กรอบ ให้ บุคลากรประเมินตนเอง ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้ประเมินต้องมีฐานการอบระบบที่พึงประสงค์ และมีความเข้าใจต่อ ระบบงานนั้น ๆ จึงจะประเมินได้รอบด้าน และในการศึกษาได้พยายามนำเสนอผลการประเมินเป็นระดับขั้น เพื่อทำให้การประเมินง่าย เป็นรูปธรรม และบุคลากรในระบบสามารถประเมินตนเองเปรียบเทียบกับระบบที่ พึงประสงค์ได้ แต่กระบวนการหรือระบบดี จะทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานดีหรือไม่นั้น ยัง เป็นส่วนที่ต้องมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบสองส่วนนี้ต่อไป แต่จาก ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับความแตกต่างของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมาก ซึ่งแสดง ว่าการใช้ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ น่าจะเป็น เครื่องมือที่ดีที่เปรียบเทียบความแตกต่างได้

ผลการประเมินส่วนที่เป็นผลลัพธ์สุขภาพนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากคุณภาพของระบบบริการ แต่ส่วนหนึ่ง มีปัจจัยจากสภาพพื้นฐานสุขภาพของประชากรเป้าหมายด้วย ได้แก่ ภาวะความอ้วน (ดัชนีมวลกาย, เส้นรอบ เอว) ภาวะไขมันในเส้นเลือด ส่วนหนึ่งสะท้อนสภาพพื้นฐานของผู้ป่วย และหมายรวมไปถึงผลลัพธ์จากคำแนะนำ ของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ และคุณภาพของการจัดบริการได้ด้วย

ค่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่คัดเลือกมาทั้งหมดนี้ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในทุกตัวแปร มาก น้อยแตกต่างกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะพื้นที่วัฒนธรรม การกินอยู่ที่แตกต่าง ส่วนหนึ่งน่าจะเป็น



ผลจากการรับรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ไม่เท่ากัน อันเป็นผลมาจากบริการสาธารณสุขที่ให้ความรู้ความเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนักน้อยเพียงใด สะท้อนต่อคุณภาพบริการได้ทางหนึ่ง โดยพิจารณาร่วมกับระบบการทำงาน และคุณภาพบริการในส่วนที่กล่าวมาแล้ว

ข้อสรุป

สถานการณ์ของระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

1. หน่วยบริการปฐมภูมิใด ๆ ที่เป็นเครือข่ายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีข้อจำกัดในการตัดสินใจเพื่อการดำเนินการด้วยตนเอง มีความจำเป็นต้องให้มีการทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลและหน่วยบริหารในระดับอำเภอ

2. ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลและหน่วยบริหารในระดับอำเภอ มีบทบาทสนับสนุน และเสริมบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ มากน้อยแตกต่างกัน

3. ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นส่วนที่มีความเชื่อมต่อ และสัมพันธ์กันมากระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับโรงพยาบาล ไม่อาจแยกจากกันเด็ดขาดได้ ยกเว้นต้องเลือกประเมินเฉพาะบริการที่เป็นบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่เพียงส่วนเดียว ไม่มีผลกระทบจากโรงพยาบาล เช่น การค้นหากลุ่มเป้าหมาย การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสให้ครอบคลุม แต่จากคำจำกัดความของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่กำหนดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการต้องมีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรร่วมให้บริการด้วย ฉะนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงรวมบริการบางส่วนของโรงพยาบาลด้วย ไม่เพียงเฉพาะสถานีนอคนามัย หรือศูนย์บริการในชุมชนแต่เพียงส่วนเดียว

คุณภาพของระบบนี้มีปัจจัยที่กระทบมาจากต้นทุนสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน รวมทั้งค่านิยมวัฒนธรรมพื้นฐานการดำรงชีวิตที่ต่างกัน เช่น การที่แต่ละภาคมีแนวโน้มความอ้วน สภาพของไร่ หรือการบริโภคแตกต่างกัน ตลอดจนการยอมรับต่อหน่วยบริการ และสภาพพื้นฐานทางกายภาพต่างกัน ทำให้บทบาทของหน่วยบริการต่างกัน เช่น การยอมรับต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลเชิงตั้งครรรค์ ทำให้การใช้ผลลัพธ์ของบริการสองระบบนี้เป็นตัวแทนคุณภาพของระบบ จำเป็นต้องมีการประเมินบริบท และสภาพแวดล้อมพื้นฐานควบคู่ไปด้วย เพื่อประกอบในการเปรียบเทียบ และแปลผลต่อไป

4. จากข้อมูลตามตัวชี้วัด เพื่อประเมินระบบดูแลผู้เป็นเบาหวานนั้น พบว่ามีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชัดเจนในเรื่องสัดส่วนของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ค่าดัชนีมวลกายเส้นรอบเอว ระดับปฏิบัติ ความรู้ ความเข้าใจ และความพึงพอใจต่อหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศเดียวกัน ส่วนการวัดระดับไขมันในเลือดพบว่ามีความแตกต่างตามลักษณะพื้นที่ มากกว่าความแตกต่างตามลักษณะคุณภาพของหน่วยบริการ และความแตกต่างของการทำงานด้านไต เป็นภาวะของผู้ป่วยที่แปรตามระยะเวลาของการมีพยาธิสภาพเพิ่มขึ้น และสภาพพื้นฐานของประชากร

ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบติดตามคุณภาพงานสองระบบ ที่ดำเนินการโดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

1. ให้ใช้ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ เช่น เส้นรอบเอวที่สะท้อนความอ้วน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมเพื่อแสดงถึงปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่เป็นฐานข้อมูลประกอบการวางแผนให้ความรู้ และการป้องกันภาวะเสี่ยง ที่ตรงเป้า และสอดคล้องกับสถานการณ์พื้นที่มากขึ้น

2. การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สามารถใช้การประเมินระบบบางตัว ผลลัพธ์เบื้องต้น ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ ความรู้ การปฏิบัติตัวของประชาชน และ ประเมินระดับ HbA1c เป็นระยะ ๆ ดังข้อเสนอในตารางที่ 16

โดยรวมแล้ว ยังควรมีการทดลองดำเนินการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดที่เสนอข้างต้น (ตารางที่ 16) และมีการติดตาม ประมวลผลเปรียบเทียบในพื้นที่อื่นเพิ่มขึ้น เพื่อพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่จำเพาะกับการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป และควรมีการศึกษาหาระบบงานย่อยที่สะท้อนผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคที่จำเพาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิ แทนการดูผลงานด้านแม่และเด็ก

ตารางที่ 16 ข้อเสนอต่อตัวชี้วัดที่เหมาะสมต่อการประเมินหน่วยบริการ ในด้านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวชี้วัด	วิธีประเมิน	ระดับการใช้งาน
1. คุณภาพของจุดบริการ ที่ประเมินจากลักษณะการทำงานเป็นทีม และการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	ใช้ผู้ประเมินภายนอก (อาจเป็นระดับจังหวัด หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน) สัมภาษณ์ จากผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับการดูเอกสาร	เป็นการเปรียบเทียบแบบแผนหลักระหว่างหน่วยบริการ
2. ระบบการคัดกรองผู้ป่วย ที่มีลักษณะเชิงรุก และมีระบบจัดการเพื่อติดตามสร้างความเข้าใจให้แก่กลุ่มเสี่ยง และประชากรทั่วไปร่วมด้วย		
3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่อ้วน (พิจารณาจากเส้นรอบเอว) 4. สัดส่วนของผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่	จัดการให้เกิดฐานข้อมูลในระดับปฏิบัติที่หน่วยบริการ และให้มีผู้ประเมินเปรียบเทียบเป็นระยะ	ระดับหน่วยบริการ เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือระหว่างพื้นที่
5. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c < 7 % ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานมาน้อยกว่า 5 ปี	ให้มีระบบที่ตรวจประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเดียวกัน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีมาตรฐานเหมือนกัน	เปรียบเทียบในภาพรวมระหว่างหน่วยบริการในระดับ CUP
6. ระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้เป็นเบาหวาน 7. ระดับความพึงพอใจต่อบุคลากรที่ให้บริการด้านเบาหวานของหน่วยบริการ	ใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ที่ประเมินโดยบุคคลภายนอก ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน	เปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการ หรือจะใช้ภายในหน่วยบริการเองได้ โดยที่มีระบบการเก็บข้อมูลที่สอดคล้องจากผู้ให้บริการ



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาใคร่ขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างดี ขอขอบคุณ ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโดยเฉพาะในด้านห้องปฏิบัติการ และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
2. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. รายงานผลการศึกษาโครงการเพื่อพัฒนาและติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย, 2549 (รอตีพิมพ์).
3. National Diabetes Education Program. Making System Change for Better Diabetes Care, Chronic Care Model. [online] [cited 2004 March 16]. Available from: URL: <http://betterdiabetescare.nih.gov/HOWchroniccare.htm>
4. MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative, 2000. Assessment of Chronic Illness Care Version 3. 2000 [cited 2004 Jan 12]; Available from:URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?md=rctrieve&db=PubMed&lis_uids=11221012&dopt=medline
5. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. การตรวจหา cardiovascular risk ในผู้ป่วยเบาหวาน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข เรื่อง การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย; 19 พฤษภาคม 2549; ณ โรงแรมหลุยส์แทเวียร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
6. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. ใน: อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการสาธารณสุข สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข; 2549.
7. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. ใน: อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, บรรณาธิการ.แนวปฏิบัติการสาธารณสุข สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานพัฒนาโครงการแนวทางการบริการสาธารณสุข; 2549.
8. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005; 28 (Suppl 1): s18.
9. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ พ.ศ. 2545. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2545.
10. World Health Organization. The Structure of the WHOQOL-100. [cited 2004 Jan 22]; Available from: URL: <http://www.who.int/evidence/assessment-instrumentw/qol/q15.htm>



สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม กำกับหน่วย บริการปฐมภูมิ

สุพิตรา ศรีวงษ์เชาภกร*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมหภาค ในพ.ศ. 2548 ผลการศึกษา แสดงถึงกรอบแนวคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดในการกำกับ ติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานการณ์ของระบบข้อมูลของเครือข่ายหน่วยบริการตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบงานแม่และเด็กเป็นตัวแทนคุณลักษณะงานหลักของหน่วยบริการที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง เสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน พบว่าระบบข้อมูลในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาก และต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการเพิ่มเติม ส่วนงานด้านแม่และเด็กพบว่าโรงพยาบาลมีบทบาทในการให้บริการด้านนี้เพิ่มขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายมีฐานข้อมูลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จัดเก็บในรูปแบบที่ต่างกัน และมีแนวโน้มที่ฐานข้อมูลบางส่วน ความถูกต้องของข้อมูลถูกจัดเก็บแยกเป็นส่วนๆ ตามส่วนงานย่อยที่ดูแลงานนั้น ทำให้การประมวลผลข้อมูลที่ต้องเนื่องตั้งแต่กระบวนการจนถึงผลลัพธ์เป็นรายคนทำได้ยากมากขึ้น ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลงานแม่และเด็กไม่ไวพอในการแยกความแตกต่างคุณภาพระหว่างหน่วยบริการต่างๆ จำเป็นที่ต้องประเมินคุณภาพจากกระบวนการบริการร่วมด้วย ซึ่งข้อมูลบางส่วนควรจัดเก็บที่โรงพยาบาลแทน และควรให้หน่วยบริหารระดับจังหวัดเป็นส่วนที่ตรวจสอบข้อมูล ติดตามประมวลวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันทั้งหมด น่าจะเป็นวิธีการที่ทำให้ข้อมูลที่เที่ยงตรง และน่าเชื่อถือมากกว่าการดำเนินงานรวมโดยหน่วยงานส่วนกลาง

คำสำคัญ:

สถานการณ์,
ระบบข้อมูล,
หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This study is one part of the development of primary care monitoring system at a macro level in 2005. This part shows the conceptual framework to develop the indicators and the existing database system of primary care units based on such development. The diabetic care and mother and child health care were used to represent the unique characteristic of primary care, advocating holistic approach, continuity of care, and supporting self-reliance. The study found that data for quality indicators of diabetic care lacking, varied among units, and needed to be newly developed. The data for indicators of MCH care have not been so different among units, but the collection form was varied and segmented by different units. The incompleteness and inconsistency of data of the same case was high. The outcome indicators were too insensitive to allow differentiation of the quality of individual primary care networks. It needs the process indicators that can be collected through hospital database. Moreover the database will be more reliable and accurate if the provincial monitoring committee, instead of the central unit check and analyze the data as a package.

Key words:

situation,
data system,
PCU

*สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน



บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการส่วนหนึ่งที่เป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ และเป็นฐานสำคัญที่ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในระยะสี่ปีที่ผ่านมาที่มีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิไปอย่างหลากหลาย แต่ระบบการติดตามประเมินผลยังไม่ชัดเจน และเป็นการติดตามเพียงเชิงประมาทของหน่วยบริการที่มีการพัฒนาขึ้น แต่ยังไม่สามารถสะท้อนถึงระดับคุณภาพ หรือระดับการพัฒนาของบริการได้ จึงควรที่จะมีการพัฒนาตัวชี้วัดและแนวทางการประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความจำเพาะ สอดคล้องกับสภาพบริบทประเทศไทย

การศึกษานี้เป็นส่วนแรกของการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวทางการกำกับ ติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹⁾ โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ที่มุ่งหวังพัฒนาตัวชี้วัดและกระบวนการในการกำกับติดตามประเมินผลหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของบริการ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การศึกษาส่วนนี้เป็นการพัฒนากรอบแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ และประเมินสถานการณ์ของระบบข้อมูล และระบบการติดตามประเมินผลในปัจจุบัน เพื่อเตรียมทดลองการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในการศึกษาส่วนที่สองต่อไป

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยการทบทวนเอกสารในประเทศ และต่างประเทศ ทั้งส่วนแนวคิด แนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตัวชี้วัดการประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศต่างๆ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินผลในประเทศไทย แล้วนำเสนอเป็นกรอบตัวชี้วัด และแนวทางการประเมินผลชุดใหม่ ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็น พร้อมกับเก็บข้อมูลสถานการณ์ของข้อมูลตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นใหม่ด้วยแบบสอบถามหน่วยบริการ และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง สังเกตสถานการณ์จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 44 หน่วยใน 18 เครือข่าย (CUP) 4 ภาคทั่วประเทศ การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เลือกจังหวัดที่มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ในแต่ละจังหวัดเลือกอำเภอเมืองและอำเภอในชนบท จังหวัดละ 2 อำเภอ และอำเภอหนึ่งคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ 2-3 แห่ง คือที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล (หากมี) สถานีอนามัยที่มีผลงานดี และมีผลงานปานกลาง โดยให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกให้ดำเนินการใน พ.ศ. 2548

ผลการศึกษา

กรอบแนวคิดเรื่องการติดตาม ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนตัวชี้วัด และการติดตาม ประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศต่าง ๆ ทางตะวันตกส่วนใหญ่เน้นการประเมินระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้งระบบที่รวมบริการทุกระดับในด้านต่างๆ เช่น accessible, fairness, effective, safe, acceptability, appropriate to need,

continuity⁽²⁾ ส่วนตัวชีวิตที่ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิจะเน้นที่การประเมินผลบริการทางคลินิก เน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืด ไม่เน้นผลลัพธ์บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค⁽³⁻⁵⁾ เนื่องจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาล และการบริการส่งเสริมสุขภาพ แบบบริการตั้งรับเป็นหลัก และมีบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักรที่มีการประเมินในด้านคุณภาพของกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ระยะเวลาตรวจเฉลี่ยของแพทย์ GP กระบวนการที่ดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ^(6,7) แต่ไม่ได้ประเมินที่ผลลัพธ์บริการด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นเพียงการประเมินเชิงผลผลิต

การจัดบริการปฐมภูมิในประเทศไทย^(8,9) มีจุดที่ต่างจากบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศทางตะวันตก คือ หน่วยบริการในไทยต้องให้บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ทั้งการบริการตั้งรับในสถานบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน มีการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมร่วมด้วย ฉะนั้นในการติดตาม ประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย จึงต้องครอบคลุมทั้งการจัดบริการผสมผสานในสถานพยาบาล และการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชนร่วมด้วย ตลอดจนต้องเสริมสร้างให้มีการพึ่งตนเองอย่างสมดุลด้วย

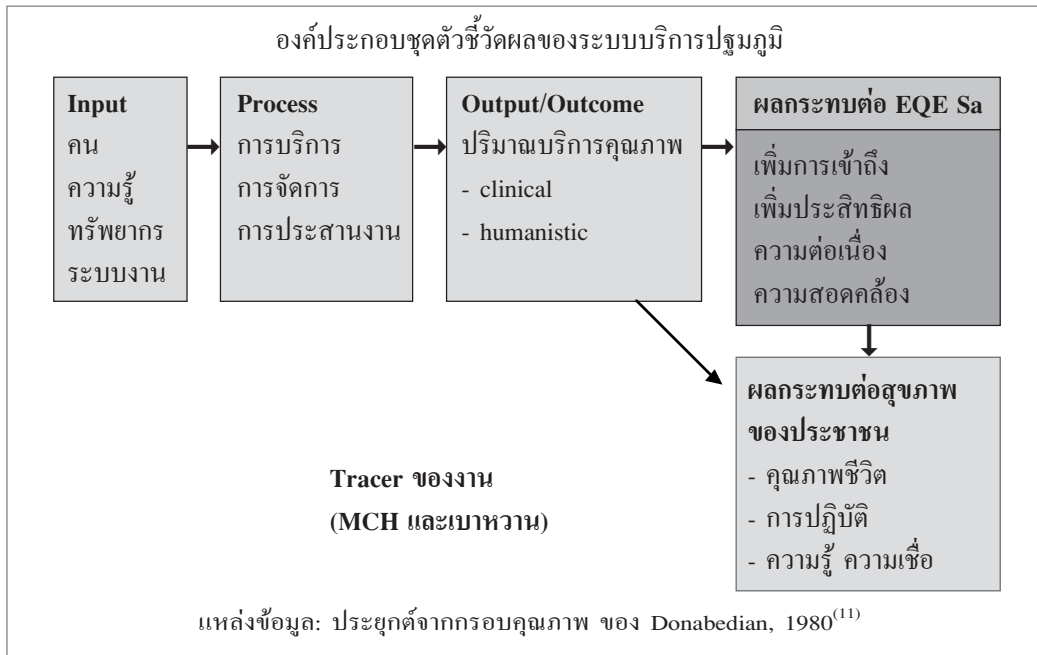
และจากแนวคิดปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชน⁽¹⁰⁾ ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับ คุณภาพการดูแลของหน่วยบริการทางการแพทย์ จึงไม่ควรประเมินเฉพาะคุณภาพทางด้านคลินิกทางการแพทย์ แต่ควรครอบคลุมไปถึงคุณภาพด้านการบริการที่คำนึงถึงมิติทางด้านสังคม จิตใจของผู้รับบริการ และเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชนในความรับผิดชอบที่เป็นลักษณะเด่นของหน่วยบริการนี้ร่วมด้วย

เมื่อวิเคราะห์จากแนวคิดการพัฒนาและบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ คณะผู้ศึกษาได้เสนอกรอบแนวทางการประเมินผล โดยพิจารณาส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ซึ่งแบ่งผลลัพธ์เป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะขอบเขตงาน ดังนี้

1. กลุ่มที่เป็น**ผลลัพธ์ของบริการผสมผสานรายบุคคลและครอบครัว** ที่ควรเป็นบริการที่ผสมผสานองค์รวม ต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ตรง และมีประสิทธิภาพ
2. กลุ่มที่เป็น**ผลลัพธ์งานที่ทำให้ประชาชนดูแลตนเอง และพึ่งตนเองได้**อย่างเหมาะสมและสมดุล ซึ่งหมายถึงประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ต่อปัญหาและการดูแลสุขภาพ ได้รับการฝึกทักษะ และสร้างความเข้าใจให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. กลุ่ม**ผลลัพธ์บริการที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นรายกลุ่มประชากร** มีการประสานเพื่อให้มีมาตรการด้านต่างๆ เพื่อป้องกันโรค เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ กระตุ้น และส่งเสริม สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

แต่การดำเนินงานปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังเป็นการเน้นการบริการผสมผสานรายบุคคล และครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนผลลัพธ์ที่มุ่งหวังให้ประชาชนดูแลตนเองได้ และการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มประชากรยังทำได้ค่อนข้างจำกัด ฉะนั้นการติดตาม ประเมินงานนี้ในระยะแรก จึงควรเน้นที่การจัดบริการแบบผสมผสานเป็นหลัก

และเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ฉะนั้นการ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดทางการประเมินผล

ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในระดับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย และเน้นการประเมินส่วนที่ควรเป็นผลลัพธ์บริการโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังรูปที่ 1 **กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมในส่วนที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพความต้องการ และสังคม เศรษฐกิจของผู้รับบริการมากขึ้น** ด้านผลลัพธ์บริการ ควรมีทั้งด้านที่เป็นปริมาณความครอบคลุมบริการ และด้านคุณภาพ ที่คำนึงถึงประสิทธิผลของบริการ และความยอมรับของประชาชนต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งในอีกด้านหนึ่งสามารถปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน คือ **ผลลัพธ์งานที่เป็นด้านคลินิก** (ซึ่งเน้นที่ประสิทธิผล) และผลลัพธ์ด้านการยอมรับ ให้คุณค่าต่อความรู้สึก ความเข้าใจต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสรุปเป็น**ผลลัพธ์ด้าน humanistic outcome ส่วนที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน** ในระยะเริ่มต้นที่จะเป็นไปได้ในการประเมิน ณ ขณะนี้ คือ การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และความรู้ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง

การประเมินโดยใช้บริการหลักเป็น **tracer** ของการประเมินคุณภาพหน่วยบริการ

เนื่องจากบริการปฐมภูมิประกอบด้วยบริการจำนวนมากและเป็นไปได้ยากที่จะประเมินบริการทุกประเภทมาเปรียบเทียบกันและเพื่อให้สามารถประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันได้ชัดเจน จึงเลือกระบบบริการเพียงบางส่วนของบริการทั้งหมดเข้ามาเป็น **tracer** ของระบบบริการทั้งหมด ซึ่งเลือกระบบ 2 ระบบ คือ

1. ระบบบริการด้านแม่และเด็ก

เพื่อสะท้อนการบริการแก่ประชากรที่ไม่ป่วยเป็นบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่รายบุคคลและ

ครอบครัว สามารถสะท้อนถึงการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นองค์รวมได้

เป็นบริการที่มีการดำเนินการมาต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีการดำเนินการทุกพื้นที่ เป็นบริการที่เบ็ดเสร็จในระดับอำเภอ รวมทั้งเป็นประเด็นที่ผู้บริหารให้ความสนใจ

2. ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เพื่อสะท้อนการบริการแก่ผู้เจ็บป่วย และเป็นบริการที่ต้องการความต่อเนื่อง และการดูแลแบบเป็นองค์รวม เป็นการดูแลเพื่อคงสภาพความเจ็บป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

เป็นปัญหาสำคัญในทุกพื้นที่ เป็นภาระมาก และเป็นประเด็นที่สามารถวัดในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความเสมอภาค คุณภาพ และการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของประชาชนได้ดี

เป็นประเด็นที่ผู้บริหารระดับนโยบายให้ความสำคัญ

แต่ขอบเขตการประเมิน การรวบรวมข้อมูลต้องรวมทั้งอำเภอเนื่องจากกระบวนการดูแลด้านนี้ต้องสัมพันธ์กับการให้บริการโดยโรงพยาบาล และการบริหารจัดการระดับอำเภอร่วมด้วย

ร่างชุดตัวชี้วัดส่วนที่เป็น output/outcome ในการประเมินระบบงานแม่และเด็ก และระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนเอกสารวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ได้สรุปข้อเสนอตัวชี้วัดในการติดตามประเมินงานระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและงานแม่และเด็ก (ตารางที่ 2)

สถานการณ์ระบบข้อมูลปัจจุบัน เน้นการติดตามที่ผลกระทบ และผลผลิตกิจกรรม

จากการศึกษาสถานการณ์ของข้อมูลตามตัวชี้วัดใน 2 ระบบย่อยนี้ พบว่าในส่วนของระบบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตามตัวชี้วัด ส่วนระบบงานแม่และเด็ก พบว่าผลของข้อมูลที่มีการเก็บปัจจุบัน มีลักษณะที่ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ และไม่ไวต่อการประเมินคุณภาพระบบงาน มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลด้านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ด้านทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีแต่ข้อมูลของผู้มารับบริการที่หน่วยบริการนั้น ๆ และส่วนใหญ่ยังไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูล หรือเป็นทะเบียนที่ใช้ในการติดตาม ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่ไม่ว่าจะรักษาที่ใดมีเฉพาะในส่วนของสถานีนอนามัย หรือ PCU ที่มีประชากรไม่มาก หรือที่เป็นพื้นที่ชนบท หากเป็นพื้นที่เขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่นจะไม่มีฐานข้อมูลของประชากรทั้งหมดที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากเข้าถึงข้อมูลได้ยาก และประชากรมีการเคลื่อนย้ายบ่อย

ฉะนั้น เมื่อฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน จึงวิเคราะห์การเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของบริการกับกลุ่มเป้าหมายได้จำกัด

ข้อมูลที่บ่งถึงคุณภาพบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยาสม่ำเสมอ หากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและสถานีนอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีระบบเช็คว่ามี การตรวจตามนัดมากน้อยเพียงใด แต่โรงพยาบาลใหญ่มักจะ ไม่มีการตรวจสอบเนื่องจากมีผู้ป่วยปริมาณมาก

แต่หากพิจารณาจากคุณภาพบริการโดยพิจารณาในด้านระดับน้ำตาลที่คุมได้ดี พบว่าส่วนใหญ่จะไม่มี



ตารางที่ 2 ร่างตัวชี้วัดผลลัพธ์ของระบบดูแลด้านแม่และเด็ก และระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ประเด็น	อนามัยแม่และเด็ก	เบาหวาน
ความเสมอภาค (Equity)	<ul style="list-style-type: none"> - % ANC, % early ANC - % คลอดสถานบริการ - % ครอบคลุมของ ANC, EPI, FP 	<ul style="list-style-type: none"> - % ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงบริการ (ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนเปรียบเทียบกับความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรจะมีในพื้นที่นั้น) - % ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาตามมาตรฐาน - % ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวนภาวะแทรกซ้อนตามระยะเวลาที่เหมาะสม
คุณภาพ (Quality)	<ul style="list-style-type: none"> - % โรคโลหิตจาง ที่รักษานจนปกติในระยะตั้งครรก - % การได้ยาด้านไวรัสในมารดาที่ anti HIV + VE/Incidence การเกิด vertical transmission - อัตราป่วยของมารดา (%PPH, % Puerperal Infection) ให้ระวัง ข้อมูลต่ำกว่าจริงในพื้นที่เขตเมือง - อัตราตายของมารดา - อัตราป่วยของทารกหลังคลอด (% birth asphyxia) ให้ดูคู่กับ % การคลอดที่สถานบริการเครือข่ายด้วย % detection แม่ที่ไม่พร้อม - อัตราตายของทารกหลังคลอด - ความสามารถ ดูแลตัวเอง - ความพึงพอใจ - คุณภาพชีวิตของแม่ ความสามารถของแม่ในการดูแลตนเองและลูกหรือความพร้อมของแม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - % ประชาชนเป้าหมายที่มีความรู้การป้องกันเบาหวาน - % ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ (compliance) - % ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c) - % ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน - % ผู้ป่วยที่มี BMI > 27 Kg/m² (อ้วน) < 17 Kg/m² (ภาวะทุพโภชนาการ) - % ผู้ป่วยที่มี hyperlipidemia - % ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง - % ผู้ป่วยเบาหวานที่ admit เกี่ยวกับเบาหวาน ในรอบ 1 ปี - % ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง - คุณภาพชีวิต - ความสามารถดูแลตัวเอง - การบริหารจัดการด้วยตัวเอง
ประสิทธิภาพ (Efficiency)	<ul style="list-style-type: none"> - % EPI เด็ก 0-5 ปี/Incidence ของโรคที่สามารถ ป้องกันได้ด้วย EPI Program - % FP/% การตั้งครรกที่ไม่พึงประสงค์ % ANC สอ. เทียบกับทั้งหมด หญิงตั้งครรกที่อายุน้อยกว่า 17 ปี และได้รับการดูแลแนะนำ 	<ul style="list-style-type: none"> - % ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความเสี่ยง และระวังดูแลตนเอง - % ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองและได้รับการดูแลต่อเนื่อง - % ผู้ป่วยที่คุมได้จากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (non-medical treatment)
ความเชื่อมั่นของสังคม (Social Accountability)	<ul style="list-style-type: none"> - การยอมรับ - ตรงความต้องการ - cost effectiveness - อัตราตายของมารดา - อัตราตายของทารกหลังคลอด 	<ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิตที่ดี - สุขภาพกายที่ดี - ความรู้เรื่องเบาหวาน - ความสามารถดูแลตัวเองทุกสถานการณ์ - ความพึงพอใจของผู้ป่วย - % ประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

การทบทวนนี้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการทบทวนจากระดับ plasma glucose เป็นหลัก มีเพียงโรงพยาบาลใหญ่ 1-2 แห่งในตัวอย่างศึกษา (จากโรงพยาบาลทั้งหมด 18 รพ.) ที่มีระบบการเช็คด้วย HbA1c

การบันทึกเรื่องปัจจัยเสี่ยง มีเฉพาะเรื่องดัชนีมวลกาย แต่มักบันทึกไว้เฉย ๆ ไม่ได้นำมาใช้ประมวลหรือวิเคราะห์หรือใช้ในการวางแผนการดูแลที่ชัดเจน

ปัจจัยเสี่ยง เรื่องสูบบุหรี่ ดื่มสุรา นั้นมีการบันทึกหรือตรวจสอบเรื่องนี้น้อยมาก

ส่วนการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย มีบางแห่งที่มีแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจน แต่มักจะเป็นชุดความรู้ที่ให้เหมือนกันกับทุกคน มิได้แยกแยะตามลักษณะปัญหา และระยะการป่วย ระบบตรวจร่างกายเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พบว่าหากเป็นโรงพยาบาลใหญ่ และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งจะมีการตรวจเช็คเป็นระยะ แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีระบบทบทวนว่าได้รับการตรวจเช็คตามที่กำหนดหรือไม่

รายการตรวจขั้นสูงจะมีความแตกต่างกันคือ รายการที่ตรวจเป็นส่วนใหญ่ คือ BUN, Creatinine ส่วนการตรวจไขมันในเลือดมีความแตกต่างกันในรายละเอียดการตรวจ และต่างกันในเรื่องความถี่การตรวจ ส่วนการตรวจเส้นเลือดในตานั้น ส่วนใหญ่ตรวจได้น้อยเนื่องจากข้อจำกัดที่มีจักษุแพทย์ร่วมตรวจด้วยน้อย การตรวจ microalbumin มีน้อยมาก มีเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลใหญ่ที่เลือกตรวจบางกรณี เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง และมีข้อจำกัดในด้านห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล que แสดงถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ในด้านความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตนั้น หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่มียระบบจัดเก็บข้อมูลด้านนี้ ยกเว้นเป็นการศึกษาในโครงการเฉพาะ

ข้อมูลด้านแม่และเด็ก

พบว่าระบบบริการเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก คือ เป็นระบบที่ให้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิม สถานื่อนามัยมีบทบาทน้อยลง ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกที่ต้องไปตรวจเลือด และตรวจโดยแพทย์ที่โรงพยาบาล จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการที่สถานอนามัยน้อยลง

ระบบงานและแบบระเบียนการบันทึกในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนไปจากเดิมมาก บางแห่งมีการตัดข้อมูลบางส่วนให้สั้นลง ข้อมูลหลายส่วนถูกตัดออก บางส่วนมีการปรับเปลี่ยนเป็นการบันทึกในคอมพิวเตอร์ และสมุดคู่มือของแม่ ไม่บันทึกเป็นเอกสารของหน่วยบริการ ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ แต่บางแห่งก็ยังคงบันทึกเป็นทะเบียนผู้ป่วยเล่มใหญ่เหมือนเดิม คือ จังหวัดยะลา ข้อมูลผลลัพธ์การคลอด และสุขภาพของแม่และเด็ก ถูกจัดเก็บแยกจากบันทึกบริการหญิงตั้งครรภ์ ฉะนั้นหากต้องการเก็บข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างกระบวนการบริการกับผลลัพธ์สุขภาพของแม่และเด็ก จะต้องมีการจัดเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง และหลายรายงาน ซึ่งต้องมีการจัดการเพิ่มขึ้น

ข้อมูลที่สะท้อนความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ จากการศึกษาพบว่าหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาล และหน่วยบริการในเขตอำเภอเมืองจะไม่มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่ มีแต่ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ หน่วยบริการที่มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการในชนบท ที่สามารถเชื่อมต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุขให้แจ้งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ทันสมัยตลอดเวลาได้ ฉะนั้นการประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการครอบคลุมหรือไม่ จึงต้องใช้จากการประมาณว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดควรมีเท่าไรจากการ



คำนวณเป็นหลักเทียบกับหญิงที่มารับบริการ

ข้อมูลที่บอกถึงคุณภาพบริการ

ส่วนที่เป็นข้อเท็จจริงชัดเจน คือ จำนวนการป่วย และตายของแม่และทารกแรกคลอด สัดส่วนของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นส่วนที่สามารถหาข้อมูลดิบได้ชัดเจนจากโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมักเก็บรวบรวมได้อย่างชัดเจน และรายงานให้แก่กระทรวงสาธารณสุข แต่การนำข้อมูลไปใช้เพื่อติดตามประเมินผลระยะยาวได้หรือไม่ นั้นยังไม่ชัดเจน แต่เป็นข้อมูลทั่วไปเนื่องจากมีความซุกของอุบัติการณ์ต่ำ

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ตอบได้ชัด คือ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (teenage pregnancy) และอายุครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงแนวโน้มปัญหา ไม่ได้แสดงปัญหาโดยตรง หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่ได้รวบรวมข้อมูลนี้ชัดเจน ยกเว้นข้อมูลการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มกำหนดให้รายงานในปีที่ผ่านมา

คุณภาพของการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ มีระบบการบันทึกชัดเจน คือ การตั้งครรภ์ 4 ครั้งคุณภาพ แต่ก็พบว่าความเข้าใจต่อคำนิยาม วัตถุประสงค์ของ 4 ครั้งคุณภาพ และวิธีนับรวบรวมจะมีความแตกต่างกัน ส่วนคุณภาพของการค้นหากลุ่มเสี่ยงและการดูแลกลุ่มเสี่ยงได้เหมาะสมส่วนใหญ่หน่วยบริการไม่มีการตรวจสอบ ทบทวนเรื่องนี้ จะเป็นการรายงานตัวเลขตามจำนวนเท่าที่เจ้าหน้าที่ค้นพบได้ แต่จะครอบคลุม ดูแลเหมาะสมตามเกณฑ์หรือไม่นั้น ไม่สามารถตอบได้

สรุป

การประเมินคุณภาพบริการด้านแม่และเด็ก จำเป็นต้องมีบุคคลภายนอกไปตรวจสอบ และรวบรวมข้อมูลดิบที่มีอยู่แล้วในสถานบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และเพิ่มการจัดเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล เพื่อแสดงข้อมูลที่เชื่อมกับหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ข้อมูลจากระบบรายงานจะใช้เพื่อเฝ้าระวังได้บางส่วนได้แก่ ข้อมูลเรื่องการเริ่มต้นฝากครรภ์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอ ในการประเมินผลรวมทั้งยังมีการจัดเก็บข้อมูลไม่เท่ากัน ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ ฉะนั้นหากจะประเมินระบบงานด้านนี้ ต้องมีการจัดการระบบงาน และเพิ่มกระบวนการตรวจ การเก็บข้อมูลให้เหมือนกันในทุกพื้นที่ จึงจะสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบได้ ดังข้อเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อเสนอ; ตัวชี้วัดและแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บ ด้านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและระบบดูแลคุณแม่และเด็ก

ตัวชี้วัดคิดเป็นร้อยละ	ข้อมูล ตามตัวชี้วัด	ข้อเสนอ
ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน		
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงบริการ	1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน)	1. จัดทำโปรแกรมที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ ให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งมีข้อมูลตัววัดสถานะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และมีการกำหนดความหมายของการวัดแต่ละด้านที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาตามมาตรฐาน	2. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ	
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c<7%)	3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ค่า HbA1c < 7%	2. ให้มีการกำหนดให้ตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อการติดตามที่สม่ำเสมอ และจัดให้มีระบบสนับสนุนด้านห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
4. ผู้ป่วยที่มี BMI > 27 Kg/m ² (ภาวะอ้วน)	4. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI > 27 Kg/m ² และ BMI < 17 Kg/m ²	3. กำหนดนิยามและระบบการเฝ้าระวังที่ชัดเจนแล้วจัดเก็บร่วมกับข้อ 1
5. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง	5. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย	
6. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ	6. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่	4. จัดระบบการตรวจเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดระบบสนับสนุนเพิ่มขึ้นส่วนการบันทึกข้อมูลรวมอยู่ในฐานเดียวกับข้อ 1
7. ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน	7. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านต่างๆ	
8. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง	8. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและมาใช้บริการ	5. ให้มีการกำหนดภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการจัดการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นที่มีในรพ. แล้วนำมารวบรวมกับฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลในข้อ 1
9. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี	9. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของ สอ./หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.	6. ให้มีการประสานกับข้อมูลชุมชน และจัดระบบเป็นฐานข้อมูลทะเบียน ไม่ว่าจะรักษาที่ใดและมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการด้วย
	10. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการทั้งหมดในอำเภอ (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอ)	
10. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม	11. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	7. ให้มีการพัฒนาแบบประเมินเฉพาะในเรื่องคุณภาพชีวิต ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อใช้ประเมินภายในหน่วยบริการเอง และสามารถใช้ในการประเมินจากองค์กรภายนอกเพื่อเทียบระหว่างหน่วยบริการได้
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน	12. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน	13. ความพึงพอใจ (patient satisfaction)	8. ให้มีการพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจเฉพาะโดยเน้นที่คุณภาพของกระบวนการให้บริการเพิ่มขึ้นจากแบบประเมินความพอใจทั่วไป
12. ประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองและให้ความรู้	14. ประชากรเป้าหมายที่ถูกคัดกรองการเป็นเบาหวาน	
		9. หน่วยบริการมีการจัดเก็บอยู่แล้ว แต่ควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ถูกคัดกรองให้เป็นฐานข้อมูลที่ติดตามต่อเนื่องในแต่ละปีด้วย



ตัวชี้วัดคิดเป็นร้อยละ	ข้อมูล	ข้อเสนอ
ระบบดูแลด้านแม่และเด็ก 1. การฝากครรภ์ ANC ที่ สอ./PCU	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU	ให้มีการจัดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันได้ หรือให้ จัดเก็บข้อมูลนี้ในภาพรวมที่สถานพยาบาลที่ทำคลอด อีก 1 จุด จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ มากขึ้น
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ในเขต สอ./PCU	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมา แทนได้
2. การฝากครรภ์ ANC ทั้งอำเภอ	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์	หากจะใช้ข้อมูลส่วนนี้ต้องมีระบบการเก็บข้อมูล เป็นฐานรายบุคคล บันทึกในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และสามารถต่อเชื่อมข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมาแทนได้
3. ANC ที่ สอ./PCU และ ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU และได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ตัวหาร: จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU ทั้งหมด	ตัวชี้วัดนี้ยังเป็นตัววัดที่ใช้ได้ และเป็นไปได้ในการเก็บ ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แต่ต้องจัดเพิ่มระบบเก็บข้อมูลที่ สถานพยาบาลที่ทำคลอด และตรวจสอบในภาพรวม ตามเขตรับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการ จะได้ข้อมูล ที่ครบถ้วนและน่าเชื่อถือมากขึ้น
4. การฝากครรภ์ระยะแรก ไตรมาสที่ 1 (1st trimester)	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน	ต้องมีการทบทวนและประมวลผลผู้รับบริการ อย่างเป็นระบบเพิ่มเติมจากเดิม
5. การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 13-19 ปี)	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ช่วง 13-19 ปี	
6. การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่ได้รับการรักษา ตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูงได้รับการรักษาตาม มาตรฐาน	ต้องมีการจัดการฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงผลลัพธ์ บริการจากจุดให้บริการต่างๆ ได้ต่อเนื่องจากกลุ่มผู้ ที่วินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยง และต้องจัดให้ทบทวนแบบ บันทึกผู้รับบริการเป็นระยะๆ
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูงทั้งหมด	
7. เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนัก < 2500 กรัม	ตัวตั้ง: จำนวนเด็กเกิดมีน้ำหนัก < 2,500 กรัม	ควรมีกรรมการระดับจังหวัด หรือระดับหน่วยบริการ ที่นำข้อมูลตัววัด แต่ละตัวมาประมวลวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่เป็นเชิงผลกระทบ ได้แก่ อัตรา การตายของแม่ อัตราการตายทารก สัดส่วนของ LBW
	ตัวหาร: จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด	
8. การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์	ควรมีการบันทึก และรวบรวมต่อเนื่อง และจัดทำ เป็นฐานข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบด้วย มิใช่ทำเป็นครั้งๆ
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด	
9. การตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านม	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมตามเกณฑ์	
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด	
10. การได้รับวัคซีนตามเกณฑ์	ตัวตั้ง: จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับ วัคซีนตามเกณฑ์	ควรเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาส เช่น ประชากรเคลื่อนย้าย กลุ่มยากจน
	ตัวหาร: จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด	

วิจารณ์

การศึกษาส่วนนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทั้งหมด ที่แสดงถึงกรอบแนวทางการประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นส่วนที่เป็นผลลัพธ์บริการ มากกว่ากระบวนการ เนื่องจากคณะผู้ศึกษาเห็นว่าบริบทของการทำงานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันมาก ไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการทำงานในลักษณะเดียวกัน ตัวอย่างเช่นการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชาวเขา ย่อมไม่เหมือนกับการจัดบริการให้แก่ประชากรในเขตเมืองที่ประชากรหนาแน่น แต่การประเมินผลลัพธ์ก็มีจุดอ่อน เพราะการพัฒนาในระยะเริ่มต้นอาจจะยังไม่เห็นผล ความแตกต่างที่ระดับผลลัพธ์ และหน่วยบริการในปัจจุบันยังไม่ได้จัดระบบข้อมูลเพื่อการประเมินผลลัพธ์บริการในบางเรื่อง ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาในครั้งนี้นั้นนั้นจึงควรมีการค้นหาตัวชี้วัดส่วนที่แสดงคุณภาพของกระบวนการหลักที่สามารถสะท้อนคุณภาพผลลัพธ์งานแทนได้ควบคู่ไปด้วย

กรอบแนวทางการประเมินผลลัพธ์หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้จากการศึกษาส่วนนี้ยังเป็นส่วนที่ได้จากการทบทวนเอกสารและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรมีการทดลองเก็บข้อมูลจริงตามกรอบนี้เพื่อประเมินว่าสามารถสะท้อนความแตกต่างของคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเที่ยงตรงแม่นยำ และเป็นประโยชน์ที่นำไปสู่การพัฒนาในระดับพื้นที่ และระดับนโยบายมหภาคได้

สรุป

ในการติดตาม ประเมินคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจนนั้น หน่วยบริหารและหน่วยบริการจะต้องมีการเตรียมการพัฒนาระบบข้อมูล และกระบวนการจัดเก็บ การวิเคราะห์ผลอย่างเป็นระบบนอกจากนี้ ควรมีการสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้แก่หน่วยบริการทราบ พร้อมกับนำไปใช้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้ระบบฐานข้อมูลนั้นถูกต้อง และเกิดประโยชน์เต็มที่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาใคร่ขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และงานแม่และเด็กในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างดี และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. รายงานผลการศึกษาโครงการเพื่อพัฒนาและติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย, 2549 (รอดิพิมพ์).
2. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลย์. คุณภาพ คือ อะไร ในคุณภาพของระบบสุขภาพ ชุดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ. 2543. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3; 15-17 สิงหาคม 2543; ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: ดิไอซ์; 2543.
3. Marshall M. Measuring general practice, a demonstration project to develop and test a set of primary care indicators. London: Nuffield Trust; 2003.
4. Shaw J. Monitoring and evaluation of quality of care. Proceeding of Nuffield Institute for Health; 2001 May 16-17; U.K.: Nuffield Institute For Health; 2001.



5. Internet and the use of data for international affair. International indicators by International Organizations Health (WHO) Program 1: Primary Health Care. 2003-2004 [cited 2005 Jan 12]; Available from: [URL:http://hosting.diplomacy.edu./baldi/malta2001/statint/Statistics_Int_affair-69](http://hosting.diplomacy.edu./baldi/malta2001/statint/Statistics_Int_affair-69)
6. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a patient enablement instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract* 1998; 15 (2):165-71.
7. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring the quality of life: using of life measures in the clinical setting. *BMJ* 2001; 322:1297-300.
8. คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. บทบาทหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการจัดเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545.
9. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บรรณาธิการ. บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2548.
10. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บำรุง ชลเดช, ฉัฐพร สุขพอดิ. บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน เอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2545.
11. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approach to its assessment. Vol 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.



ผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ ระบบบริการสาธารณสุขไทย

สัมฤทธิ์ ศรีรังสวัชดี*

สินชัย ต่อวัฒนกิจกุล**

บทคัดย่อ

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสำคัญสองประการคือการบริหารจัดการการคลังระบบบริการสาธารณสุขและการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่นโยบายดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อสถานพยาบาลและระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม การศึกษานี้มุ่งศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทยในประเด็นผลกระทบต่อสถานะการเงินของสถานพยาบาลและการจัดบริการ โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลักประกอบด้วย เอกสารโครงการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลรายงานของสถานพยาบาล การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน และการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้และผู้รับบริการระหว่างปี 2547 ถึง 2549

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขค่อนข้างมากทั้งในด้านการเงินและระบบบริการ การได้รับงบประมาณจำกัดของโครงการและหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินของกระทรวงสาธารณสุขที่เปลี่ยนจากการจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปทานเป็นการจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปสงค์ มีผลทำให้จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณลดลง และมีผลกระทบต่อสภาพคล่องด้านการเงินของสถานพยาบาล ภายใต้งบประมาณที่ไม่เพียงพอหลักเกณฑ์การจัดสรรที่เปลี่ยนไปเป็นการโยกปัญหาจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่ง การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทำให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นและภาระงานที่เพิ่มขึ้นขณะเดียวกันการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นด่านหน้าในการให้บริการก็โยกการให้บริการไปยังโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยเพิ่มขึ้น การมีงบประมาณและบุคลากรที่มีศักยภาพมากขึ้นไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัยทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอและการชะลอด้านการลงทุนอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมาอาจส่งผลด้านลบต่อคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในระยะยาว

คำสำคัญ:

นโยบายประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (30 บาทรักษา
ทุกโรค), ผลกระทบ,
สถานพยาบาล

*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

**ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข



Abstract

Implications of the Universal Coverage Scheme on Health Service Delivery System in Thailand

Samrit Srithamrongsawat*, Sinchai Torwatanakitkul**

**Health Insurance System Research Office, **Information and Communication Technology Center*

The Universal Coverage policy has incorporated two major reform elements, financial management reform and strengthening primary care which inevitably affects health service delivery system in Thailand. This paper was aimed to review implications of the Universal Coverage policy on service delivery system in terms of financial implications and service provision. Review of secondary data was the method adopted to explore the implications and the study was conducted during 2004 - 2006.

The result revealed that the Universal Coverage scheme had a great impact on the service delivery system. Inadequate funding in addition to change of allocation criteria from supply-based allocation to demand-based allocation, per capita, had great financial implications on hospitals. Big hospitals, for example, regional and general hospital, and hospitals with relatively high concentration of health personnel incurred financial deficit in the first year when salaries were included in the capitation. However, the problem had been shifted from regional and general hospitals to community hospitals and those hospitals in the Northeast when salaries were removed from the capitation in the following years. Change of criteria of allocation out of inadequate funding was inevitably shifted the problem from one to another. Providing universal coverage of health insurance apparently increased demand for care and burden of work. Strengthening primary care policy drove more service utilization toward community hospitals and health centers. Mobilizing doctors or professional nurses to provide care in primary care units and health centers improved overall quality of care. However, inadequate funding and stagnation of investment budgets may have negative consequences on quality of care in the long run.

Key words:*Universal Coverage policy, implications, service delivery system***บทนำ**

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญสองประการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขคือ การปฏิรูประบบการจัดการการคลังระบบบริการสาธารณสุขและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ โครงการนี้ตั้งงบประมาณและจัดสรรเงินให้กับจังหวัดต่าง ๆ ตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน (per capita budget) และกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคู่สัญญา (contracted primary care units) แบบปลายปิด คือเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยใน การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณจากแบบเดิมที่เป็นการจัดสรรตามที่ตั้งของสถานพยาบาลเป็นการจัดสรรตามรายหัวประชากรอย่างฉับพลันของโครงการ มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลเนื่องจากการกระจายของสถานพยาบาลที่เป็นอยู่ไม่สอดคล้องกับการกระจายของประชากรตามภูมิภาคต่าง ๆ ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่และสถานพยาบาลที่ตั้งในเขตที่มีประชากรเบาบางได้รับงบประมาณลดลงในขณะที่สถานพยาบาลในเขตที่มีจำนวนสถานพยาบาลและบุคลากรเบาบางเมื่อเทียบกับ

จำนวนประชากรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาก สถานการณ์ดังกล่าวทรุดลงเมื่อโครงการนี้ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการจัดบริการ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการในโครงการนี้คือการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้สถานพยาบาลคู่สัญญาทุกแห่งต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit; PCU) ตามมาตรฐานที่กำหนด 1 แห่งต่อประชากรที่ขึ้นทะเบียน 10,000 - 15,000 คน ทั้งนี้แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

การให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกนั้นเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยทุกคน อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบายภายใต้ข้อจำกัดทั้งด้านโครงสร้างระบบบริการที่เป็นอยู่และข้อจำกัดของงบประมาณจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของไทยทั้งในด้านบวกและลบ การทบทวนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสถานพยาบาลจึงเป็นประโยชน์เพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานะด้านการเงินและการจัดบริการของสถานพยาบาล

วิธีการศึกษา

การวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานพยาบาลในบทความนี้ พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคเป็นหลักเนื่องจากสถานพยาบาลกลุ่มนี้เป็นโครงสร้างหลักของระบบบริการสาธารณสุขไทยและดูแลประชากรภายใต้โครงการนี้ประมาณร้อยละ 90

ระเบียบวิธีหลักที่ใช้ในการศึกษาคือการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิซึ่งประกอบด้วยเอกสารของโครงการ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายงานกิจกรรมและการเงินของสถานพยาบาล (0110 รง. 5) ปี 2545 - 2547 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติช่วงก่อน (2544) และหลัง (2546) การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการและประชาชนของสำนักโพลต่าง ๆ ในปี 2546 และ 2547

ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาจะนำเสนอเป็นสองส่วนหลักด้วยกัน ส่วนแรกเป็นการสรุปสาระสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลด้านการเงินและการจัดบริการ

1. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการเพื่อให้บริการที่มีจำกัดเพียงพอในการจัดบริการให้แก่ประชาชนทุกคน และเพื่อความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว โครงการนี้ผนวกการปฏิรูปที่สำคัญสองประการคือ การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้



1.1 การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุข

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว โดยนักวิชาการคำนวณและกำหนดงบประมาณต่อหัวของโครงการปีแรก (2544 - 2545) ในอัตรา 1,202 บาท และรัฐบาลยอมรับโดยไม่ต่อรอง ในการคำนวณอาศัยข้อมูลจากสองแหล่งดังนี้ (ก) อัตราการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2539 (ไม่มีการปรับอัตราการใช้บริการตามการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์และอุปทานต่อบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากปีที่สำรวจมาเป็นปีที่เริ่มดำเนินการ) โดยกำหนดให้การใช้บริการในสถานพยาบาลทุกประเภทของผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเป็นอัตราการใช้บริการที่ควรจะเป็นของโครงการ และ (ข) ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดการบริการของสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ ในปี 2543⁽¹⁾

การได้มาซึ่งงบประมาณต่อหัวดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขต้องรวบรวมงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการส่วนบุคคลทั้งหมดที่เคยได้รับของโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โครงการบัตรประกันสุขภาพ และโครงการสาธารณสุขบางอย่าง เช่น โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมป้องกันโรค เช่น วัณโรค โรคเรื้อน มาลาเรีย กามโรค โรคเอดส์ โครงการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษา เป็นต้น รวมทั้งงบประมาณในส่วนที่จะได้รับเพิ่มเติม ในปี 2546 ได้มีการเสนองบประมาณต่อหัวใหม่ในอัตรา 1,414 บาท โดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ปี 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยสถานพยาบาลในปีเดียวกัน⁽²⁾ ขณะเดียวกันได้เปลี่ยนวิธีคำนวณและตั้งงบประมาณต่อหัวสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากเดิมที่ประมาณการว่าค่าใช้จ่ายด้านนี้เท่ากับร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายด้าน รักษาพยาบาลและครอบคลุมเฉพาะประชากรภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการคำนวณต้นทุนตามลักษณะกิจกรรมใน 10 รูปแบบและครอบคลุมประชากรไทยทุกคนแต่ต้องปรับเป็นงบรายหัวรวมในประชากรภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตรา 206 บาทต่อคน⁽³⁾ อย่างไรก็ดีงบประมาณต่อคน 1,414 บาทนี้รัฐบาลไม่ยอมรับด้วยเหตุผลหลักคือ อัตราการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลที่นำไปคำนวณเป็นอัตราที่รวมทั้งการใช้บริการที่ใช้สิทธิภายใต้โครงการและที่ไม่ได้ใช้สิทธิ เช่น ไปใช้บริการที่อื่นและจ่ายเงินเองอัตราการใช้สิทธิที่ได้รับการยอมรับหลังเจรจาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือร้อยละ 80 สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และร้อยละ 100 สำหรับบริการผู้ป่วยใน และปรับลดจากที่เสนอเป็น 1,308 บาท อย่างไรก็ตามก็ตั้งงบประมาณต่อคนที่ได้รับในปี 2546 ยังคงเท่าเดิมคือ 1,202 บาทและอัตราใหม่ใช้ในปี 2547 งบประมาณต่อคนในปีถัด ๆ มาเพิ่มเป็น 1,396 บาทในปี 2548 และ 1,659 ในปี 2549⁽⁴⁾ ทั้งนี้ในการเสนองบประมาณต่อคนในแต่ละปีนั้นมีคณะกรรมการการเงินการคลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลัก-ประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้พิจารณาเสนอ และต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากนั้นก็ไปผ่านกระบวนการพิจารณาของสำนักงบประมาณต่อไป สำหรับงบประมาณต่อคนดังกล่าวได้มีการแบ่งเป็นส่วน ๆ ในแต่ละปีดังแสดงในตารางที่ 1

ในการจัดสรรงบประมาณและจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลนั้น ในช่วงที่ผ่านมา (2546 - 2548/9) ซึ่งเป็นสามปีแรกภายใต้บทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลัก-ประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดสรรงบประมาณในส่วนของเครือข่ายสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงาน

ตารางที่ 1 งบประมาณต่อคน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 - 2549

ประเภท	2545	2546	2547	2548	2549
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP) ^{1/}	574	574	488.2	533.01	585.11
2. บริการผู้ป่วยใน (IP) ^{1/}	303	303	418.3	435.01	460.35
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (P&P) ^{1/}	175	175	206	210	224.89
4. บริการอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (AE) ^{2/}	25	25	19.7	24.73	52.07
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ^{2/}	32	32	66.3	99.48	190.00
6. ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ^{3/}	-	10	10	10	10
7. งบทดแทนการลงทุน ^{4/}	93.4	83.4	85	76.8	129.25
8. พื้นที่ทุรกันดาร ^{5/}	-	-	10	7	7.00
9. การชดเชยค่าเสียหายจากการรักษา ตามมาตรา 41 ^{6/}	-	-	5	0.2	0.53
รวม	1,202.4	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.20

ที่มา: คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549

หมายเหตุ: ^{1/} จัดสรรให้กับจังหวัดผ่านกระทรวงสาธารณสุขตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนเพื่อจัดสรรต่อให้กับสถานพยาบาลตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปีงบประมาณ 2549

^{2/} บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการตามจ่าย กรณีการใช้บริการอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน นอกจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน และกรณีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด

^{3/} จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

^{4/} จัดสรรให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน

^{5/} จัดสรรให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ทุรกันดาร

^{6/} กั้นไว้บริหารจัดการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการ ตามมาตรา 41 ใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) แก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์และดำเนินการจัดสรรเงินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาลภายในสังกัดต่อไป ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำหน้าที่ในการจ่ายเงินตรงให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ เมื่อพ้นบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติดังกล่าวต่อไป

ในปีแรก (2545) นั้น กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณให้กับจังหวัดต่าง ๆ ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวในอัตราเดี๋ยวมเงินเดือน และได้มีการตั้งงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (contingency fund) จำนวน 5,000 ล้านบาทเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากรูปแบบการจัดสรรดังกล่าว ทั้งนี้โรงพยาบาลที่แสดงความจำนงต้องเสนอแผนการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการให้คณะกรรมการพิจารณา ก่อน รูปแบบการจัดสรรงบประมาณได้รับการต่อต้านอย่างมาก จากโรงพยาบาลและจังหวัดที่ได้รับผลกระทบเป็นเหตุให้กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาแยกเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรในปีต่อมา (2546) แต่ยังคงจัดสรรให้จังหวัดต่าง ๆ ในลักษณะตามจำนวนประชากรในอัตราเดี๋ยวมเงินเดือน สำหรับในปี 2547 นั้น ได้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่



ไม่รวมเงินเดือนตามความสามารถของโรงพยาบาลในการหาเงินจากแหล่งอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในการจัดสรรเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) มากกว่าโรงพยาบาลเล็ก (โรงพยาบาลชุมชน) เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีสัดส่วนของเงินเดือนมากเมื่อเทียบกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดที่แต่ละแห่งได้รับ ขณะเดียวกันก็มีความสามารถในการหาเงินจากแหล่งอื่นมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เช่น สวัสดิการข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม เนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่มีสถานภาพที่ดีกว่าทั้งในด้านชื่อเสียง เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากรที่มีสมรรถนะ และยังเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบประกันสังคม ทำให้มีคนไปใช้บริการมากจึงมีรายได้จากแหล่งอื่น ๆ มากขึ้นด้วย โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่จัดสรรให้ โรงพยาบาลศูนย์เท่ากับ 300 บาท โรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับ 410 บาท และ 490 บาทสำหรับโรงพยาบาลชุมชน⁽⁵⁾ สำหรับในปีงบประมาณ 2548 นั้นกระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราการจัดสรรสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่งตามปัจจัยด้านอายุ ความยากลำบากในการดำเนินงาน (พื้นที่ทุรกันดารและประชากรเบาบาง) และภาระงาน⁽⁶⁾ และในปีงบประมาณ 2549 ก็ดำเนินการในลักษณะเดียวกันแต่นำปัจจัยรายได้จากโครงการอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย⁽⁷⁾ แม้นหน่วยในการคำนวณงบประมาณจะเป็นรายแห่งของสถานพยาบาล แต่ในการจัดสรรงบประมาณนั้นกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรยอดรวมรายจังหวัดให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ เพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาลภายใต้สังกัดของตนตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละจังหวัดกำหนดต่อไป

สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลนั้น ในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขให้จังหวัดต่าง ๆ พิจารณาเลือกรูปแบบการตัดเงินเดือนว่าจะตัดที่ระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ และรูปแบบการจ่ายเงินว่าจะจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับทุกประเภทบริการ (inclusive capitation) หรือจะแยกจ่ายบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว และบริการผู้ป่วยในแบบน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (exclusive capitation) ในปีถัดมา (2546) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกจังหวัดใช้รูปแบบในการจัดสรรเป็นแบบเดียวกัน คือ exclusive capitation เนื่องจากเกรงผลกระทบต่อด้านลบของ inclusive capitation เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบ inclusive capitation สูงกว่าในโรงพยาบาลที่มีการจ่ายเงินแบบ exclusive capitation นอกจากนั้นอัตราการส่งต่อของโรงพยาบาลที่ใช้รูปแบบ exclusive capitation สูงกว่าของโรงพยาบาลที่ใช้ inclusive capitation⁽⁸⁾ สำหรับอัตราการจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้น จังหวัดส่วนใหญ่กำหนดอัตราจ่ายเป็นอัตราเดียวไม่ปรับตามอัตราการป่วยและต้นทุนของการให้บริการกับประชาชนแต่ละกลุ่มหรือแต่ละระดับของสถานพยาบาล ส่วนรูปแบบการจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาลในแต่ละเครือข่ายนั้น แต่ละเครือข่ายมีอิสระในการกำหนดรูปแบบและอัตราการจ่าย อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกเครือข่ายต้องจัดสรรเงินให้กับสถานอนามัยอย่างเพียงพอในการจัดบริการทั้งในลักษณะงบประมาณพื้นฐานและตามปริมาณบริการ

1.2 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (primary care)

โครงการนี้ต้องการให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นคู่สัญญาหลักในการจัดบริการด้วยเหตุผลหลักสองประการ⁽⁹⁾ คือ 1) สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการในลักษณะผสมผสาน เบ็ดเสร็จ รอบด้าน และต่อเนื่อง 2) การมีสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกในการให้บริการ

เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข เนื่องจากปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่สามารถแก้ไขและดูแลได้ในระดับปฐมภูมิ โครงการนี้ต้องการปรับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของไทย จากระบบการให้บริการในโรงพยาบาลที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเป็นระบบบริการในระดับปฐมภูมิในชุมชนที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านทั้งในด้านกาย จิตใจ สังคมและชุมชน

อย่างไรก็ดี เนื่องจากการขาดสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้โครงการนี้ต้องเลือกโรงพยาบาลเป็นคู่สัญญาหลักในการให้บริการ แต่กำหนดให้โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขตามมาตรฐานที่กำหนด โดยในปีแรกของโครงการนั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นอย่างน้อยสองแห่ง คือหนึ่งแห่งในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลและอีกหนึ่งแห่งในเขตนอกตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เลือกตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยแยกจากแผนกผู้ป่วยนอกแต่ตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลในเขตตำบลที่รับผิดชอบ แต่มีบางแห่งเลือกตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนหนาแน่นนอกโรงพยาบาล เช่นในเขตแหล่งเศรษฐกิจหรือตลาด (กรณีนี้ที่โรงพยาบาลตั้งนอกเขตชุมชนหนาแน่น) ในการจัดบริการโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน(เนื่องจากขาดแคลนแพทย์) ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่ใช้แพทย์เฉพาะทางเวียนออกไปให้บริการ (เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลจังหวัดเป็นแพทย์เฉพาะทาง)

สำหรับในตำบลนอกเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนโดยมีพยาบาลหรือแพทย์เวียนออกไปให้บริการ โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่จัดบริการในลักษณะให้มีทีมแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลหมุนเวียนออกไปให้บริการในวันราชการหรือเป็นบางวัน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ให้พยาบาลหมุนเวียนกันออกไปให้บริการโดยมีแพทย์นิเทศงาน นอกจากนี้ในบางศูนย์สุขภาพชุมชนมีพยาบาลประจำเป็นผู้ให้บริการ มีการส่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการได้ดีจากโรงพยาบาลให้ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ผลกระทบของโครงการต่อสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ

การให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้าผนวกกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพดังได้กล่าวข้างต้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลกระทบต่อระบบบริการทั้งในด้านการเงินและการจัดบริการตามงบประมาณที่จำกัด นอกจากนี้หลักเกณฑ์การจัดสรรที่ปรับเปลี่ยนไปแต่ละปีย่อมมีผลต่อสถานพยาบาลที่ทั้งได้ประโยชน์และเสียประโยชน์ในด้านการเงิน ขณะเดียวกันการให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าเป็นการเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการประกอบกับการปฏิรูประบบการจัดบริการย่อมมีผลกระทบต่อภาระงานและประสิทธิภาพของระบบโดยรวม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลกระทบด้านการเงิน

ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสถานพยาบาลด้านการเงินเกิดจากปัจจัยหลักสองประการคือ 1) การได้รับงบประมาณต่อหัวที่ไม่เพียงพอและ 2) หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณตามรายหัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

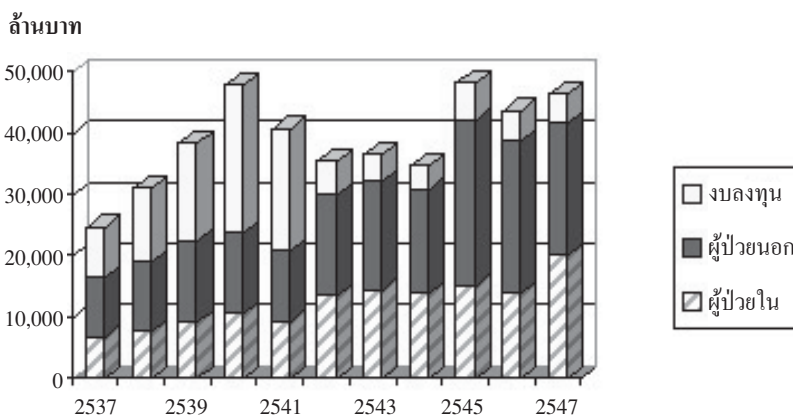
2.1.1 การได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ

โครงการนี้ถูกวิพากษ์ว่าได้รับงบประมาณไม่เพียงพอโดยเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยใน⁽¹⁰⁾

เนื่องจากการกำหนดงบประมาณใช้อัตราการใช้บริการปี 2539 โดยไม่มีการปรับเพิ่มตามโครงสร้างอายุประชากรที่เพิ่มขึ้น เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ที่มีราคาแพง และการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นระหว่างปี 2539 - 2544 เมื่อคำนวณใหม่โดยใช้ข้อมูลการใช้บริการปี 2544 และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ พบว่า ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยภายใต้โครงการดังกล่าวต่อหัวในปี 2544-2545 นั้นสูงกว่างบประมาณต่อหัวที่ได้รับจริงประมาณ 212 บาท⁽²⁾ จากข้อมูลแนวโน้มรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการลงทุน ระหว่างปี 2537 - 2547 (รูปที่ 1) พบว่าในปี 2545 ซึ่งเป็นปีแรกที่โครงการดำเนินงานเต็มพื้นที่ รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 ของปีที่ผ่านมา จาก 17,077 ล้านบาท เป็น 27,111 ล้านบาท รายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงร้อยละ 9 จาก 13,814 ล้านบาท เป็น 15,090 ล้านบาท ส่วนรายจ่ายรวมปี 2546 กลับลดลงเนื่องจากการลดลงของงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ จาก 5,000 ล้านบาทในปีแรกเหลือเพียง 500 ล้านบาทในปีที่สอง ส่วนปี 2547 รายจ่ายบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเนื่องจากการปรับเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยในและลดลงสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อน่าสังเกตคือรายจ่ายด้านการลงทุนลดลงอย่างมากตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและยังคงระดับที่ต่ำมาตลอด

2.1.2 หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ

การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินอย่างฉับพลันในปีแรกจากตามการกระจายของสถานพยาบาลเป็นตามการกระจายของประชากรทำให้ขาดความสมดุลระหว่างเงินกับคน กล่าวคือ จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรมากกว่าเมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณดำเนินการรวมเงินเดือนลดลง เช่นจังหวัดในภาคกลางและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าเมื่อเทียบจำนวนประชากรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น เช่นในภาคอีสานและโรงพยาบาลชุมชน แต่เมื่อมีการหักเงินเดือนออกจากงบประมาณรายหัวก่อนจัดสรรให้จังหวัดตามรายหัวประชากรพบว่าผลกระทบเกิดขึ้นใน



แหล่งข้อมูล: รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537- 2544⁽¹¹⁾ เฉพาะในส่วนกระทรวงสาธารณสุข
รายจ่ายปี 2545 - 2547 คำนวณจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับและงบประมาณที่ได้รับในส่วนที่นอกเหนือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

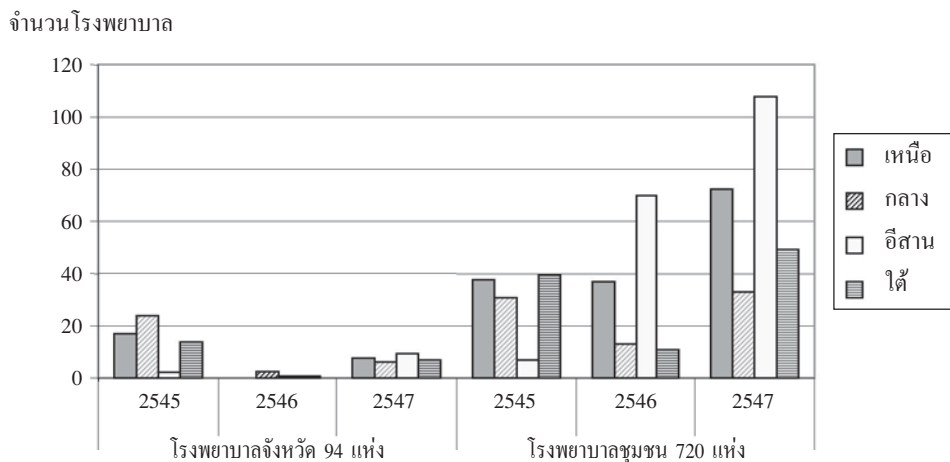
รูปที่ 1 รายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและงบลงทุน 2537 - 2547

ทิศทางการเข้าถึงการรวมเงินเดือนดังแสดงในรูปที่ 2

โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่คือร้อยละ 60 โดยเฉลี่ย ประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องด้านการเงินในปีแรกของโครงการยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลจังหวัดในภาคนี้ที่ประสบปัญหาดังกล่าว ในขณะที่ร้อยละ 16 ของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉลี่ยประสบกับปัญหาการขาดสภาพคล่องยกเว้นในภาคอีสานซึ่งมีเพียงร้อยละ 3 ของโรงพยาบาลชุมชนในภาคนี้ที่มีปัญหาดังกล่าว

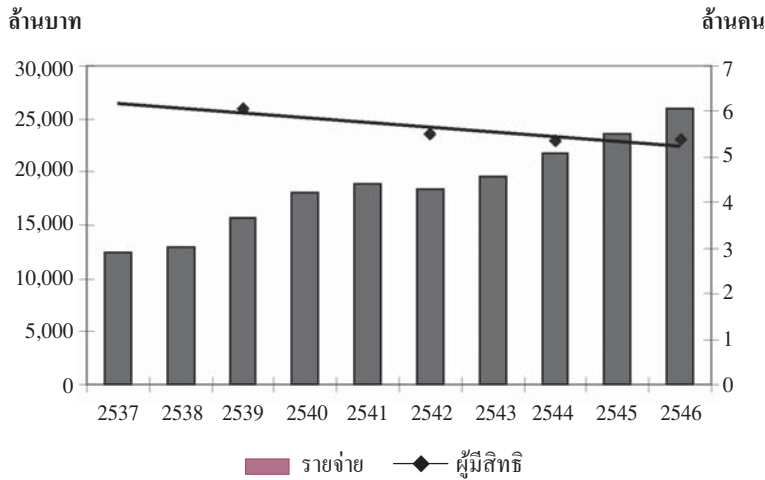
ในปีที่สองนั้นเมื่อมีการแยกเงินเดือนออกไปจากงบประมาณจ่ายรายหัวและจัดสรรงบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือนให้กับจังหวัดต่างๆในอัตราเท่ากันพบว่า โรงพยาบาลจังหวัดเกือบทุกแห่งในทุกภาคไม่มีปัญหาด้านการเงิน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนพบว่ามีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในภาคอีสาน (จากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 27) ในขณะที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาเดียวกันในภาคกลางและภาคใต้ลดลงและคงที่ในภาคเหนือ สาเหตุที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในปีที่สองสันนิษฐานว่าอาจจะเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนมากในปีแรกและเมื่อได้รับงบประมาณลดลงในปีที่สองทำให้มีปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการปรับอัตราการจัดสรรรายหัวตามความสามารถการหารายได้จากแหล่งอื่นของโรงพยาบาลในปีที่สามดูเหมือนยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้เนื่องจากพบว่ามีจำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการขาดสภาพคล่องเพิ่มขึ้นในปีที่สามทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน (รูปที่ 2)

การหารายได้จากแหล่งอื่นเพิ่มเติมเป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งในการผ่อนคลายปัญหาโดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นโดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด เช่น สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม การเพิ่มรายได้จากสวัสดิการข้าราชการสามารถทำได้ง่ายอันเนื่องมาจาก



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงินและได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนเพื่อความมั่นคงระหว่างปี 2545 - 2547 จำแนกตามประเภท โรงพยาบาลและภาค



แหล่งข้อมูล: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537-2544 และ ILO and IHPP⁽¹²⁾

จำนวนผู้มีสิทธิ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539, 2544, 2546 และการสำรวจด้านสังคม ปี 2542

รูปที่ 3 รายจ่ายสวัสดิการข้าราชการ ระหว่างปี 2537 - 2546 (ล้านบาท ราคาปีปัจจุบัน) และจำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)

รูปแบบการจ่ายเงินตามปริมาณบริการที่ไม่มีควบคุม ทำให้โรงพยาบาลสามารถเพิ่มรายได้ทั้งจากการขึ้นราคาและปริมาณบริการที่ให้กับคนไข้ตามสิทธิดังกล่าว รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังแสดงในรูปที่ 3 รายจ่ายตามสิทธินี้เพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 13 ต่อปีระหว่างปี 2537- 2541 และร้อยละ 10 ต่อปีระหว่างปี 2542 - 2546 ในขณะที่จำนวนผู้มีสิทธินี้ลดลงในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 1.6 ต่อปีในระหว่างปี 2539 - 2546 อันเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพและลดกำลังคนภาครัฐ

การเพิ่มรายได้จากประกันสังคมเป็นอีกหนทางหนึ่ง แต่ทำได้จำกัดกว่าสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากมีรูปแบบการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการเพิ่มรายได้ทำได้โดยเพิ่มจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวของประกันสังคมก็สร้างแรงจูงใจได้ดีกว่าเนื่องจากมีอัตราการให้บริการค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นรายได้อีกแหล่งหนึ่งคล้ายคลึงกับประกันสังคมแต่เฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมากเท่านั้นถึงมีรายได้จากแหล่งนี้ โดยทั่วไปโรงพยาบาลใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยจึงดึงดูดให้คนที่สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ไปใช้บริการมาก ทำให้มีศักยภาพในการหารายได้จากแหล่งอื่นมากกว่าโรงพยาบาลเล็กอย่างโรงพยาบาลชุมชน นี่เป็นเหตุผลหลักที่กระทรวงสาธารณสุขปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ไม่รวมเงินเดือนตามระดับของโรงพยาบาลในปี 2547

มาตรการอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลใช้ในการแก้ปัญหา คือ การชะลอการจ่ายหนี้ค่ายาและค่ารักษาออกไป การลดรายจ่าย เช่น ควบคุมและจำกัดการสั่งจ่ายยาเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้จ่ายซื้อสามัญและยาที่ผลิตภายในประเทศแทนยาที่นำเข้า การปรับลดจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณงาน การตัดลดรายจ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางการแพทย์โดยตรง รวมไปถึงการชะลอการลงทุนระยะยาวออกไป ทั้งในด้านเครื่องมือแพทย์ สิ่งก่อสร้าง

และการฝึกอบรม⁽¹³⁻¹⁵⁾

2.2 ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขหลายประการด้วยกัน เช่นการเพิ่มปริมาณและภาระงานจากการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทำให้ระบบการจัดบริการและคุณภาพบริการดีขึ้น มีการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการลาออกของแพทย์เพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ความแตกต่างของรูปแบบและอัตราการจ่ายของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีก็อาจทำให้มีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการกับประชาชนที่อยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านประกันสุขภาพต่าง ๆ

2.2.1 ภาระงานเพิ่มขึ้น

โดยหลักเศรษฐศาสตร์นั้นการให้หลักประกันสุขภาพเป็นการลดสิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการความต้องการหรืออุปสงค์ของประชาชนต่อบริการจึงเพิ่มขึ้นและมีผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 70 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานว่าภาระงานเพิ่มขึ้นจากนโยบายดังกล่าว⁽¹⁶⁾ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี 2544 (ก่อนมีโครงการ) และ 2546 (หลังมีโครงการ) จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในขณะที่การดูแลตนเอง รวมการซื้อยากินเอง สมุนไพร และแพทย์แผนไทยลดลง การให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2.2 ระบบบริการและคุณภาพบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น

การยกระดับสถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีแพทย์และหรือพยาบาลวิชาชีพ หมุนเวียนหรือปฏิบัติงานประจำทำให้คุณภาพบริการทางการแพทย์ดีขึ้น รูปแบบการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้มีงบประมาณไปยังสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น การมีงบประมาณเพิ่มขึ้นทำให้สามารถจัดหา ยา และเครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้มีความพร้อมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถเพิ่มเวลาในการให้บริการเป็นนอกเวลาราชการและวันหยุด ดังนั้นนโยบายนี้มีผลให้ระบบการให้บริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับต้นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนดีขึ้น^(15,17)

2.2.3 สัดส่วนการให้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้นเพิ่มขึ้น

ภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า สัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลตติยภูมิลดลงแต่เพิ่มขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (ตารางที่ 2) สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากระบบบริการและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลดังกล่าวที่ดีขึ้น สัดส่วนการให้บริการที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทำให้ผู้มีสิทธิต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนก่อนเป็นด่านแรกและต้องผ่านระบบการส่งต่อการไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้น สำหรับบริการผู้ป่วยในก็พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นซึ่งอาจเป็นได้จากหลายปัจจัย ประการแรกคือประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นจากสิ่งกีดกั้นการเข้าถึงบริการด้านการเงินลดลงจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอง ภาระค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนของประชาชนในชนบทนั้นถูกกว่าการไปรับบริการที่โรงพยาบาลจังหวัด



ตารางที่ 2 การใช้บริการของประชาชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	บริการผู้ป่วยนอก		บริการผู้ป่วยใน	
	2544	2546	2544	2546
อัตราการป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	4.101	4.96	0.076	0.083
พฤติกรรมแสวงหาบริการในการป่วยครั้งสุดท้าย (%)				
- ไม่ทำอะไร	5.1	5.2		
- ซื้อสมุนไพร แผนโบราณ แผนปัจจุบัน	25.2	21.8		
- สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	22.3	26.2		
- โรงพยาบาลชุมชน	14.2	22.0	30.0	54.4
- โรงพยาบาลจังหวัดและตติยภูมิ	18.4	8.8	59.0	35.9
- คลินิกเอกชน	12.1	12.3		
- โรงพยาบาลเอกชน	2.8	2.6	11.0	9.7
อัตราการใช้สถานพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)	2.846	3.547	0.076	0.083
ใช้สิทธิบัตรทองเมื่อใช้สถานพยาบาล (%)		56.6		80.9

แหล่งข้อมูล: การสำราจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2544 และ 2546^(18,19)

หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2544 รวมกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันใด ๆ

หรือโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง นอกจากนั้นแรงจูงใจในการให้บริการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลชุมชนเพราะอัตราการจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรครวมที่เป็นอัตราเดียวกับโรงพยาบาลใหญ่ในขณะที่ยังคงให้การให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่า^(20,21)

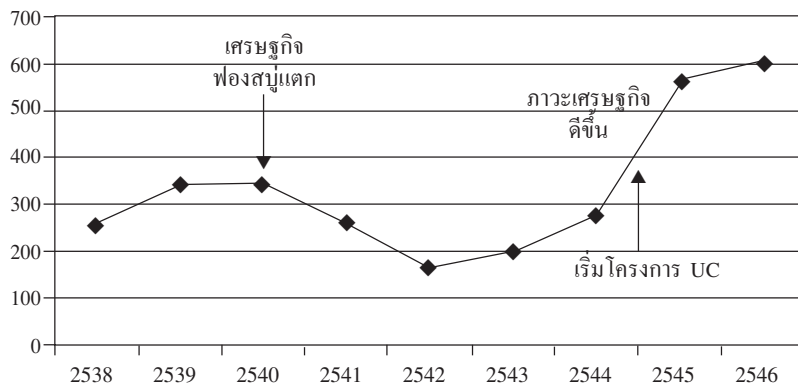
2.2.4 การขาดแคลนแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

การขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและในภาคอีสานเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะเมื่อภาระงานเพิ่มขึ้นจากความต้องการใช้บริการของประชาชนเพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวทรุดลงอีกเมื่อแพทย์จำนวนมากลาออกจากราชการ พบว่าจำนวนแพทย์ที่ลาออกจากราชการในปี 2545 สูงเป็นสองเท่าของปี 2544 สำหรับเหตุผลในการลาออกของแพทย์จากการสำรวจของสำนักเอบีโพลล์ พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์ลาออกคือ การมีภาระงานที่หนักและการได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำ^(16,22) ส่วนการศึกษาของสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบว่า การลาออกของแพทย์ระหว่างปี 2545-2546 เกิดจากปัจจัยห้าด้าน คือ ปัจจัยด้านอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาต่อ ปัจจัยระบบบริหารจัดการ ปัจจัยเกี่ยวกับงาน (ภาระและลักษณะงาน) ปัจจัยด้านชีวิตส่วนตัว (ไกลบ้าน คุณภาพชีวิต ฟุ้งร้อง) และปัจจัยด้านรายได้⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามไม่ชัดเจนว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนในการทำให้แพทย์ลาออกมากน้อยเท่าใด ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวเศรษฐกิจของประเทศเริ่มดีขึ้น ทำให้มีแพทย์ไหลจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับค่าตอบแทนที่ดีกว่าอีกทั้งยังมีภาระงานน้อยกว่า

การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะในการให้บริการปฐมภูมิเป็นอุปสรรคอีกประการในการจัดบริการปฐมภูมิ ปัญหานี้เกิดจากการขาดแคลนแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไปโดยเฉพาะในโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลที่ไม่คุ้มค่าขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดแรงต่อต้านจากแพทย์เหล่านี้^(13,24) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพที่เวียนไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่อยู่ปฏิบัติงานประจำนั้นได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและในชุมชน

2.2.5 คุณภาพบริการและการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ

เนื่องจากปัจจุบันมีประกันสุขภาพหลายระบบซึ่งมีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่ต่างกันมีผลให้เกิดพฤติกรรมในการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและอัตราการจ่ายเงิน จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อบริการที่จัดให้สำหรับประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ กัน ของเอแบค



แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 4 จำนวนแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกจากราชการระหว่างปี 2538 - 2546

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อคุณภาพบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในปี 2546 และ 2547

ระบบประกัน	2546 (n = 3,006)		2547 (n = 4,417)	
	ดีมาก/ ดี	ไม่ดี/ ไม่ดีมาก	ดีมาก/ ดี	ไม่ดี/ ไม่ดีมาก
สวัสดิการข้าราชการ	79.6	2.3	81.4	1.2
จ่ายเงินเอง	75.9	3.3	80.0	2.1
ประกันสังคม	73.1	2.8	77.7	3.1
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	62.8	4.9	73.5	4.0

แหล่งที่มา: เอแบคโพลล์⁽¹⁶⁾ และ สวนดุสิตโพลล์⁽²²⁾



โพลล์⁽¹⁶⁾ และสวนดุสิตโพลล์⁽²²⁾ พบว่าโดยรวมผู้ให้บริการเห็นว่าคุณภาพของบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก และโดยรวมคุณภาพบริการดีขึ้นระหว่างปี 2546 - 2547 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบบริการที่จัดให้กับผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ พบว่า คุณภาพบริการที่จัดให้กับกลุ่มผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจัดอยู่อันดับท้ายสุดในขณะที่บริการที่จัดสำหรับกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการจัดอยู่ในอันดับที่ดีที่สุด

วิจารณ์

การได้รับงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ การจัดสรรที่เอื้อประโยชน์ต่อจังหวัดและโรงพยาบาลที่มีการกระจุกตัวของบุคลากรมาก เช่น จังหวัดที่มีเศรษฐกิจดีและโรงพยาบาลจังหวัด ในขณะที่มีการงานที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่า ทำให้มีข้อจำกัดต่อประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และคุณภาพบริการของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ในประเด็นด้านความเป็นธรรมนั้น การขาดความเท่าเทียมของการกระจายบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนับเป็นอุปสรรคหลักในการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมของโครงการนี้

การที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับงบประมาณสนับสนุนที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องการการสนับสนุนข้ามจากระบบประกันสุขภาพอื่น เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม เงินสะสมของโรงพยาบาลและอื่น ๆ อย่างไรก็ตามการสนับสนุนข้ามจากแหล่งเงินอื่นจะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการหาเงินจากแหล่งเงินอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กในพื้นที่ชนบทต้องอาศัยเงินจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักและไม่มีเงินสะสมมาก การได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพออาจมีผลกระทบต่อด้านลบต่อการจัดบริการ สำหรับงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้นได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และต้นทุนที่ชัดเจนขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ขณะเดียวกันคำนวณงบประมาณสำหรับประชากรทั้งประเทศไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แต่ในการคำนวณเป็นงบประมาณต่อหัวต้องใช้จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงอาจทำให้เข้าใจผิดเพราะสูงกว่าที่เป็นจริง) อย่างไรก็ตามอุปสงค์ของประชาชนต่อบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้นอาจไม่สูงเท่าบริการรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลต้องใช้ความพยายามมากกว่าในการให้บริการให้ได้ตามเป้าหมาย ดังนั้นประเด็นข้อกังวลต่อการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจึงมีเชิงงบประมาณไม่เพียงพอแต่อย่างไรให้ประชาชนมารับบริการได้ตามเป้าหมาย การลดลงอย่างมากของงบประมาณลงทุนตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่ากังวลว่าอาจมีผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของโครงการรัฐบาลควรจัดงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอ รวมทั้งต้องมีการลงทุนด้านเทคโนโลยีและคุณภาพบริการอย่างเพียงพอเพื่อรักษาและพัฒนาระดับคุณภาพบริการ

การคาดหวังว่าจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจะสามารถจัดหาบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ได้เพิ่มขึ้นนั้น ในทางปฏิบัติอาจไม่เป็นได้จริงเพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นนายจ้างหรือหน่วยงานหลักในการจัดสรรกำลังคน การกระจายกำลังคนให้เป็นธรรมไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากนโยบายการกระจายกำลังคนที่ชัดเจนของกระทรวงฯ อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลอาจสามารถจัดหากำลังคนที่ไม่ใช่วิชาชีพทางการแพทย์โดยตรงมาเป็นลูกจ้างภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์

ในการให้บริการ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่มีความเป็นไปได้ทางการเมืองในการปิดโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีอยู่แม้ในพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลหนาแน่น ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่คือการมีนโยบายการกระจายกำลังคนที่เป็นธรรมโดยเฉพาะบุคลากรบรรจุใหม่ และควรมีระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงิน

ระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียวให้กับสถานพยาบาลอาจสร้างแรงจูงใจกับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากเกินไปเพราะผลภวการความเสี่ยงด้านการเงินทั้งหมดไปให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาและอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการโดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือคนที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการเจ็บป่วย ความถี่ของการใช้บริการสุขภาพ และต้นทุนการให้บริการที่สูงกว่าประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ระบบเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียวอาจทำให้สถานพยาบาลมองคนกลุ่มนี้ว่าเป็นภาระและให้บริการต่ำกว่าที่ควรเป็น ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบของการจ่ายเงินแบบนี้ การปรับอัตราเหมาจ่ายตามภาวะความเสี่ยง เช่น ตามกลุ่มอายุ เพศ การมีโรคเรื้อรัง ฯลฯ จะช่วยป้องกันการคัดเลือกผู้ป่วยในการขึ้นทะเบียน (กรณีที่มีการให้เลือกโรงพยาบาลในการขึ้นทะเบียนได้) และการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ นอกจากนี้ก็ควรต้องมีระบบการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการให้บริการและคุณภาพบริการที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

การพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นการนำบริการที่มีคุณภาพไปใกล้บ้านประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดภาระต้นทุนที่เกิดขึ้นในการไปรับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะกับประชาชนในชนบท คนที่มีโรคเรื้อรัง คนจน และผู้สูงอายุ การจัดทำมีพยาบาลวิชาชีพ ให้บริการในสถานอนามัยสามารถทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการปรับหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะการให้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิมากขึ้น การฝึกอบรมทักษะแก่บุคลากรที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันก็เป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชุมชนที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชศ ตีระพัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10: 381-90.
2. ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยธิดม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11: 599-613.
3. วลัยพร พัชรนฤมล, ภูษิต ประคองสาย, กัญญา ดิษยธิดม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์กรณีส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคปีงบประมาณ 2546. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / องค์การอนามัยโลก; 2545.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
5. กลุ่มงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2547.
6. สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง. คู่มือการใช้แบบจำลองการจัดสรรงบดำเนินการของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2548. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการคลัง; 2547.
7. คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข. สรุปข้อเสนอการจัดสรรงบหลัก-



- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ปี 2549. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7/2549; 24 เมษายน 2549; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
8. สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย. ประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน 21 จังหวัด: การวิเคราะห์ข้อมูลบริการผู้ป่วยในภายในจังหวัดและการใช้บริการข้ามจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2545.
 9. Jongudomsuk P. Achieving Universal Coverage of Health Care in Thailand through 30 Baht Scheme. Nonthaburi: Health Care Reform Office, Ministry of Public Health; 2002.
 10. สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา 1,202 บาทต่อคนต่อปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11: 123-8.
 11. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท, จิตราภรณ์ เมฆกระจ่าง, โสภณ ตติยานันทพงษ์, วลัยพร พชรนฤมล, กมลทิพย์ แซ่ถั่ว, และคณะ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2544. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2546.
 12. International Labour Organization. Financing Universal Health Care in Thailand. Geneva: International Labour Office; 2004.
 13. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. ประเมินผลการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัด สมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.
 14. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. การบริหารจัดการการคลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงปีแรกของการดำเนินงาน: กรณีศึกษาในสี่จังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 889-906.
 15. Srithamrongsawat S. Financial protection and enabling access to care for Thai elderly: the role of public insurance (PhD thesis). London: University of London; 2004.
 16. เอเบต โพลล์. ความคิดเห็นของผู้ให้บริการก่อนนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาในสถานพยาบาลคู่สัญญาใน 13 จังหวัด. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2546.
 17. เพ็ญแข ลากยั้ง, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะหนึ่งปีแรก: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 923-36.
 18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปี 2544. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2544.
 19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปี 2546. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2546.
 20. สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย, สุภัตยา คงสวัสดิ์. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10: 391-9.
 21. นิรมล อยู่ภักดี, วิจิตรา มหามัญพาชัย, สุกสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนภายใต้คู่สัญญาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 13: 619-31.
 22. สานดุสิต โพลล์. ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก่อนนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2547.
 23. ทักษพล ธรรมรังสี. การลาออกของแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 1044-7.
 24. เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภูมิภาค. โครงการติดตามประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.



การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียน ผู้มีสิทธิบัตรทอง : กรณีศึกษาจังหวัดแพร่

กิตตินันท์ อรรถมนต์*

ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ**

กาวร สกุลพานิชย์***

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิบัตรทอง : กรณีศึกษาจังหวัดแพร่ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) ศึกษาการดำเนินงานของโครงการเทียบกับแผนที่วางไว้ 2) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการ เทียบกับวัตถุประสงค์โครงการที่ตั้งไว้ คือ พัฒนาศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ และออกบัตรให้ประชาชนได้ภายใน 15 นาที ที่ระดับโรงพยาบาล และ 7 วัน ที่ระดับสถานีอนามัย 3) ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และประชาชน ต่อการลงทะเบียนระบบใหม่ ในการประเมินผล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผล 1 ชุด ประมวลข้อมูลในการวิเคราะห์และแปลผลจากแบบฟอร์มคำขอมอบบัตรทอง บันทึกการประชุมและรายงานการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับนายทะเบียน และแบบสอบถามความพึงพอใจของประชาชน พบว่า ในภาพรวมการดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนด บุคลากรได้เรียนรู้การวางแผนโครงการด้วย Project Design Matrix (PDM) การวิเคราะห์ระบบเดิมเพื่อออกแบบระบบใหม่ การเตรียมการเข้าสู่ระบบใหม่ การเริ่มระบบ และการปฏิบัติงานตามระบบใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามประเมินตนเอง ผลการลงทะเบียนพบว่า ในระดับโรงพยาบาล สามารถจัดทำบัตรทองมอบให้ผู้ใช้บริการภายใน 15 นาที ได้ร้อยละ 85.4 ของการจัดทำบัตร ส่วนระดับสถานีอนามัย สามารถจัดทำบัตรทองมอบให้ผู้ใช้บริการภายใน 7 วัน ได้ร้อยละ 61.8 ของการจัดทำบัตร เจ้าหน้าที่และประชาชนเกือบร้อยละ 100 มีความพึงพอใจต่อการลงทะเบียนระบบใหม่ อุปสรรคที่พบคือ เครือข่ายสารสนเทศมีปัญหาการเชื่อมต่อเป็นบางเวลา ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลกลางได้ และเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยไม่ได้ส่งข้อมูลให้นายทะเบียนที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์ ตามที่กำหนดในคู่มือ เนื่องจากข้อมูลบัตรต่อสัปดาห์มีน้อย ไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น บทเรียนที่ได้ นำไปประยุกต์ใช้กับโครงการ Data Center ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ :

ระบบลงทะเบียน,
หลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า, การประเมิน
ผล

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

***สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**Abstract****Evaluation of the Project "Development of Gold Card Enrollment System : A Case Study in Phrae"****Kittinan Anakamane*, Taweekiat Boonyapaisarncharoen**, Thaworn Sakulpanit*******Phrae Provincial Health Office, **Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Health Office, *** National Health Security Office*

Evaluation of the Project "Development of Gold Card Enrollment System : A Case Study in Phrae" had three objectives : 1) study actual activities compared with planned activities, 2) study effectiveness of the project compared with its target, that was Gold Card enrollment completed within 15 minutes at hospitals and within 7 days at health centers, 3) evaluate satisfaction of staff and clients towards this new enrollment system. An evaluation taskforce was established. Data for analysis came from Gold Card application form, records and reports from Phrae Provincial Health Office, a group discussion with registrars, and a questionnaire about satisfaction of clients. Results showed that almost all activities were accomplished as planned. The staff had learned : planning by using Project Design Matrix (PDM), system analysis and new system design, preparation for a new system, starting a new system, and continuing operation and monitoring a new system. Enrollment results showed that, at hospitals, 85.4 percent of enrollments could be completed within 15 minutes; at health centers, 61.8 percent of enrollments could be completed within 7 days. Nearly 100 percent of staff and clients were satisfied with this new enrollment system. Problems encountered were: staff could not access to centralized database due to instability of the network; health center staff failed to follow the guideline in forwarding enrollment data to registrars at hospitals within 7 days because numbers of registration in one week were so small that it seemed economically invalid to follow the guideline. Lessons learned were applied to the project "Data Center" of the National Health Security Office (NHSO).

Key words :*enrollment system, health security system, evaluation***บทนำ**

โครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิบัตรทอง : กรณีศึกษาจังหวัดแพร่ เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการ "The Project on the Assistance of Public Health Insurance Information System Development in the Kingdom of Thailand" ซึ่งเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่าง Japan International Cooperation Agency (JICA) กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยชุดโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศงานประกันสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ ชุดโครงการนี้มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ปี 2546 - 2549⁽¹⁾

โครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิบัตรทอง : กรณีศึกษาจังหวัดแพร่ จัดทำขึ้นมารองรับชุดโครงการหลัก โดยมุ่งหวังให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งจะเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในระยะยาว โครงการนี้เลือกระบบการลงทะเบียนแบบ on-line มาเป็นตัวอย่างของการปรับปรุงเทคโนโลยีสารสนเทศงานประกันสุขภาพ และคัดเลือกจังหวัดแพร่เป็นพื้นที่นำร่องในการศึกษา

ระบบการลงทะเบียนบัตรทองที่ดำเนินการอยู่ตามปกติก่อนโครงการนี้ ประกอบด้วยหลายขั้นตอน แต่ละขั้นตอนใช้ระยะเวลานาน และพบว่าข้อมูลคลาดเคลื่อนบ้าง จึงต้องส่งกลับมาสอบถามและแก้ไข ทำให้ประชาชนรอรับบัตรทองนานเกินควร ตามข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสำรวจข้อมูล ในการประชุมผู้มีหน้าที่รับผิดชอบการลงทะเบียนบัตรทอง ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ท เมื่อวันที่ 2-3 ตุลาคม 2546 โดยการใช้แบบสอบถาม และมีจังหวัดที่ตอบแบบสอบถามรวม 73 จังหวัด พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยนับจากประชาชนลงทะเบียน ถึงได้รับบัตร ใช้เวลาประมาณ 45 วัน⁽²⁾ (ตารางที่ 1)

โครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิบัตรทอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ ให้เรียนรู้การสร้างและใช้คู่มือปฏิบัติงาน ตลอดจนการสร้างเครื่องมือในการควบคุมกำกับโครงการ 2) ออกบัตรให้ประชาชนได้ตามเป้าหมาย คือ ภายใน 15 นาที กรณียื่นคำร้องขอมีบัตรทองที่โรงพยาบาล และภายใน 7 วัน กรณียื่นคำร้องขอมีบัตรทองที่สถานีอนามัย

โครงการมีแผนปฏิบัติการ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ในส่วนการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิบัตรทอง ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลโครงการ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นประธาน มีทีมงานประกอบด้วยผู้บริหารและนักวิชาการจาก กระทรวงสาธารณสุข สปสช. JICA สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่เป็นคณะกรรมการ โดยมีวัตถุประสงค์ของการประเมินผล คือ 1) ศึกษาการดำเนินงานของโครงการ เทียบกับแผนปฏิบัติงาน 2) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการ เทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด 3) ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และประชาชน ต่อการลงทะเบียนระบบใหม่

ตารางที่ 1 ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการลงทะเบียน

ขั้นตอน	ระยะเวลา (วัน)	
	ค่าเฉลี่ย + ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัย
1. ประชาชนยื่นเอกสารขอมีบัตรทองและรับการตรวจสอบหลักฐานที่สถานีอนามัย (สอ.)	10 ± 7.57	1-30
2. การส่งข้อมูลจาก สอ. ไปโรงพยาบาล (รพ.)	7 ± 5.06	1-30
3. การส่งข้อมูลจาก รพ. ไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)	4 ± 3.49	1-15
4. การส่งข้อมูลและรับผลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลระหว่าง สสจ. กับ สปสช.	5 ± 1.20	4-10
5. การส่งผลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจาก สสจ. ไป รพ. เพื่อการพิมพ์บัตร	3 ± 2.33	1-10
6. การส่งบัตรที่พิมพ์แล้ว จาก รพ. ไป สอ.	6 ± 6.45	1-30
7. การส่งบัตร จาก สอ. ถึงมือประชาชน	10 ± 9.32	1-30
รวม	45 ± 4.58	10-155



ตารางที่ 2 แผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาระบบงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิบัตรทอง

ระยะที่	รายละเอียด	ระยะเวลาดำเนินการ
1	แต่งตั้งคณะทำงาน และวางแผนโครงการ	กรกฎาคม - ตุลาคม 2546
2	วิเคราะห์ระบบลงทะเบียนเดิม และออกแบบระบบใหม่	พฤศจิกายน 2546 - มีนาคม 2547
3	เตรียมการด้านต่าง ๆ เพื่อเข้าสู่ระบบลงทะเบียนใหม่ 3.1 การจัดทำคู่มือ 3.2 การวางเครือข่ายด้านเทคนิค 3.3 การพัฒนาบุคลากร 3.4 การทดสอบระบบลงทะเบียนใหม่	เมษายน - กันยายน 2547
4	เริ่มระบบลงทะเบียนระบบใหม่ โดยมีการติดตามงาน อย่างใกล้ชิด	ตุลาคม - ธันวาคม 2547
5	ดำเนินงานลงทะเบียนระบบใหม่ต่อเนื่อง และประเมินผลงาน โดยมีดัชนีชี้วัด คือ ความถูกต้องของข้อมูล เวลาที่ใช้ในการ ออกบัตรที่ รพ. และที่ สอ.	มกราคม 2548 - มีนาคม 2549

วิธีการศึกษา

1. เนื่องจากโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจาก JICA การเขียนแผนจึงใช้ Project Design Matrix (PDM)⁽³⁾ (ลักษณะคล้ายคลึงกับ Logical Framework) และ operation plan ตามแนวทางของ JICA ดังนั้นการประเมินผลการดำเนินงานจริง จึงใช้บันทึกประชุมและรายงานการดำเนินงานซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เทียบกับ PDM และ operation plan

2. การศึกษาประสิทธิผลของโครงการ ในส่วนศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลได้จากการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งมาที่ สปสช. เทียบก่อนกับหลังโครงการ ส่วนผลการออกบัตรภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบฟอร์มขอมีบัตรทอง ซึ่งจะมีช่องให้บันทึกวัน เวลาที่ยื่นขอมีบัตร และวัน เวลา ที่ได้รับบัตร

3. การประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ใช้การสนทนากลุ่มกับนายทะเบียน จำนวน 10 คน (รพ. ละ 1 คน และนายทะเบียนของ สสจ. อีก 2 คน) ในเดือนกันยายน 2548 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โดยเน้น 3 ประเด็นคือ ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง และความพึงพอใจในการลงทะเบียนแบบใหม่ ส่วนการประเมินความพึงพอใจของประชาชน ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (structured questionnaire) ที่คณะกรรมการจัดทำขึ้นเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด ถามใน 2 ประเด็น คือ ภาพรวมของการลงทะเบียน (ดีขึ้นกว่าเดิม เหมือนเดิม มีปัญหามากกว่าเดิม) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบใหม่หรือไม่ (พอใจ ไม่พอใจ ควรปรับปรุง) โดยสุ่มตัวอย่างประชาชนที่มายื่นขอมีบัตรทอง โดยให้ประชาชนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2548 ถึงมีนาคม 2549 โดยสอบถามความพึงพอใจในเดือนธันวาคม 2548

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดแพร่

จังหวัดแพร่มีประชากร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2545 จำนวน 485,121 คน จำแนกการปกครองเป็น 8 อำเภอ 78 ตำบล 685 หมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ แสดงในตารางที่ 3⁽⁴⁾

ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงระบบการลงทะเบียนไปสู่ระบบใหม่ จังหวัดแพร่มีอัตราข้อมูลที่ยังออกบัตรทอง ได้รับการยืนยันความถูกต้องจาก สปสช. และพิมพ์บัตรได้ อยู่ในช่วงร้อยละ 55.2 - 96.7 ดังแสดงในตารางที่ 4

การวิเคราะห์ระบบลงทะเบียนเดิม และออกแบบระบบใหม่

1) แนวคิดสำคัญของการออกแบบระบบลงทะเบียนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การลดขั้นตอนการออกบัตรสามารถทำได้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของระบบลงทะเบียน

ตารางที่ 3 ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดแพร่

สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ	จำนวน (แห่ง)	หมายเหตุ
โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 430 เตียง	1	
โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง	1	
โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง	6	เป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 1 แห่ง ที่อำเภอเด่นชัย
สถานีอนามัย	117	49 แห่งไม่มีคู่มือโทรศัพท์

ตารางที่ 4 อัตราความถูกต้องของข้อมูลที่จังหวัดแพร่ส่งไปยัง สปสช. ก่อนเริ่มโครงการ (ปี 2547)

เดือน	จำนวนข้อมูลที่ส่งไป	ร้อยละที่ผ่านการอนุมัติ
มกราคม	20,275	55.2
กุมภาพันธ์	14,390	92.4
มีนาคม	5,399	91.2
เมษายน	5,799	90.8
พฤษภาคม	6,667	86.7
มิถุนายน	16,654	96.7
กรกฎาคม	9,443	85.6
สิงหาคม	6,828	87.9
กันยายน	20,391	96.4
ตุลาคม	12,978	95.0
พฤศจิกายน	5,882	94.0
ธันวาคม	5,134	96.1



โดยจุดสำคัญที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง คือ การเพิ่มอำนาจ และความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ณ จุดรับลงทะเบียน โดยไม่ต้องส่งข้อมูลเป็นทอด ๆ ไปตรวจสอบที่อื่น ซึ่งการจะทำการดังกล่าวได้ระบบที่ออกแบบใหม่ ควรมีคุณลักษณะดังนี้

- มีฐานข้อมูลกลางเพียงชุดเดียว (centralized database) ที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนไม่ว่าจะเป็นที่ส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาค เข้าไปใช้ในการตรวจสอบ ปรับปรุง หรือประมวลผล

- ฐานข้อมูลกลางชุดนี้ต้องเป็นข้อมูลที่ล่าสุด (up to date) และถือว่าถูกต้อง

- เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียนสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลนี้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลา และต้องมีอำนาจเข้าไปตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงข้อมูลด้วย ดังนั้นจึงต้องมีเครือข่าย on - line เพื่อเป็นเส้นทางในการเข้าถึงฐานข้อมูลดังกล่าว

- มี software ที่มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มีการแก้ไข ปรับปรุง ณ เวลาขณะลงทะเบียน เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลก่อนที่จะถูกบันทึกในฐานข้อมูลกลาง software นี้จะมาทำหน้าที่แทนกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องหลังการจัดเก็บข้อมูล ดังที่เป็นอยู่ก่อนหน้านี้

- เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียนต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการลงทะเบียนที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อลดความผิดพลาดของข้อมูลลงให้มากที่สุด และต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดของข้อมูลของตนเองใส่เข้าไปในฐานข้อมูลกลาง

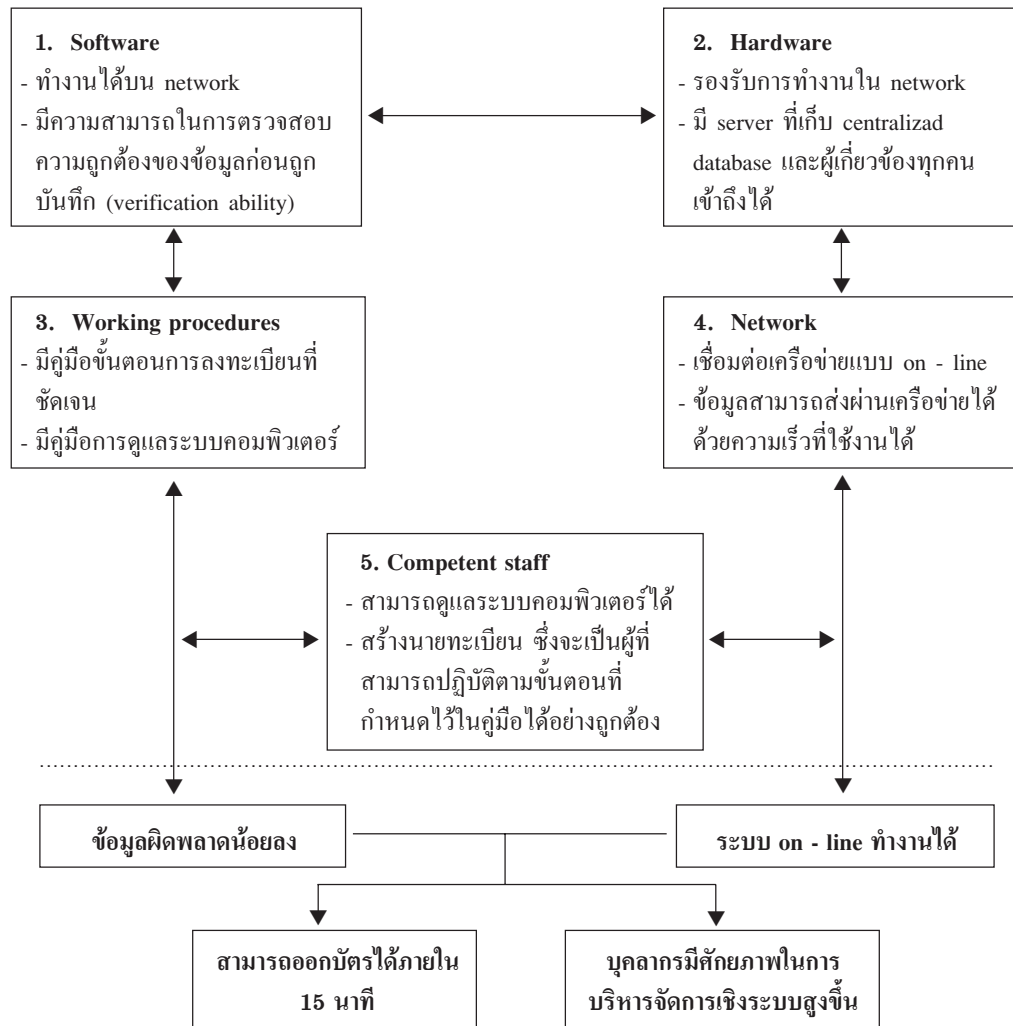
2) ระบบย่อยที่ต้องพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับระบบลงทะเบียนใหม่

เพื่อให้ระบบการลงทะเบียนแบบใหม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมาย จึงต้องมีการพัฒนาระบบย่อยที่สำคัญ 5 ระบบมารองรับ ตามรูปที่ 1

3) การออกแบบอุปกรณ์และเครือข่าย

อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะใช้ในการลงทะเบียนระบบใหม่ต้องสามารถทำงานได้บนเครือข่าย ส่วนการเลือกเครือข่ายที่จะใช้ในโครงการนี้ได้มีการศึกษารูปแบบเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น และตัดสินใจเลือก leased line แบบ VPN (Virtual Private Network) ความเร็ว 64 KB เป็นเส้นทางเชื่อมต่อคอมพิวเตอร์ของนายทะเบียนของโรงพยาบาลต่าง ๆ เข้ากับฐานข้อมูลกลางที่ สปสช. เนื่องจากการเชื่อมต่อน่าจะมีเสถียรภาพ และมีความเร็วในการส่งข้อมูลสูง แต่เนื่องจากค่าเช่า leased line มีราคาสูง ไม่เหมาะที่จะใช้ในระยะเวลา จึงกำหนดว่าจะเช่า leased line เพียง 3 เดือน (ซึ่งน่าจะได้ข้อมูลเพียงพอว่า ถ้าระบบเครือข่ายไม่มีปัญหา software จะทำงานได้หรือไม่ และการลงทะเบียนจะสามารถทำได้โดยสะดวกหรือไม่) หลังจาก 3 เดือนไปแล้ว ก็เปลี่ยนการเชื่อมต่อเป็น VPDN (Virtual Private Dial-up Network) ซึ่งสมรรถนะต่ำกว่า แต่ค่าใช้จ่ายก็ต่ำกว่ามาก ซึ่งถ้าระบบลงทะเบียนสามารถทำงานบน VPDN ได้ จะทำให้สามารถขยายระบบลงทะเบียนแบบ on - line ไปทั่วประเทศได้โดยใช้งบประมาณที่ไม่มากจนเกินไป ส่วนการเชื่อมต่อจาก สสจ.แพร่ไปที่ สปสช. มี leased line ความเร็ว 128 KB (เช่าด้วยเงินของ สปสช.) อยู่แล้ว จึงไม่ต้องมีการลงทุนอะไรเพิ่มเติม (รูปที่ 2)

ลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่งของระบบที่ออกแบบใหม่ คือ การเชื่อมต่อแบบ on - line นี้จะเกิดที่ระดับโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนระดับสถานีอนามัย ข้อมูลยังต้องส่งมาที่โรงพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แล้วให้นายทะเบียนที่โรงพยาบาลตรวจสอบชั้นหนึ่งก่อน แล้วจึงเข้าสู่กระบวนการลงทะเบียนแบบ on - line ต่อไป เหตุที่โครงการนี้ยังไม่ขยายการลงทะเบียนแบบ on - line ไปถึงระดับสถานีอนามัย ก็เนื่องจากสถานีอนามัย



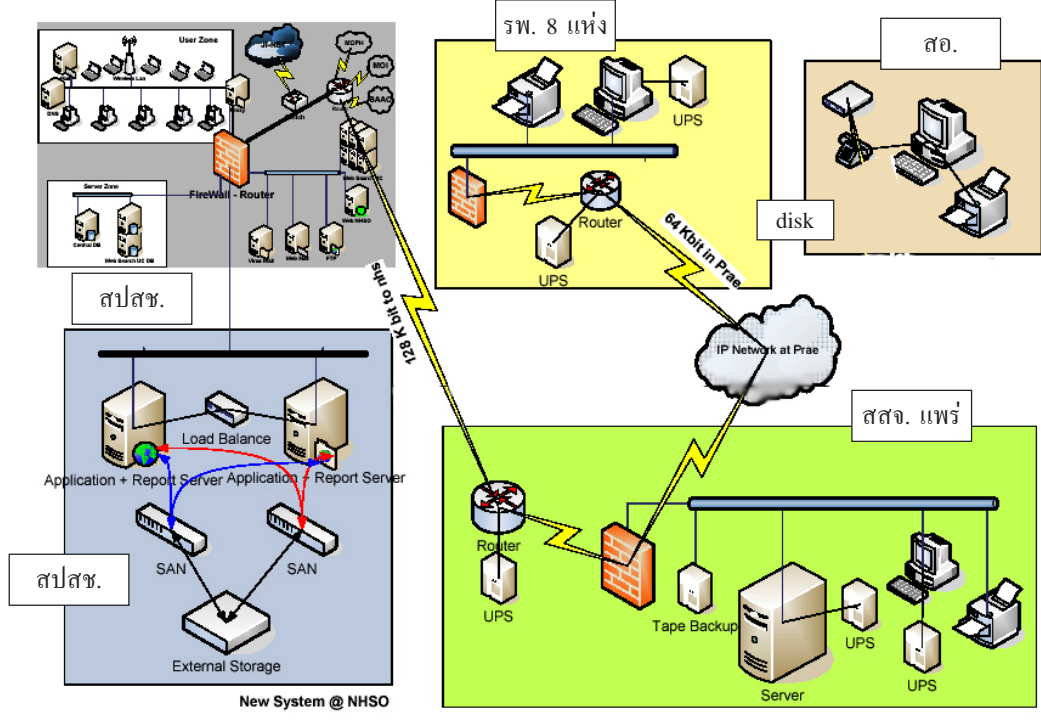
รูปที่ 1 ระบบย่อย 5 ระบบที่เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของการลงทะเบียนแบบ on - line

หลายแห่งยังไม่มีคู่มือสายโทรศัพท์ และถึงจะติดตั้งเฉพาะในที่ที่มีคู่มือสายโทรศัพท์ ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายของเครือข่ายสูงชันมาก ในขณะที่ปริมาณการลงทะเบียนของแต่ละสถานื่อนามัยต่อเดือนมีไม่มากนัก นอกจากนี้การควบคุมให้เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยทำหน้าที่ครบถ้วนตามบทบาทนายทะเบียนอาจทำได้ไม่ทั่วถึง

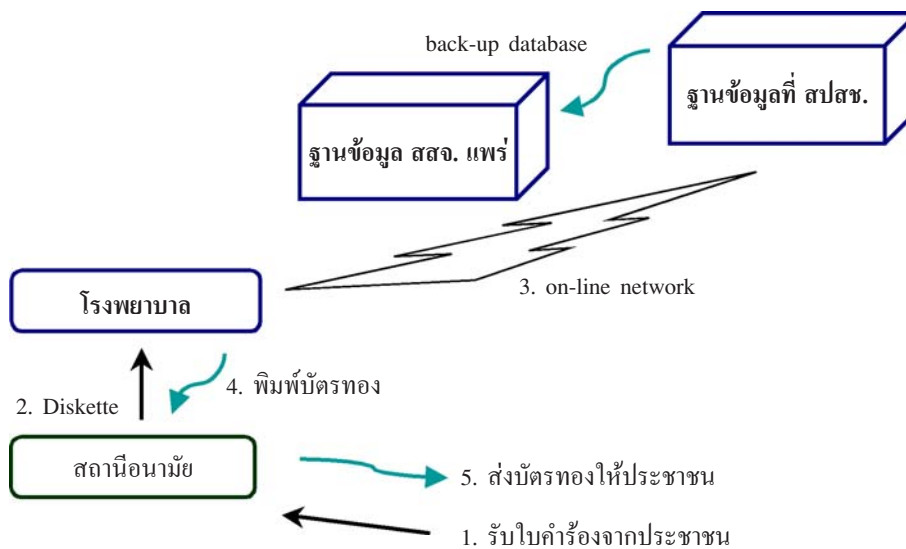
ในระบบใหม่ ข้อมูลจะไม่มีกรมาหยุดพักที่ สสจ. เหมือนในระบบเดิม แต่ สสจ. จะใช้เป็นจุดสำรองข้อมูล ซึ่งจะมีการ update ข้อมูลกับฐานข้อมูลกลางทุกวัน และใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการติดตามประเมินผลระบบการลงทะเบียน

4) การออกแบบขั้นตอนการทำงาน

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดในการออกแบบระบบจึงได้มีการปรับปรุงขั้นตอนการลงทะเบียนบัตรทองใหม่ ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 2 เครื่องข่ายของการลงทะเบียนแบบ on - line



รูปที่ 3 ขั้นตอนการลงทะเบียนระบบใหม่

การเตรียมการด้านต่าง ๆ เพื่อเข้าสู่ระบบลงทะเบียนใหม่

เมื่อออกแบบระบบและขั้นตอนการลงทะเบียนชัดเจนแล้ว ก็ได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ขั้นตอนการทำงาน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ คือ

1. สปสช. จัดจ้างบริษัทเอกชนเขียน software ที่สามารถทำงานได้โดยผ่านระบบเครือข่าย และสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะถูกบันทึก
2. JICA สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อ server คอมพิวเตอร์ router พรินเตอร์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่น ๆ ในการทำงานแบบเครือข่าย ให้แก่ สปสช. สสจ.แพร่ และโรงพยาบาลในจังหวัดแพร่ทั้ง 8 แห่ง
3. สปสช. JICA ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จัดทำคู่มือแสดงขั้นตอนในการลงทะเบียนระบบใหม่ และคู่มือในการดูแลระบบคอมพิวเตอร์
4. สปสช. สนับสนุนงบประมาณแก่จังหวัดแพร่ในการเช่า leased line (ระยะเวลา 3 เดือน) อบรมความรู้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการดูแลเครือข่าย อบรมความรู้แก่นายทะเบียนและเจ้าหน้าที่ลงทะเบียนที่สถานีอนามัยให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนในคู่มือได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนจัดประชุมเพื่อวางแผนการติดตามประเมินผลโครงการ
5. เมื่อระบบย่อยต่าง ๆ พร้อมแล้ว ได้มีการทดสอบระบบลงทะเบียน โดยการสมมุติข้อมูลลงทะเบียนประมาณ 300 ราย ทดลองกรอกข้อมูลผ่านระบบ ซึ่งพบปัญหาติดขัดหลายประการ แต่ก็ได้มีการแก้ไขจนระบบทั้งหมดพร้อมใช้งาน

จากการติดตามงาน พบว่ามีการดำเนินงานทุกอย่างตามแผนที่วางไว้ แต่เกิดความล่าช้าขึ้นประมาณ 1 เดือนในขั้นตอนการเชื่อมโยงเครือข่าย เนื่องจากมีปัญหาอุปกรณ์บางส่วนของ router ไม่สามารถต่อเชื่อมกับระบบของ leased line ได้ ต้องแก้ไขด้วยการปรับระบบของ leased line นอกจากนี้ ยังมีความล่าช้าในขั้นตอนทดสอบระบบลงทะเบียนใหม่อีกประมาณ 1 เดือนเศษ เนื่องจาก software ที่เขียนมาพบข้อผิดพลาดมาก และคอมพิวเตอร์บางตัวมีปัญหาในการตั้งค่าให้เข้ากับระบบ เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว จึงสามารถเริ่มการลงทะเบียนระบบใหม่ได้ในวันที่ 1 มกราคม 2548 หลังจากนั้น การลงทะเบียนได้ดำเนินการต่อเนื่อง โดยมีปัญหาไม่มากนัก และสามารถสรุปโครงการได้ตามแผนที่กำหนด (ตารางที่ 5)

การประเมินการทำงานในช่วงการเริ่มเข้าสู่ระบบลงทะเบียนใหม่

ในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2548 ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อตรวจสอบสภาพการทำงาน of เครือข่ายทั้งระบบ ซึ่งมีปัญหาบิลิทย่อยเกิดขึ้นประปราย และสามารถแก้ไขได้ที่ระดับจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ มีส่วนน้อยที่ต้องให้ สปสช. ช่วยแก้ไข

ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการตรวจสอบสภาพการทำงาน of เครือข่าย VPN (สสจ.แพร่ ทำสัญญาเช่า leased line ชนิด VPN ในช่วงเดือนธันวาคม 2547 - กุมภาพันธ์ 2548) และ VPDN (เริ่มใช้ทั้งจังหวัดในเดือนมีนาคม 2548) คือ ทั้ง 2 ระบบมีปัญหาในเรื่องความเสถียรของการเชื่อมต่อเป็นครั้งคราว โดย VPN จะมีการหลุดของการเชื่อมต่อเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ (ประมาณ 1 นาที) แล้วกลับมาเป็นปรกติเอง เกิดขึ้นทุกวัน ทำให้มีผลกระทบ



ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานจริงเมื่อเทียบกับแผน

กิจกรรม	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549
ระยะที่ 1 - แต่งตั้งคณะทำงาน และวางแผนโครงการ				
ระยะที่ 2 - วิเคราะห์ระบบงานลงทะเบียนที่เป็นอยู่				
- ออกแบบระบบงานลงทะเบียนใหม่				
ระยะที่ 3 - จัดทำคู่มือการดำเนินงานลงทะเบียน				
- อบรมผู้ดูแลระบบคอมพิวเตอร์				
- ดำเนินการติดตั้งอุปกรณ์				
- เชื่อมโยงเครือข่ายครบทุกจุด				
- อบรมเจ้าหน้าที่ รพ. และ สอ.				
- จัดทำคู่มือการดูแลระบบคอมพิวเตอร์				
- ทดสอบระบบลงทะเบียนใหม่				
ระยะที่ 4 - เข้าสู่ระบบลงทะเบียนใหม่				
ระยะที่ 5 - ดำเนินการต่อเนื่องและติดตามประเมินผล				
- สรุปโครงการ				

ตามแผน ดำเนินงานจริง

ต่อเวลาที่ใช้ในการลงทะเบียนบ้างเล็กน้อย ส่วน VPDN ซึ่งใช้ไม่เต็มในการเชื่อมต่อ จะมีการหลุดของการเชื่อมต่อเกิดขึ้นอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ทำให้การลงทะเบียนสะดุดลง และนายทะเบียนต้องเชื่อมต่อสัญญาณใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเชื่อมต่อใหม่ได้และสามารถดำเนินการลงทะเบียนจนสิ้นสุดกระบวนการได้ ยกเว้นบางคราวซึ่งระบบขัดข้องอยู่นาน และไม่สามารถเชื่อมต่อใหม่ตลอดวัน ต้องรอวันใหม่จึงจะสามารถเชื่อมต่อได้ ทำให้การลงทะเบียนล่าช้ากว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ที่ 15 นาที

ผลการลงทะเบียน

1) ความถูกต้องของข้อมูลที่ลงทะเบียน

หลังจากเริ่มระบบลงทะเบียนใหม่ ซึ่งผู้ลงทะเบียนได้รับการพัฒนาขั้นตอนการทำงานและได้รับสิทธิให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนลงทะเบียนที่ฐานข้อมูลกลาง ทำให้ร้อยละของบัตรที่ได้รับการอนุมัติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 6

2) เวลาที่ใช้ในการออกบัตรที่โรงพยาบาล และที่สถานีอนามัย

จากการออกแบบระบบที่ให้โรงพยาบาลสามารถ on-line กับฐานข้อมูลกลางที่ สปสช. ได้ และตั้ง

ตารางที่ 6 อัตราความถูกต้องของข้อมูลที่จังหวัดแพร่ส่งไปยัง สปสช. หลังเริ่มโครงการ (ปี 2548)

เดือน	จำนวนข้อมูลที่ส่งไป	ร้อยละที่ผ่านการอนุมัติ
มกราคม	4,351	97.3
กุมภาพันธ์	4,740	98.5
มีนาคม	5,610	96.6
เมษายน	4,106	98.5
พฤษภาคม	4,482	98.8
มิถุนายน	4,967	99.0
กรกฎาคม	4,073	98.1
สิงหาคม	4,313	98.8
กันยายน	8,353	98.4
ตุลาคม	18,626	99.9
พฤศจิกายน	6,974	99.0
ธันวาคม	3,607	99.3

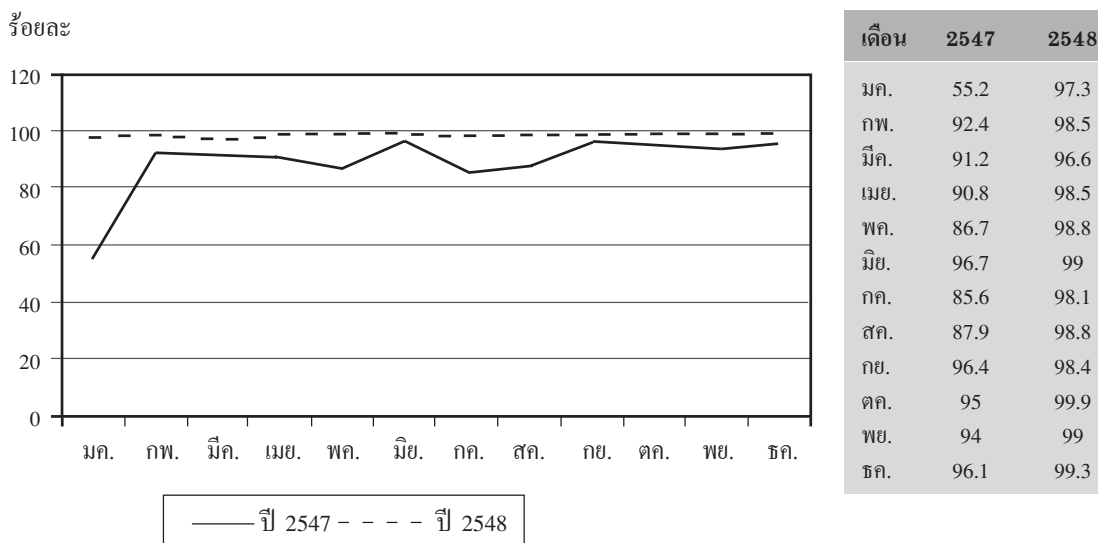
ตารางที่ 7 ระยะเวลาที่ใช้ในการออกบัตรที่โรงพยาบาล และที่สถานีอนามัย

ระยะเวลา	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
โรงพยาบาล			
- ภายใน 15 นาที	35	85.4	
- มากกว่า 15 นาที	6	14.6	- เกิดจากเครือข่ายขัดข้อง
รวม	41	100.0	
สถานีอนามัย			
- ภายใน 7 วัน	34	61.8	
- 7 - 14 วัน	9	16.4	- เกิดจากมีข้อมูลน้อย จึงไม่ได้ส่งข้อมูล
- มากกว่า 14 วัน	12	21.8	มาให้ รพ. ภายใน 7 วันตามที่กำหนด
รวม	55	100.0	

เป้าหมายเวลาที่ใช้ในการออกบัตร คือ 15 นาที ซึ่งการสุ่มข้อมูลการออกบัตรของโรงพยาบาลในเดือน มิถุนายน 2548 พบว่าสามารถออกบัตรของได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 81.4 ส่วนสถานีอนามัยมีได้ มีเครือข่ายที่จะเชื่อมกับฐานข้อมูลกลางโดยตรง แต่จะต้องส่งข้อมูลนี้มาดำเนินการที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์ จึงตั้งเป้าหมายเวลาที่ใช้ในการออกบัตร คือ 7 วัน ซึ่งการสุ่มข้อมูลการออกบัตรของสถานีอนามัยในเดือน มิถุนายน 2548 พบว่าสามารถออกบัตรของได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ 61.8 (ตารางที่ 7) นอกจากนี้

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของประชาชนต่อการออกบัตรทองระบบใหม่

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมของการลงทะเบียนในระบบใหม่		
- ดีขึ้นกว่าเดิม	122	96.1
- เหมือนเดิม	5	3.9
- มีปัญหามากกว่าเดิม	0	0.0
รวม	127	100.0
ความพึงพอใจต่อการลงทะเบียนระบบใหม่		
- พอใจ	159	99.4
- ไม่พอใจ ควรปรับปรุง	1	0.6
รวม	160	100.0



รูปที่ 4 อัตราความถูกต้องของข้อมูลบัตรทอง ก่อนและหลังโครงการ

นั้นยังมีความถูกต้องเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548 (รูปที่ 4)

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ และประชาชน

จากการสนทนากลุ่ม กับเจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน พบว่าทุกคนมีความพึงพอใจในการลงทะเบียนระบบใหม่ เพราะช่วยให้สามารถออกบัตรให้กับประชาชนได้รวดเร็วกว่าเดิมมาก

ในส่วนประชาชน ได้มีการสุ่มสอบถามความพึงพอใจของประชาชนที่มาขอออกบัตรทองที่โรงพยาบาล

ในเดือนธันวาคม 2548 โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับระบบลงทะเบียนใหม่เช่นเดียวกัน

วิจารณ์

การปรับปรุงระบบการลงทะเบียนบัตรทองที่จังหวัดแพร่เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานจำนวนมาก เริ่มตั้งแต่การจัดการฐานข้อมูลกลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเชื่อมต่อกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่และโรงพยาบาล 8 แห่งในจังหวัดแพร่ ตลอดจนขั้นตอนการรับส่งข้อมูลกับสถานีอนามัยอีก 117 แห่ง ทั่วจังหวัด

ถึงแม้ว่าภาพรวมของการดำเนินงานจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์และแผนที่กำหนดไว้ แต่ก็มีปัญหาอุปสรรคหลายอย่างที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินงาน ซึ่งถ้ามองในอีกมุมหนึ่งแล้ว อุปสรรคเหล่านี้ก็เป็นบทเรียนที่มีคุณค่ามาก ตัวอย่างบทเรียนที่ได้เรียนรู้ได้แก่

1. เมื่อทดสอบแต่ละระบบย่อยแบบแยกส่วน และไม่พบปัญหาใด ๆ แล้ว แต่เมื่อรวมระบบย่อยทั้งหมดมาทดสอบพร้อมกัน ระบบใหญ่ทั้งระบบก็ยังไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความไม่สัมพันธ์ของรอยต่อระหว่างระบบ ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเชื่อมต่อ router เข้ากับ leased line
2. ระบบเครือข่ายในประเทศไทยในขณะทดลองระบบการลงทะเบียน on-line (ไม่ว่าจะเป็น leased line แบบ VPN หรือ dial-up แบบ VPDN) ยังมีปัญหาการหลุดของการเชื่อมต่อเป็นครั้งคราว จึงทำให้ไม่สามารถรับประกันเต็มที่ว่าการออกบัตรจะแล้วเสร็จใน 15 นาที
3. การดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย ต้องมีมาตรฐานกลางที่ผู้เกี่ยวข้องทุกจุดต้องปฏิบัติตาม ซึ่งในโครงการนี้มีการปรับมาตรฐานงานบางอย่างโดยพื้นที่ (ตัวอย่างเช่น สอ. ไม่ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลทุก 7 วันตามที่กำหนด แต่ส่งตามที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และไม่แจ้งจังหวัดทราบ) ทำให้ผลสัมฤทธิ์ของการลงทะเบียนที่ สอ. ต่ำลง
4. เมื่อเปรียบเทียบอัตราความถูกต้องของข้อมูลบัตรทองก่อนและหลังโครงการพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ระยะเริ่มโครงการ⁽⁴⁾ (รูปที่ 4)

นอกจากผลสัมฤทธิ์ในเรื่องการลงทะเบียนบัตรทองแล้ว โครงการนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการเชิงระบบ ผู้เข้าร่วมในโครงการฝ่ายไทยได้มีโอกาสศึกษา PDM ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่ JICA ใช้ในการเขียนโครงการและควบคุมกำกับงาน นอกจากนี้ยังเห็นถึงวิธีการทำงานแบบญี่ปุ่น ซึ่งให้ความสำคัญกับการบันทึกข้อมูลทุกขั้นตอน การจัดทำคู่มือและเรียนรู้ฝึกฝนตามคู่มืออย่างเคร่งครัด (ในขณะที่คนไทยจะไม่เน้นการอ่านจากคู่มือ แต่จะใช้งานถามจากผู้ชำนาญการมากกว่า) และการทดสอบระบบอย่างเข้มงวดก่อนที่จะเริ่มดำเนินการระบบใหม่

สรุป

รูปแบบการลงทะเบียนที่จังหวัดแพร่แสดงให้เห็นว่า การจัดการข้อมูลในลักษณะมีฐานข้อมูลกลางเพียงแห่งเดียวที่ส่วนกลาง แล้วใช้การเชื่อมต่อเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ พร้อมไปกับการมีขั้นตอนการทำงานที่ดี และมี software ที่มีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูล ก่อนที่จะถูกบันทึกหรือแก้ไขที่ฐานข้อมูลกลาง



จะทำให้การบริการประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทเรียนที่ได้รับจากโครงการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบ Data Center ซึ่งเป็นระบบที่ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับงานหลักประกันสุขภาพหลายด้าน เช่น การลงทะเบียนบัตรทอง การลงทะเบียนสถานบริการ การเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ซึ่งเป็นตัวแทนของรัฐบาลไทย และ Mr. Tomoyuki Ozuru ซึ่งเป็นตัวแทนของรัฐบาลญี่ปุ่น ที่ช่วยสนับสนุนการประเมินผลในครั้งนี้ และขอขอบคุณทีมงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Japan International Cooperation Agency, National Health Security Office, Ministry of Public Health. Annual Report (2003 - 2004) : The Project on the Assistance of Public Health Insurance Information System Development in the Kingdom of Thailand. Nonthaburi: National Health Security Office; 2004.
2. สมอาจ วงษ์เข็มทอง. สถานการณ์ระบบการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ และปัญหาอุปสรรค. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2547.
3. Japan International Cooperation Agency. โครงการความร่วมมือทางวิชาการของ JICA : การติดตามและประเมินผล. มปท; 2546.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. รายงานประจำปี 2546. แพร่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2547.



แฉวงควมรู้

คำถามการวิจัยและปัญหาที่ควรได้รับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพของ บริการสุขภาพในประเทศไทย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2548

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเป้าหมายในการสร้างตัวชี้วัดคุณภาพบริการที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย และเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมแก่สถานพยาบาลและประชาชน

การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการสาธารณสุข ครอบคลุมการดำเนินงาน 6 ด้าน รวม 94 ตัวชี้วัดคือ

ด้านที่ 1 ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม มี 41 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดไว้

ด้านที่ 2 ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีความปลอดภัย มี 12 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น การมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลน้อย

ด้านที่ 3 หน่วยบริการมีการบริหารงานที่ได้มาตรฐาน มี 18 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น จำนวนแพทย์ต่อผู้ป่วยเหมาะสม

ด้านที่ 4 ประชาชนยอมรับในรูปแบบบริการสาธารณสุขที่ได้รับ มี 15 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น ระยะเวลารอคอยที่สมเหตุสมผล

ด้านที่ 5 ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่เคารพต่อสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มี 3 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและทางเลือกในการรักษา

ด้านที่ 6 ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่ต่อเนื่องตามความจำเป็น มี 5 ตัวชี้วัด ตัวอย่างเช่น การได้รับความสะดวกในการส่งต่อ

ในปี 2549 มีการนำตัวชี้วัดเหล่านี้ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลนรอร่ง จำนวน 2 จังหวัด เพื่อทดสอบและปรับปรุงตัวชี้วัดเหล่านี้ให้มีความเหมาะสมกับการใช้งานจริง และไม่เป็นภาระในการเก็บข้อมูลของสถานพยาบาลมากเกินไป ซึ่งเมื่อได้มีการปรับปรุงแล้ว ก็จะได้มีการขยายไปใช้ทั่วประเทศเพื่อประโยชน์กับประชาชนในทุกพื้นที่ต่อไป

การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย : การวิเคราะห์เชิงนโยบาย วิโรจน์ กิ่งเจริญศักดิ์ และคณะ, 2548

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสามารถพบได้ทั่วไปในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น นิ่วในไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

โรคนี้หากเกิดกับสมาชิกของครอบครัวใด ก็จะเป็นความทุกข์ใจและภาระทางการเงินที่หนักหนาสาหัส โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นผู้มีฐานะยากจนภาระค่า



รักษาพยาบาล และค่าฟอกเลือดสามารถทำให้ครอบครัวนั้นล้มละลายทางการเงินได้

ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผลักดันให้รวมสิทธิในการเข้าถึงบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งประกอบด้วยฟอกเลือด การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการปลูกถ่ายไต เข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาททางไกลโรค แต่เนื่องจากเรื่องดังกล่าวมีผลกระทบต่อวงเงินงบประมาณค่าใช้จ่ายของโครงการเป็นอย่างมาก สปสช.จึงได้ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยขึ้นนี้ขึ้น

ประมาณการว่า มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ในประเทศไทยปีละประมาณ 4,700 - 14,000 คน ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาด้วยบริการทดแทนไต จะเสียชีวิตภายใน 2 - 4 เดือน แต่ถ้าได้รับการรักษา ชีวิตก็จะยืนยาวไปหลายปี ดังนั้นถ้ามีการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยทุกคน จะทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 5 หมื่นรายภายในปีที่ 4 และ 1 แสนรายภายในปีที่ 9 ของการดำเนินการ เนื่องจากจะมีผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี

ถ้ารัฐบาลยินยอมให้บริการทดแทนไตรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาททางไกลโรค สำหรับผู้ป่วยทุกคน จะต้องใช้เงินประมาณ 5,000 ล้านบาทต่อปีในปีแรก และจะเพิ่มเป็นหลายหมื่นล้านบาทหรือมากกว่าหนึ่งในสามของงบประมาณโครงการ 30 บาททางไกลโรค ภายใน 15 ปี

การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 1 ราย รัฐต้องลงทุนทั้งด้านค่ารักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ประมาณ 4-5 แสนบาทต่อปี หากเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของการลงทุนด้านสุขภาพที่ระบุว่า บริการทางสุขภาพที่มีต้นทุนอรรถประโยชน์ต่ำกว่า 3

เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี จึงจะเป็นบริการสุขภาพที่คุ้มค่าและรัฐควรให้การสนับสนุน จะสรุปได้ว่า ในประเทศไทย การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการฟอกเลือด หรือการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในทางวิชาการอาจมองว่าเป็นบริการสุขภาพที่ไม่คุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในเรื่องนี้คงไม่สามารถใช้มุมมองเฉพาะเรื่องความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์เพียงด้านเดียว แต่ต้องคำนึงถึงมุมมองด้านจริยธรรมและความเป็นธรรมในสังคมด้วย เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลที่แพงของบริการทดแทนไตก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและภาวะล้มละลายทางการเงินของครัวเรือน คณะผู้วิจัยได้เสนอทางเลือกในการตัดสินใจระดับนโยบายในเรื่องดังกล่าวไว้ 4 ทางเลือก คือ (1) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการทดแทนไตไปตลอดชีวิต (2) ผู้ป่วยได้รับการทดแทนไตไปจนถึงอายุเท่ากับอายุขัยเฉลี่ยของคนไทย หลังจากนั้นต้องช่วยเหลือตนเอง (3) คณะกรรมการระดับจังหวัดคัดเลือกผู้ป่วยบางคน ให้มีสิทธิเข้ารับบริการทดแทนไต ตามหลักเกณฑ์ที่เป็นธรรม (4) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการทดแทนไตในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (เช่น 1-2 ปี) หลังจากนั้น ผู้ป่วยที่อายุน้อยเท่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ ผู้ป่วยส่วนที่เหลือต้องช่วยตัวเอง

คณะผู้วิจัยเสนอว่าทางเลือกที่ 4 น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด ภายใต้วงเงินงบประมาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันรวมทั้งสามารถบรรลุเป้าหมายด้านจริยธรรมในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ทุกทางเลือกก็มีปัญหาในเชิงเศรษฐศาสตร์ จริยธรรม หรือความเป็นธรรมในสังคมทั้งสิ้น จึงทำให้ตัดสินใจในเชิงนโยบายได้ยาก

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548 - 2557)

พรพิมล จันทรวิโรจน์ และคณะ, 2549

องค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการมีสุขภาพดีคือการที่ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปรกติ ไม่ว่าจะเป็นการทำงานที่บ้าน งานอดิเรก และกิจกรรมทางสังคม “กายภาพบำบัด” เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างและแก้ไขฟื้นฟูศักยภาพทางกายของมนุษย์ โดยอาศัยพลังงานทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความเย็น คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดมีทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เครื่องออกกำลังกายในสถานพิตเนส วิธีการและท่าทางในการออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ เช่น จี๊จก โยคะ รำดาบ และด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น เครื่องไฟฟ้าเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อในผู้ป่วยอัมพาต เครื่องอัลตราซาวด์เพื่อลดการอักเสบ เตี้ยงสำหรับดึงกระดูกสันหลัง และรถเข็นสำหรับผู้พิการ (wheel chair)

การใช้กายภาพบำบัดช่วยในการรักษาพยาบาลของการแพทย์แผนปัจจุบัน เริ่มแพร่หลายในประเทศไทยมาได้ประมาณ 40 ปี แต่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่ช่วยในการบำบัดรักษามีอยู่ในสังคมไทยมาแต่ดั้งเดิม ในรูปแบบของการรักษาแบบแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว (เช่น การประคบไพล การนวด การละเล่นต่าง ๆ) กายภาพบำบัดเพื่อเสริมสร้างศักยภาพทางกายของมนุษย์จึงต้องครอบคลุมทั้งระบบกายภาพบำบัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน และการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาดั้งเดิมของการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ โดยอยู่บนฐานคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา

ความรู้ด้านกายภาพบำบัดมีบทบาทสูงต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการเติมเต็มศักยภาพทางกาย แต่ปัจจุบันงานด้านกายภาพบำบัดถูกจำกัดกรอบให้เป็นบทบาทเฉพาะของนักกายภาพบำบัด ซึ่งทำงานแบบตั้งรับในสถานพยาบาล เน้นการพัฒนาสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยให้ความสำคัญไม่มากนักกับเป้าหมายสูงสุดที่จะทำให้ประชาชนมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการในระบบ

จึงใช้กระบวนการวิจัยของการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญของสถานการณ์ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันคาดคะเนภาพในอนาคต ทำให้ได้ข้อเสนอแนะในการสร้างยุทธศาสตร์หลักเพื่อระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548 - 2557) คือ (1) ส่งเสริมให้ประชาชนไทยมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกาย (2) ส่งเสริมการประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกาย (3) จัดระบบบริการทางกายภาพบำบัดที่ประชาชนสามารถเข้าถึงงานบริการได้อย่างทั่วถึง (4) พัฒนาวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแบบองค์รวม (5) พัฒนางานบริการของนักวิชาการทางกายภาพบำบัดให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขันในระดับโลก

ในทุกยุทธศาสตร์จะต้องมีการประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง และกำหนดโจทย์การวิจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์



บรรลุตามเป้าหมาย โจทย์การวิจัยของระบบ
กายภาพบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ ศักยภาพทางกาย
ของประชาชนแต่ละกลุ่มในปัจจุบัน รูปแบบการ

บริการทางกายภาพบำบัดที่ประชาชนต้องการ และ
ความต้องการนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในภาพ
รวมของประเทศ

วิธีการพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล จิรเดช มโนสร้อย, อธิญา มโนสร้อย, 2549

ประเทศไทยมีภูมิปัญญาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในทางยา เครื่องสำอาง และเสริมอาหารมาเป็นเวลาช้านาน อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของกฎระเบียบทางการค้าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งออกในตลาดโลก ทำให้จนถึงขณะนี้ยังไม่มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยแม้แต่ผลิตภัณฑ์เดียวที่สามารถแข่งขันในตลาดสากลได้

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาสมุนไพรให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถแข่งขันได้ในตลาดสากล ซึ่งจะช่วยลดการนำเข้าทั้งสารสกัดและผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสมุนไพรจากต่างประเทศ รวมทั้งการสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ

การศึกษาพบว่า แนวโน้มของฤทธิ์ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่นิยมในปัจจุบันและอนาคตในตลาดโลก คือ ผลิตภัณฑ์ที่มีฤทธิ์ชะลอความแก่ให้ผิวขาวให้ผ่องอก และลดความอ้วน โดยเน้นให้มีประสิทธิภาพสูงและปลอดภัย ทั้งนี้สมุนไพรไทย 10

ชนิดที่น่าจะมีศักยภาพสูงในการนำมาพัฒนาเป็นวัตถุดิบในรูปสารสกัดหรือเป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเพื่อแข่งขันในตลาดโลก (ตารางที่ 1)

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอกระบวนการจัดการที่ครบวงจร และแนวโน้มของเทคโนโลยีที่น่าจะมีการพัฒนาควบคู่กันไป ได้แก่ การปลูกสมุนไพรแบบ plantation และ organic รวมทั้งเทคโนโลยีนาโน และเทคโนโลยีชีวภาพ

การขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวต้องการการสนับสนุนทั้งในด้านเงินทุน ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนที่มีการทำงานเป็นเครือข่าย การสร้างระบบรับรองคุณภาพมาตรฐาน การปรับปรุงแก้ไขข้อกฎหมาย การคัดเลือกสมุนไพร กระบวนการผลิต การตลาด/ประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการจัดระบบติดตามผลที่มีประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์หลังจำหน่าย

ตารางที่ 1

ความสำคัญลำดับที่	ชื่อสมุนไพร	เหตุผลที่เลือก
1	ว่านหางจระเข้	- มีความรู้จากงานวิจัยมาก - ใช้เป็น antiaging skin care และเป็น moisturizer
2	ขมิ้นชัน	- มีความรู้จากงานวิจัยมาก - ใช้เป็น whitening และ antiaging - มีภูมิปัญญาด้านนาสนับสนุนการมีผลต่อการออกของผผ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความสำคัญลำดับที่	ชื่อสมุนไพร	เหตุผลที่เลือก
3	กวาวเครือขาว	- มีภูมิปัญญาไทยสนับสนุนประโยชน์ใช้สอย - ใช้เป็น whitening และ antiaging
4	หม่อน	- ใช้แทน licorice extract ได้ ในการเป็น antioxidant และ whitening
5	ขุมเห็ดเทศ	- มีภูมิปัญญาด้านนาสนับสนุนการมีผลต่อการงอกของผล ป้องกันผลร่วง
6	มะขามป้อม	- มีผลงานวิจัยทางเครื่องสำอางอยู่มาก - มีฤทธิ์ antioxidant สามารถใช้เป็น whitening และ antiaging
7	บัวบก	- มีผลงานวิจัยทางเครื่องสำอางอยู่มาก - มีสารช่วยลดแผลเป็น
8	พริกไทยดำ	- มีผลงานวิจัยทางเครื่องสำอางอยู่มาก - มีสารให้ฤทธิ์ antioxidant, antiaging และใช้ลดความอ้วน
9	ไพล	- มีผลงานวิจัยทางเครื่องสำอางอยู่มาก - มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ และเพื่อลดการนำเข้าสารสกัด chamomile ที่ไทยนำเข้าในมูลค่าสูงเพื่อผสมในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง
10	ฟ้าทะลายโจร	- แม้มีข้อมูลการวิจัยทางเครื่องสำอางน้อย แต่ฤทธิ์ด้านอักเสบของสารในฟ้าทะลายโจรสามารถนำมาใช้ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับผิวหนัง โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์กันแดดและให้ผิวขาว และทดแทนการนำเข้าสารสกัด chamomile จากต่างประเทศ

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีโครงการเหมืองแร่โพแทช จังหวัดอุดรธานี

สมพร เเพ็งคำ และคณะ, 2549

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อคาดการณ์ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากโครงการเหมืองแร่โพแทชจังหวัดอุดรธานี และเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานของโครงการ โดยศึกษามิติทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยการทบทวนเอกสาร การสำรวจการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มย่อย (focus group) และการจัดเวทีระดมความคิดเห็น สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานได้ประยุกต์มาจากแนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพประเทศแคนาดา คือ (1)

วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (2) ศึกษาการให้คุณค่าต่อโครงการของผู้มีส่วนได้เสีย (3) กำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบ (4) ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (5) ประเมินความเสี่ยง และ (6) ผลักดันข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการศึกษาใช้เวลาประมาณ 2 ปี มีผู้เข้าร่วมตลอดกระบวนการมากกว่า 2,000 คน ทั้งจากภาครัฐ เอกชน ประชาชน นักวิชาการ สื่อมวลชน และองค์กรพัฒนาเอกชน



แร่โพแทช (Potash Ore) เป็นสารประกอบของโปแตสเซียมคาร์บอเนต (K_2CO_3) ผสมกับเกลือโปแตสเซียมชนิดอื่น ๆ ในปัจจุบัน โพแทชมากกว่าร้อยละ 90 จะถูกผลิตเพื่อใช้ในการทำปุ๋ยเคมี ส่วนที่เหลือจะใช้ในอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น การผลิตยาอาหาร นอกจากนี้การทำเหมืองแร่โพแทชยังทำให้ได้เกลือบริสุทธิ์ ($NaCl$) จำนวนมากซึ่งนำไปใช้ในอุตสาหกรรมเคมีอื่น ๆ อีกมากมาย

แหล่งแร่โพแทชที่จังหวัดอุดรธานี มีปริมาณแร่โพแทช ซิลไวท์ (Potash Sylvite) ที่มีความบริสุทธิ์มากกว่า 302 ล้านตัน เป็นแหล่งแร่ที่มีความสมบูรณ์ระดับโลกแหล่งหนึ่ง การทำเหมืองจะขุดเอาแร่ซิลไวท์จากชั้นแร่ที่มีความหนาเฉลี่ย 3.8 เมตร ที่ความลึก 300 ถึง 380 เมตร จากผิวดินโดยขุดอุโมงค์ถึงชั้นแร่ ลำเลียงแร่มาที่โรงแยกแร่ซึ่งตั้งอยู่บนผิวดิน ผ่านกระบวนการจนได้แร่โพแทชที่บริสุทธิ์ โครงการนี้มีอายุประมาณ 25 ปี และมีเม็ดเงินลงทุนตลอดโครงการไม่ต่ำกว่า 9 หมื่นล้านบาท การดำเนินโครงการฯ มีข้อดีคือสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ ท้องถิ่น และคนที่มีโอกาสได้ทำงานในเหมือง ทำให้มีเงินหมุนเวียนในท้องถิ่นมากขึ้น คนมีอาชีพหลากหลายขึ้น มีการพัฒนาสาธารณูปโภคพื้นฐาน มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการทำเหมืองแร่ให้แก่คนไทย และลดการนำเข้าปุ๋ยเคมี

ส่วนข้อเสียหรือผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นมี

หลายประการ คือ

1. ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาอุตสาหกรรมเหมืองแร่ การเข้ามาของอุตสาหกรรมเหมืองแร่โพแทชในจังหวัดอุดรธานี มุ่งเน้นการเติบโตด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก และเชื่อว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับมุมมองของประชาชนในพื้นที่

ที่มุ่งความอยู่เย็น เป็นสุข และการดำเนินชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ความแตกต่างนี้ได้นำมาซึ่งความขัดแย้ง และเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่หลายครั้ง และนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

2. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำเหมืองและกระบวนการแต่งแร่โพแทช

2.1 การปนเปื้อนของทางแร่ลงในแหล่งน้ำ ประเด็นที่น่ากังวลมากที่สุดคือ การแต่งแร่ได้ทำให้เกิดหางแร่ (tailing) ปริมาณมหาศาลหางแร่เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นเกลือโซเดียมคลอไรด์ปนกับสารเคมีตกค้างจากกระบวนการแต่งแร่ โดยบางชนิด เช่น process oil เป็นสารก่อมะเร็ง หางแร่จะถูกกองบนพื้นดินโดยมีปริมาณมากที่สุดในปีที่ 9 จำนวน 10.69 ล้านตัน ถ้าเกิดการปนเปื้อนลงแหล่งน้ำ ผลกระทบจะมีได้จำกัดอยู่เฉพาะประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่การขอประทานบัตรเท่านั้น หากแต่จะครอบคลุมชาวบ้านทั้งหมดที่ต้องพึ่งพิงระบบนิเวศน์ลำน้ำ ลำห้วย และสายน้ำใต้ดินที่เชื่อมโยงกับพื้นที่ทำเหมืองแร่

2.2 การแย่งชิงน้ำ โครงการมีความต้องการใช้น้ำปริมาณมาก โดยในระยะก่อสร้างมีความต้องการประมาณ 290 ลบ.ม. ต่อวัน หรือ 87,500 ลบ.ม. ต่อปี ส่วนในระยะดำเนินการมีความต้องการประมาณ 724,500 ลบ.ม. ต่อปี จึงคาดว่าจะมีผลกระทบต่อการใช้้ำของชุมชน และมีโอกาสเกิดการแย่งชิงน้ำได้

2.3 การเจ็บป่วยจากมลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางอากาศเกิดขึ้นได้ทั้งในอุโมงค์เหมืองใต้ดิน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากไอระเหยของน้ำมันดีเซล อันก่อให้เกิดโรคระบบหายใจโดยเฉพาะมะเร็งปอด และที่โรงงานที่ตั้งอยู่บนผิวดิน ซึ่งจะปล่อยก๊าซที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหลายชนิด อันก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบหายใจ

นอกจากนี้ ฝุ่นเกลือที่ปนเปื้อนลอยอยู่ในชั้นบรรยากาศ เมื่อฝนตกจะปนเปื้อนมากับน้ำฝน ชาวบ้านที่บริโภคน้ำฝนก็จะเสี่ยงต่อโรกระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ

การศึกษานี้มีข้อเสนอทางเลือกต่อโครงการฯ คือ

1. ยุติโครงการ เนื่องจากการพัฒนาเหมืองแร่โพแทชมุ่งการเติบโตด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก โดยขาดความชัดเจนในการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพที่จะเกิดตามมาอย่างรอบด้าน และพื้นที่การขอประทานบัตรอยู่ในเขตชุมชนที่มีประชากรอยู่หนาแน่นที่สุดของจังหวัดอุดรธานีซึ่งยังไม่มีความพร้อมในการรองรับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นจากการทำเหมืองแร่ คือ การขาดน้ำอุปโภคบริโภคจากการถูกปนเปื้อนของแหล่งน้ำผิวดินและใต้ดิน มลภาวะทางอากาศ และแผ่นดินไหว

2. ทบทวนโครงการ ในประเด็นต่าง ๆ คือ (1) ประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environment Assessment : SEA) เรื่องเกลือ เพื่อวางนโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรมเกลือและโพแทช ที่เป็นธรรมกับทุกฝ่าย (2) จัดกระบวนการเพื่อทบทวนวิสัยทัศน์จังหวัดอุดรธานีภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน หากมวลชนยอมรับการพัฒนาเมืองอุดรธานีให้เป็นเมืองอุตสาหกรรม และยอมรับในผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จึงนำโครงการมาพิจารณาดำเนินการต่อไป (3) พัฒนาศักยภาพของภาคสาธารณสุขทั้งในเชิงบุคลากร และงบประมาณให้รองรับปัญหาด้านสุขภาพที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไป (4) จัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหาย (5) สร้างระบบการติดตาม ตรวจสอบการทำเหมืองแร่ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย



บรรณาธิการแถลง

กลไกของกงล้อ

นวาระปฐมฤกษ์สงกรานต์ปี 2550 ถือเป็นโอกาสเริ่มวารสารระบบสาธารณสุข หลังจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซุ่มรวบรวมองค์ความรู้ด้วยการวิจัยมานาน คุณูปการที่ได้เกิด และกำลังจะเกิดขึ้นจึงควรแสดงที่มาและที่ไป อันจับต้องได้อย่างมีหลักฐานทางวิชาการ

ให้เป็นที่เข้าใจ ตรวจสอบได้อย่างโปร่งใสเพื่อป้องกันข้อครหาว่าเป็นการรวบรัดด้วยเจตนาซ่อนเร้นหรืออคติ และวารสารเล่มแรกนี่คือหลักฐานชิ้นสำคัญนั้น

ประกอบกับผลงานที่ทันการณ์สำหรับแนวทางการปรับโครงสร้างกระทรวงล่าสุด สำหรับก้าวแรกของระบบสาธารณสุขที่กำลังเปลี่ยนมิติ (อีกแล้ว)

แต่กรอบใหญ่ของเล่มคือระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นเรื่องร้อนครองท้ายทศวรรษที่แล้ว และต้องการมือไม้ที่กลมเกลียวและประคับประคองให้เข้ารูปอย่างสร้างสรรค์ มากกว่าการย่ำยีด้วยวิฆาemar

ในบริบทของ **ใกล้บ้านใกล้ใจ** หน่วยบริการปฐมภูมิกำความสำเร็จว่าจะสามารถให้บริการโรคเรื้อรัง ช่างหน้าได้ทันทั่วทั้งที่หรือไม่ โดยเฉพาะเบาหวาน-เงาหายนะของสุขภาพในอนาคต

ดังนั้นระบบดูแล ระบบบริการ หรือแม้แต่ประตูเข้าสู่บริการคือการลงทะเบียนทำบัตรทองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่จะไขความว่าการปรับปรุงกรรมวิธีควรเกิดขึ้นอย่างไร จึงจะสัมฤทธิ์ผลยั่งยืนหรืออย่างน้อยก็จนกว่าจะเกิดเรื่องราวทำให้ต้องคิดเห็นเป็นอย่างอื่นได้อีก

สรุปว่าการประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในวารสารนี้เป็นเพียงก้าวแรก ของกระบวนการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับมหภาค

เป็นก้าวเล็กที่ขยับต้านแรงเฉื่อยเขี้ยวของกงล้อให้ขับเคลื่อนไปข้างหน้า

ฝันว่าจะเกิดโมเมนตัม

นิตยา จันทรเรือง มหาผล