

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย และได้ข้อมูลมาสนับสนุนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. รูปแบบหรือระบบการให้บริการด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย
2. แนวคิดและปรัชญาโครงการหลักประกันสุขภาพ
3. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบหรือระบบให้บริการด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย

ความหมายของการส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับและการส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่าจากระดับต่ำไปสู่ระดับสูง และจากระดับสูงไปสู่ระดับต่ำ ซึ่งนับว่าเป็นการประสานระบบร่วมกันทั้งสองทางระหว่างสถานบริการทางการแพทย์ หรือหน่วยระบบทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามความจำเป็น จนกว่าจะหายป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติหรือจนกว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรักษาต่อไป โดยมีหนังสือส่งผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ความเจริญของวิทยาการทางการแพทย์ตะวันตกที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ย่อมเป็นที่คาดหวังของคนชนบทเช่นกันที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด เต็มกำลังความสามารถทางการแพทย์ เพราะใครๆก็รักชีวิตเหมือนกัน

1. ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีความซับซ้อนสูง ควรที่จะได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางที่เป็นผู้เชี่ยวชาญมากกว่าการดูแลจากแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในประเด็นนี้ไม่ค่อยมีปัญหาความไม่เข้าใจในระบบส่งต่อมากนัก

2. ผู้ป่วยที่แพทย์ทั่วไปควรจะรักษาได้ ตามมาตรฐานการเรียนการสอนที่กำหนดมาจาก แพทย์สภา แต่ด้วยข้อจำกัดหลายด้านทำให้จำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้ อาทิ ความไม่พร้อมของ เครื่องมือแพทย์ การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ เวชภัณฑ์ หรือทีมงานที่จะช่วยดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ประเด็นนี้เริ่มจะมีปัญหาความไม่เข้าใจกันในการส่งต่อว่า ทำไมไม่ทำเอง ทำไมต้องส่งมา

3. อีกเหตุผลที่ควรต้องมีการส่งต่อแม้จะเป็นสภาวะโรคที่แพทย์ทั่วไปควรจะให้การรักษาได้ก็คือ ความไม่มั่นใจและไม่เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์เองในการดูแลรักษาโรคนั้น เพราะไม่มีใครที่เก่งหมดทุกด้าน จำได้หมดทุกแนวทางการรักษา หรือมีทักษะการทำหัตถการที่ครบถ้วน ไม่ตกหล่น จึงขอส่งต่อผู้ป่วยดีกว่า เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยคนนั้น ซึ่งในประเด็นนี้บ่อยครั้งที่ มี ปัญหาความไม่เข้าใจกันกับโรงพยาบาลปลายทางที่รับการส่งต่อ

4. ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะรักษากับแพทย์เฉพาะทาง ไม่ว่าจะด้วยความไม่เชื่อถือต่อ โรงพยาบาลชุมชนนั้น ๆ มีความเชื่อถือส่วนตัวกับแพทย์เฉพาะทางบางท่าน เหตุผลทางสังคม

5. ความไม่พร้อมเฉพาะกิจในวันนั้น ๆ ของโรงพยาบาลชุมชน อาทิเช่น ในวันนั้นมีแพทย์ อยู่โรงพยาบาลเพียงคนเดียว ไม่สามารถหิ้ว OPD ไปผ่าตัดผู้ป่วยได้ตั้งอีกสัปดาห์ หรือเจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ ที่มีเพียงคนเดียวลาป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

ทฤษฎีหลักของความจำเป็นที่ต้องมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ก็เพื่อให้เกิด Continuity of Care ตามศักยภาพที่ทำได้ของสถานบริการแต่ละระดับ โดยยึดประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นศูนย์กลาง ของการตัดสินใจ ซึ่งในความเป็นจริง การส่งต่อเฉพาะในรายที่เหมาะสม ไม่ส่งต่อแบบฟุ่มเฟือย แต่ก็ไม่ใช่การเก็บคนไข้จนอาการหนักแล้วจึงส่งนั้น เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ไม่เฉพาะสำหรับ คนชนบท แล้วจะมีกลไกอะไรที่จะมาเสริมให้เกิดการส่งต่ออย่างเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน นี่คือ โจทย์ใหญ่เชิงระบบที่ยังขาดการคิดและทำในภาพรวม แต่บ่อยครั้งที่สิ่งดี ๆ นั้นเกิดขึ้นจากจุดเล็ก ก่อนเสมอ แล้วขยายการยอมรับไปสู่คนกลุ่มใหญ่ และกลายเป็นวัฒนธรรมหรือแนวปฏิบัติใหม่ในที่สุด ในระบบส่งต่อที่ดี เพื่อให้เกิด Continuity of Care นั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งกับการดูแลสุขภาพของ คนชนบท เพื่อให้คนชนบทที่อยู่ไกลความเจริญ ไม่อยู่ไกลโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพ จึงควรมีระบบการส่งต่อที่สอดคล้องประสานกันอย่างน้อย 5 ประการคือ

1. ระบบการ consult เพื่อขอคำปรึกษาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางราย ที่อาจไม่จำเป็นต้องส่งต่อ หากได้รับการจัดข้อสงสัยบางประเด็นที่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเครื่องหมาย คำถามหรือความไม่แน่ใจอยู่ในความคิดคำนึง โรงพยาบาลชุมชนหรือแพทย์ทุกคน ควรจะมีรายชื่อและ หมายเลขโทรศัพท์ รวมทั้ง E-mail ของแพทย์เฉพาะทางที่ตนพอรู้จัก (โดยอาจเริ่มจากความสัมพันธ์ ส่วนบุคคลก่อน) เพื่อขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยที่ไม่สามารถศึกษาจากตำราที่มีอยู่ได้ ซึ่งเชื่อว่าจะลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็นได้พอสมควร ยิ่งในโลกแห่งข้อมูลข่าวสารด้วยแล้ว การถ่ายรูปพยาธิ

สภาพของผู้ป่วย หรือ scan ภาพ EKG แล้วส่งพร้อมประวัติ ผลการตรวจร่างกาย เป็นจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อขอความเห็นจากแพทย์เฉพาะทางนั้น เป็นสิ่งที่ควรจะมีอย่างยิ่งในโลกที่ก้าวหน้าของยุคปัจจุบัน ทั้งนี้ นอกจากผู้ป่วยได้ประโยชน์ด้วยการได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อให้เสียเวลาของผู้ป่วยและญาติแล้ว แพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเองก็จะได้เรียนรู้ไปอย่างกลมกลืนในขณะทำงานอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาการศึกษาต่อเนื่องอย่างแท้จริง

2. ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีความถูกต้องและเข้าใจความจำเป็นของโรงพยาบาลชุมชนในการส่งต่อ หากเป็นไปได้แล้ว ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ควรมีสวนัย การรับการส่งต่อที่เป็น One Stop Service ที่สามารถร่วมแก้ปัญหาการ Refer ให้ได้ ให้เป็นเสมือนหนึ่ง เป็นองค์กรเดียวกัน โดยมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการแก้ปัญหา หรือหากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพหลายระบบ ศูนย์นี้จะรับผู้ป่วยไว้ก่อน แล้วค่อย consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแผนกต่าง ๆ กันเป็นการภายในเอง ปัญหาที่ไม่มีที่ใดยินดีรับดูแลผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนก็อาจจะเบาบางลงไป

3. ระบบการส่งกลับ จากโรงพยาบาลใหญ่กลับสู่โรงพยาบาลชุมชน เมื่อผู้ป่วยพ้นสภาวะ ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยมีการส่งต่อข้อมูลการรักษาที่ได้ให้ไปในระหว่าง Admit ที่โรงพยาบาลใหญ่ และระบุแนวทางการดูแลรักษาที่จะกลับมาให้การดูแลรักษาต่อไปในโรงพยาบาล ชุมชน และที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ การมีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้คนเดิม ที่โรงพยาบาลจังหวัดได้ เพื่อจะได้สามารถ consult หากมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย หรือหากยังขาดทักษะใดก็สามารถส่งทีมไปฝึกการเตรียมความพร้อมก่อนการรับส่งกลับได้ ผลพลอยได้ของการส่งกลับ ที่สำคัญยิ่งก็คือ จะเป็นการให้เตียงของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีที่ว่างมากพอสำหรับการรับผู้ป่วยหนักที่ส่งต่อไปใหม่จากโรงพยาบาลชุมชนได้ ความฝันที่ว่า โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล ทั่วไปจะต้องรับ Case ที่จะส่ง Refer ทุก Case โดยไม่มีข้อแม้ นั้น อาจจะเข้าใกล้ความเป็นจริงมากขึ้น

4. ระบบการเยี่ยมเยียนโรงพยาบาลชุมชนของแพทย์เฉพาะทาง หรือทีมสุขภาพจาก โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อติดตามผู้ป่วยในรายที่ส่งกลับ หรือการช่วยดูแลรักษาผู้ป่วย ที่นัดมาพบแพทย์เฉพาะทางแบบผู้ป่วยนอก รวมทั้งการมาสอนมาแนะแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนด้วย ซึ่งไม่เฉพาะแพทย์ แต่อาจรวมถึงนักกายภาพบำบัดที่มานะ ให้พยาบาลผู้ป่วยในสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอัมพาตได้ดีขึ้น นักโภชนาการที่มาสอนวิธีการปรุงอาหาร เพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานความดัน เป็นต้น

5. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน หรือ Home Health Care ซึ่งโดยปกติแล้วเป็นภารกิจ หลักที่ทุกโรงพยาบาลต้องมี และต้องสามารถให้บริการในทุกตำบลรับผิดชอบให้ได้ แม้ว่าอาจจะเพิ่ม ภาระของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอมนัยก็ตามที่

หัวใจสำคัญที่จะเชื่อมชุมชน โรงพยาบาลใกล้บ้าน และโรงพยาบาลจังหวัดเข้าด้วยกัน ทั้งหมดนี้คือองค์ประกอบของระบบการดูแลผู้ป่วยให้เกิด continuity of Care ที่ระบบการส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลเล็กไปโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเป็นเพียงหนึ่งในห้ากลไกของความต่อเนื่อง ในการดูแลรักษาเท่านั้น อีก 4 กลไก ยังจำเป็นต้องได้รับการให้ความสำคัญและพัฒนาให้เป็นระบบ ต่อไป หากจะแก้ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบแล้ว ความทุกข์จากความเจ็บป่วยและการให้ การดูแลรักษาอย่างมีหลักวิชาการ โดยที่ความเท่าเทียมกันระหว่างคนในเมืองและชนบทนั้นย่อมจะเป็น ความจริงขึ้นมา การพัฒนาระบบอย่างครบถ้วนทั้ง 5 ประการข้างต้นให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมจะสามารถสร้างระบบการดูแลรักษาที่พึงพาได้อย่างไว้วางใจได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (สุภาพ สุวรรณเวช, 2528; ริงสรณ์ มหาสันตะ, 2533)

ความเป็นมาของระบบรับส่งต่อ

ระบบรับส่งต่อเป็นขั้นตอนของระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการบริการรักษาให้เกิด ความต่อเนื่อง จากสถานบริการสุขภาพแห่งหนึ่งไปสถานบริการสุขภาพที่ให้การดูแลที่เหมาะสมกับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งสถานบริการที่ส่งไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ รักษาจะส่งผู้ป่วยกลับมายังสถานบริการเดิมเพื่อติดตามเยี่ยมและดูแลต่อไปโดยรัฐคาดหวังว่าประชาชน จะได้รับการตามขึ้นตอน สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและเสมอภาค

ระวิง สมบูรณ์วิชย์ (2524) ได้นำเสนอความเป็นมาของระบบรับส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทยไว้ว่า เมื่อปี พ.ศ.2495 ได้มีระบบรับส่งต่อผู้ป่วยในกรมการแพทย์ทหารอากาศ โดยเริ่มมีโครงการ ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยในราวเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2506 หลังจากที่สำเนียง มุสิกภูมิหะหัวหน้ากองการ พยาบาลเดินทางไปอบรม และดูระบบเกี่ยวกับการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Homecare Nursing Service) จากต่างประเทศ มีการเสนอโครงการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และหน่วยระบบ สถานือนามัยต่างๆ โดยมีการประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาล อนามัย จังหวัด เทศบาลและสถานีกาชาดจังหวัดนครราชสีมา จนกระทั่งวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2511 ได้มีการประชุม เรื่องผลของการรับส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผลการรักษากลับมามีต้นทุนเดิมไม่ได้มีการกระทำเลย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เปลี่ยนโครงสร้างระบบรับส่งต่อผู้ป่วย มีการใช้การส่งต่อผู้ป่วย ตามความจำเป็นแต่ยังไม่มีรายงานระบบการใช้เป็นหลักฐานแน่นอน เพราะระบบข้อมูลข่าวสาร ของการสาธารณสุขยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นเพื่อให้ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบของหน่วยระบบสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาคขึ้น เพื่อให้มีการประสานระบบและการปฏิบัติระบบเป็นไปในแนวเดียวกันตาม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้ระบบรับ และส่งต่อผู้ป่วยเป็นโครงการที่สำคัญโครงการหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาค โดยจัดให้มี

โครงการพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้มีเครือข่ายในการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดเครือข่ายระบบรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัยไปยังโรงพยาบาลชุมชน จากโรงพยาบาลชุมชน ไปโรงพยาบาลทั่วไปและจากโรงพยาบาลทั่วไปไปโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลระดับสูงอื่น ๆ เพื่อให้มีการประสานระบบที่ดีในการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของการส่งต่อ

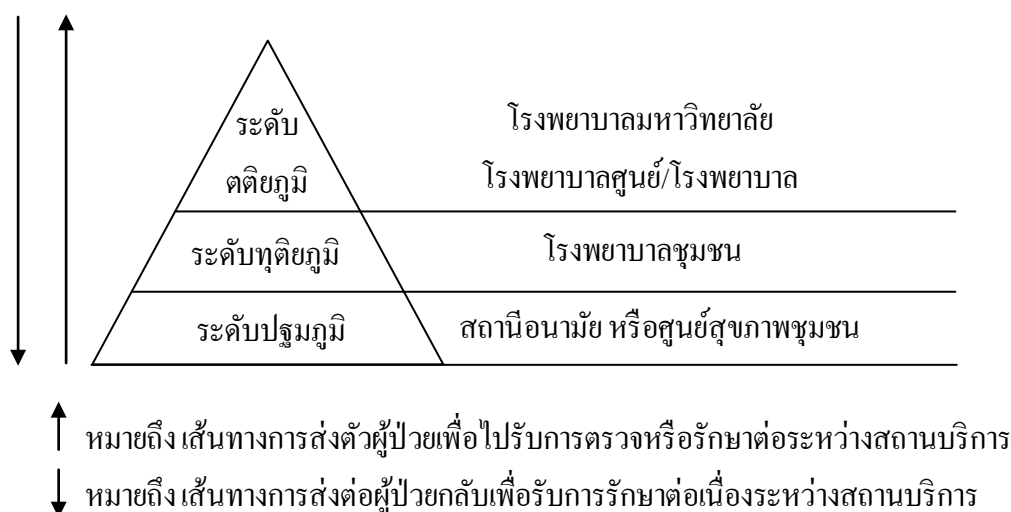
ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบรับส่งต่อ (Referral System) นับว่ามีความสำคัญในการที่จะทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลอย่างแท้จริง ระบบรับส่งต่อเป็นวิธีการสำคัญและจำเป็นที่จะทำให้การให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยของรัฐและเอกชนเป็นไปในรูปแบบที่เบ็ดเสร็จ (Comprehensive) และผสมผสาน (Integrated) มีความต่อเนื่อง (Continuity) ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความต้องการ (Accessibility) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพอย่างแท้จริง

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2536) ได้กล่าวถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ดีว่า สถานบริการสาธารณสุขตามระบบบริการสาธารณสุข ต้องให้บริการที่ครอบคลุมครบถ้วน รักษาคนไม่ใช่รักษาไข้ และให้บริการต่อเนื่อง โดยมีระบบรับส่งต่อเป็นตัวเชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบ ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย มีความสำคัญมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในระดับชุมชนและหมู่บ้าน ระบบรับส่งต่อเป็นกลไกในการเชื่อมโยงที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินระบบสาธารณสุขมูลฐานกับบริการของรัฐ และในปัจจุบันการจัดระบบบริการทางการแพทย์ มีการจัดเป็นระบบเครือข่ายของสถานบริการ ซึ่งเชื่อมโยงกันโดยมีสถานบริการระดับต้นเป็นจุดบริการหลักเชื่อมต่อระหว่างประชาชนและระบบบริการที่สูงกว่า โดยมีขั้นตอนในการนำส่งผู้ป่วยดังนี้

1. จะต้องมีใบนำส่งแบบฟอร์มที่กำหนดให้ไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง ยกเว้นกรณีรีบด่วน อาจส่งใบนำส่งตามไปภายหลังได้
2. กรณีผู้ป่วยหนักหรือเร่งด่วน ถ้ากระทำได้ ควรแจ้งให้สถานบริการผู้รับได้ทราบล่วงหน้า เพื่อเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วย
3. เมื่อได้รับผู้ป่วยพร้อมใบนำส่งตัวแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งใบตอบรับผู้ป่วยตามแบบฟอร์มของสถานบริการที่รับผู้ป่วย ส่วนใบส่งตัวกลับหรือใบแจ้งผลการรักษาให้ส่งกลับไปยังสถานบริการเดิมที่ส่งผู้ป่วยมาเพื่อให้ทราบข้อมูลและจะได้ติดตามเยี่ยมและดูแลต่อไป

ซึ่งในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจะมีการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาดำเนินการ แต่การดำเนินการในระบบการรับส่งต่อยังคงเชื่อมโยงกันด้วยระบบการรับส่งผู้ป่วยโดยดำเนินการ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและมีระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

ภาพที่ 2.1 การส่งต่อและส่งกลับระหว่างสถานบริการสาธารณสุข



(ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545)

จากภาพจะเห็นได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยมีการส่งต่อทั้งไปและกลับระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ ซึ่งในปัจจุบันลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการ และรูปแบบในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่รับส่งต่อเปลี่ยนแปลงไป คือจากเดิมที่มีการเบิกจ่ายตามกองทุนบัตรต่าง ๆ เช่น บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น เป็นการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาในการรับส่งต่อ 2 รูปแบบ (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545) คือ

1. การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (Inclusive Capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยคู่สัญญาจะตามจ่าย กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (เฉพาะนอกเขตจังหวัด) ให้เบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ตามการจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด กรณีผู้ป่วยใน ตามจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

2. การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Capitation for Ambulatory Care) งบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้บริการที่จังหวัด โดยจ่ายให้โรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG with Global Budget) บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (เฉพาะนอกเขตจังหวัด) ให้เบิกจ่ายจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลางการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อจากสถานบริการในเครือข่าย มีการเบิกค่ารักษากรณีดังต่อไปนี้

2.1 การจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรค หรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง อันอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตตนเองหรือผู้อื่น โรคหรืออาการของโรคที่เป็นมาก ต้องการการรักษาเป็นการด่วน และโรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

2.2 การจ่ายเงินกรณีค่าใช้จ่ายสูง แบ่งออกเป็น 4 กรณีคือ

2.2.1 สำหรับการรักษาที่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีราคาแพง (Additional Payment) โดยที่ไม่มีวิธีการรักษาที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีเท่ากับการรักษาด้วยวัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ เช่น ลิ้นหัวใจเทียม การผ่าตัดอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดภายใน/ภายนอกร่างกาย เช่น เลนส์กระจกตาเทียม การใส่เหล็กรักษาโรคกระดูกหักบางอย่าง การใส่ข้อเทียม เป็นต้น

2.2.2 สำหรับทางเลือกการรักษาที่มีหลักฐานยืนยันว่าเป็นผลดี (Choice of Treatment) แต่มีราคาแพงกว่าการรักษาพื้นฐาน (Standard Treatment) เช่น การผ่าตัดข้อเข่าด้วยกล้องการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง เป็นต้น

2.2.3 สำหรับการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีเฉพาะ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ (Specialty Treatment for Medical Progression) ในส่วนนี้ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการก่อน

2.2.4 สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง (high cost care) การจ่ายลักษณะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้สถานพยาบาลปฏิเสธการรักษาที่จำเป็น แต่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การผ่าตัดสมอง การให้เคมีบำบัด การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นต้น

2.3 การจ่ายเงินกรณีโรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

นอกจากจะขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละสถานบริการแล้ว ยังอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมของการจัดระบบส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อของสถานบริการด้วย ซึ่งเป็นแนวทางของระบบการส่งตัวเพื่อรักษาต่อหรือข้อตกลงตามมติที่ประชุมของ แต่ละสถานบริการในแต่ละจังหวัดนอกจากนี้การดำเนินระบบในระบบการรับส่งต่อ

จะเห็นได้ว่าในระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยนั้น จะเกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลที่ส่งต่อ ดังนั้นในการจัดกลุ่มผู้ป่วยในระบบการรับส่งต่อ ผู้วิจัยจึงนำการจัดกลุ่มโรคที่แบ่งตามการจ่ายเงินค่าบริการมาเป็นเกณฑ์ ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด จะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในจังหวัดตามกรอบ และตามแนวทางที่กำหนด โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

อุทัย สดสุข (2529) ยังได้อธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบรับส่งต่อที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนและการดำเนินการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยดังนี้

1. เกี่ยวกับระบบการรับส่งต่อ ในระบบรับส่งต่อพบว่าโรงพยาบาลที่รับส่งต่อไม่พร้อมที่จะรับเนื่องจากไม่มีเตียงว่าง ไม่มีเทคโนโลยี หรือขาดบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทางในการให้การดูแลรักษา นอกจากนี้ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานร่วมกันในวิธีการตรวจ หรือการรักษาพยาบาลของแต่ละสถานบริการ

2. เกี่ยวกับประชาชนหรือผู้ป่วย พบว่า ประชาชนนิยมเลือกรับบริการจากสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงโดยไม่จำเป็น หรือไปรับบริการข้ามระดับของสถานบริการเกินความจำเป็น และไม่ชอบให้ส่งกลับไปยังสถานบริการใกล้บ้านก่อนการป่วยจะหายเป็นปกติ หรือไม่ชอบเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการใกล้บ้านเป็นการส่วนตัวจึงไม่ไปรับบริการจากสถานบริการแห่งนั้น อีกทั้งต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ค่ายานพาหนะ ค่าอาหาร และค่าที่พักสำหรับตัวผู้ป่วยเองหรือญาติผู้ป่วย ซึ่งมักไปหลายคน

3. เกี่ยวกับผู้ส่ง พบว่ามีความไม่พร้อมในด้านต่างๆ คือ ด้านกำลังคน ด้านอุปกรณ์ สถานที่เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี มีการส่งผู้ป่วยมานานอกเวลาทำระบบเพื่อให้พ้นภาระของตน หรือสถานบริการแรกรับไม่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจรักษา เพราะต้องการสร้างสถิติผลระบบและชื่อเสียงเพื่อความก้าวหน้าหรือผลประโยชน์ส่วนตน การตัดสินใจส่งผู้ป่วยยังไม่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยหรือโรคที่ป่วยหนักเกินไปไม่มีการให้บริการระยะแรกก่อน ตลอดจนการใช้ใบส่งต่อที่ไม่ถูกต้อง

จากปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบรับส่งต่อผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าเกิดจากปัจจัยหลักทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ตัวผู้ส่งต่อ ระบบการรับส่งต่อ และประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ส่งต่อและระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยนั้น แสดงออกถึงศักยภาพและคุณภาพของการให้บริการในระบบรับส่งต่อว่า ยังขาดความพร้อมในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของกำลังคน สถานที่หรือเครื่องมือ อุปกรณ์ในการให้บริการ และประสิทธิภาพในการให้การรักษายาบาล รวมทั้งการประสานระบบกันระหว่างสถานบริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการกำหนดเป็นมาตรฐานร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพบริการของแต่ละสถานบริการ มีการพัฒนาระบบการรับส่งต่อที่ดีเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการให้บริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและมีความต่อเนื่อง ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพ

ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนสืบไป

แนวคิดและปรัชญาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกิดขึ้นจากนักวิชาการชั้นนำทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่พยายามแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของคนไทย ซึ่งเป็นปัญหาทั้งระบบการให้บริการ ปัญหาความไม่เสมอภาค ความไม่เป็นธรรม ปัญหาค่าบริการทางการแพทย์ที่มีราคาสูง และปัญหาประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยความพยายามดังกล่าวได้ก่อให้เกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์เพื่อจะเปลี่ยนแปลงหรือรื้อระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพ และสนองนโยบายของรัฐบาล จึงได้ถือเอาโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการภายใต้ศัพท์ทางวิชาการที่เรียกว่า “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นก้าวอย่างสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นกลไกสำคัญที่จะทำหน้าที่รับรองสิทธิในด้านสุขภาพของคนไทยเป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัว ให้ครอบคลุมทั่วถึง มีประสิทธิภาพด้วยมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังที่จูงใจให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนไทยได้อย่างทั่วถึง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้สรุปแนวคิดและปรัชญาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จิรพงศ์ อุทัยศิลป์, 2544) ไว้ดังนี้

ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 กำหนดว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด”ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใดกำหนดว่าประชาชนจะได้รับสิทธิเสมอกันดังที่รัฐธรรมนูญระบุไว้แต่อย่างใด

2. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคน ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

3. เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องชำระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าจะแบกรับได้)

4. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการ ได้อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่ง ที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

5. แม้การเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศ ในการแก้ไขปัญหาความยากจน

6. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีใช้ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคมหรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า ซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นผลสำเร็จในหลายประเทศนั้นแม้จะมีรูปแบบแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด แต่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันของทุกประเทศก็คือการจัดระบบควบคุมตลาด (Market Regulation) กล่าวคือ ทุกประเทศไม่ปล่อยให้ตลาดบริการสุขภาพทำระบบโดยเสรีเพราะเกิดภาวะตลาดล้มเหลว (Market Failure) ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้กลไกตลาดเข้าร่วมกระตุ้นการแข่งขันของผู้ให้บริการหลายประเภททั้งภาครัฐและภาคเอกชน

วัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมิสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดี ไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Healthcare) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพ

3. ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการจัดการที่เคร่งครัด และเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Networks) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ

4. ความเสมอภาค (Equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอภาคกัน

ลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การปรับระบบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้น ควรยึดถือแนวคิดสำคัญดังนี้

1. มีการบริหารจัดการที่จัดการความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติและป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (Conflict of Interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือคณา ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบ

2. มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Chain Processing) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

3. มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง

4. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (Payment Method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล และควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพอย่างอันส่งผลลัพธ์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม

5. เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขัน ให้บริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม

6. ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ ควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล

ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายไม่ใช่อุปสรรคในการได้รับสิทธิ ดังนั้นในความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่ใช่บริการสงเคราะห์ บริการกึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก บริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ แต่เป็นสิทธิตามกฎหมาย ไม่ใช่การใช้งบประมาณ

เป็นจำนวนมากให้กับกระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพของประเทศ

หลักสำคัญของระบบบริหารจัดการคือ การแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (Purchaser Provider Split) โดยรัฐมักทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการรายใหญ่เพื่อควบคุมตลาดผ่านพลังซื้ออุปสรรคหนึ่งคือการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ จำเป็นต้องแยกขาดออกจากกระทรวงหรือส่วนราชการที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อตัดความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ และเพื่อให้กองทุนสามารถรักษาผลประโยชน์ของประชาชนด้วยการต่อรองกับผู้ให้บริการทุกประเภทอย่างเป็นธรรม

ในทางปฏิบัติ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรใกล้ชิดประชาชนพอสมควร จึงควรกระจายการบริหารกองทุนไปตามพื้นที่ต่าง ๆ ในขนาดของพื้นที่ที่เหมาะสม โดยอาจมีขอบเขตครอบคลุมประชากร 3-6 ล้านคน ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารสูงสุด อาจเรียกหน่วยบริหารดังกล่าวว่า “สำนักระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่” ซึ่งมีจำนวน 10-20 แห่งทั่วประเทศ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่สำคัญมากของประเทศ และเป็นทิศทางที่นานาประเทศจำเป็นต้องพัฒนา เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคของการปฏิรูปสุขภาพที่มีกลไกของระบบการเงินการคลัง ที่เป็นกลไกหนึ่งของการปฏิรูป การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการให้ประชาชนมีหลักประกันในการไปใช้บริการโดยไม่อุปสรรคทางการเงิน (Financial Barrier) เพื่อให้การให้บริการสุขภาพนั้นเป็นไปตามความต้องการทางสุขภาพของประชาชน มิฉะนั้นผู้ที่มีความสามารถทางการเงินต่ำจะไม่สามารถเข้าถึงบริการและใช้บริการได้ตามความจำเป็นทางสุขภาพภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจะมุ่งสู่ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์โดยอาศัยกลไกต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนให้ระบบบริการสุขภาพไปสู่เป้าหมายของสุขภาพที่ดีได้ โดยมีเป้าหมายหลัก ๆ 3 ประการ ได้แก่

1. ความเสมอภาคหรือความเป็นธรรม (Equity)
2. คุณภาพ (Quality)
3. ประสิทธิภาพ (Efficiency)

หลักทั้ง 3 ประการนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างใกล้ชิด ความเสมอภาคเป็นเป้าหมายแสดงถึงความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ การใช้บริการ ค่าใช้จ่ายของบริการที่ใช้หลักการ 2 ประการ คือ 1) การได้รับบริการ (Delivery of Care) ควรขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางสุขภาพ (Need) และ 2) การจ่ายเงิน (Financial Contribution) ควรขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงิน (Ability to Pay) ซึ่งหากประชาชนแต่ละคนต้องจ่ายเงินเองเวลาไปใช้บริการทุกครั้งก็จะไม่สอดคล้องกับหลักการดังกล่าว เนื่องจาก

ประชาชนที่มีรายได้น้อยจะต้องจ่ายเงินเท่ากับประชาชนที่มีรายได้มากวิธีการจ่ายเงินดังกล่าวจะทำให้คนยากจนได้รับผลกระทบ และอาจไม่ไปใช้บริการได้ ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีการจัดระบบทางการเงินการคลังที่ดีด้วย จึงจะสามารถบรรลุหลักการการจัดระบบบริการสุขภาพที่ดีได้

ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพและการใช้ทรัพยากรสุขภาพ การมีประสิทธิภาพที่ดี หมายถึง การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดผลประโยชน์กับสุขภาพของประชาชน ซึ่งหมายถึงการมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำแต่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพที่สูงนั่นเอง

สำหรับประเด็นด้านคุณภาพนั้น เป็นประเด็นด้านบริการสุขภาพ ซึ่งหมายถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพ แต่ก็เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังด้วย เนื่องจากระบบการเงินการคลัง โดยเฉพาะวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม คือการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) นั้น มีแรงจูงใจที่จะทำให้สถานพยาบาลให้บริการต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (Under-service) ในขณะที่การจ่ายเงินตามค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Free-for-Service) นั้น มีแรงจูงใจที่จะทำให้สถานพยาบาลให้บริการเกินความจำเป็น (Over-Service) ทำให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นด้านประสิทธิภาพอีกด้วย

จะเห็นได้ว่าการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาดำเนินการนั้นการขับเคลื่อนจะประกอบไปด้วย ระบบการจัดบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งในระบบรับส่งต่อนั้นลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยจะมีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการ มีการติดตามและส่งต่ออาการในการให้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดมาตรฐานร่วมกัน นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพในระบบรับส่งต่อ ยังเกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลังโดยการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพ ปรับระบบการเงินการคลัง และเน้นการบริหารจัดการที่มุ่งกระจายการใช้บริการสุขภาพให้มีความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ ยึดหลักการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ผู้รับบริการและบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน มีการพัฒนาระบบรับส่งต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับต้นกับสถานบริการสุขภาพที่มีศักยภาพที่สูงกว่าให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

กรอบแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข ต้องการให้ใช้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกหน่วยที่มีอยู่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เข้ามาร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Public Private Mix) ให้มีการใช้เครือข่ายระบบบริการสุขภาพทุกจุดมาสร้างและซ่อมสุขภาพให้ประชาชน โดยให้หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านใกล้ใจ มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการชัดเจน มีสถานบริการเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการประกอบด้วยทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลด้านปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ประชาชนทุกคนที่ขึ้นทะเบียนจะมีสถานพยาบาลประจำครอบครัว 2 แห่ง คือ Primary Care Unit และ Main Contractor เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ส่วนการส่งต่อไปรักษาที่ Supra Contractor ที่ร่วมโครงการได้ทุกแห่ง ตามความเร่งด่วน/ความจำเป็น/ระยะทาง/ความต้องการ ทั้งผู้ให้บริการและญาติ ทั้งนี้ควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

หลักการในการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (วิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 2544)

1. ต้องเอื้อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้า เอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง
 2. ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการที่ผสมผสานดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน
 3. สร้างให้เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในระยะยาว
 4. ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการ และมีการส่งต่อระหว่างสถานบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน
 5. สร้างความร่วมมือในการบริการภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน
 6. ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย
- การจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบบริการที่จัดเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการจัดแบ่งสถานพยาบาลในการให้บริการออกเป็นกลุ่ม ๆ มีการประสานกันเป็นเครือข่ายเพื่อเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพตามมาตรฐาน มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง เป็นระบบบริการที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

ดังนั้นระบบรับส่งต่อผู้ป่วยทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีสถานบริการต่างระดับเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และศูนย์เขต ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการจะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพ (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP)

หมายถึง หน่วยระบบที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพพื้นฐานที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกการให้บริการ

ที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชาชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัวหรือครอบครัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting unit for secondary care, CUS) เป็นหน่วยระบบที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนมีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่าง และมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสม พร้อมข้อมูลแผนการดูแล

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for tertiary care, CUT) เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการที่เป็นบริการทางการแพทย์เฉพาะสาขา ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง หน่วยบริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

ลักษณะสำคัญของบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

1. ให้บริการทางการแพทย์ ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีบุคลากรให้บริการได้ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด มีระบบรองรับการให้บริการฉุกเฉินและประสบอุบัติเหตุได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

2. มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลจากหน่วยปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่างและมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่อง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสมพร้อมข้อมูลแผนการดูแล อีกทั้งมีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน สม่าเสมอจะเห็นได้ว่าหน่วยคู่สัญญาของบริการแต่ละระดับ มีการประสานต่อบริการทางการแพทย์ โดยมีระบบรับส่งต่อเป็นตัวเชื่อมโยงให้บริการทางการแพทย์มีความต่อเนื่อง ซึ่งโดยทั่วไประบบการส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการ จะจัดให้มีระบบส่งต่อดังต่อไปนี้

2.1 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับภายในเครือข่าย มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นเพื่อการตรวจชั้นสูตรต่าง ๆ

2.2 มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย รวมทั้งมีระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการในเครือข่าย มียา วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่เพียงพอต่อการให้บริการตามมาตรฐาน

2.3 จัดระบบให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ในกรณีฉุกเฉิน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งสามารถรับคำปรึกษาภายในเครือข่ายอย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ของการรับส่งต่อผู้ป่วย

การประสานระบบเพื่อการรับส่งต่อผู้ป่วย ไปยังหน่วยระบบหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสมเป็นราย ๆ ไป โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมและสนับสนุนกลไกของการประสานระบบ ระหว่างหน่วยระบบต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ คือ

วัตถุประสงค์ด้านผู้ป่วย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้อง ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด
2. ให้ผู้ป่วยมีศรัทธาต่อสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้บริการในสถานบริการมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็วและพอใจ

วัตถุประสงค์ด้านเจ้าหน้าที่

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ เข้าใจยอมรับ ปฏิบัติตามระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย มีการติดต่อประสานระบบระหว่างหน่วยที่ให้บริการให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความมั่นใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ส่ง
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ส่งได้มีโอกาสติดตามผลการรักษา หรือดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ตามสมควร
3. เป็นการกระตุ้นให้หน่วยระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการปรับปรุงประสานระบบในด้านการรักษาพยาบาลดีขึ้น

คุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ

1. ลักษณะสำคัญของกระบวนการบริการระดับปฐมภูมิที่ดี
 - 1.1 เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (Front-Line Care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่นๆ
 - 1.2 เป็นบริการที่รับผิชอบ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing-Longitudinal Care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

1.3 เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive Care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตาม ความจำเป็นของผู้รับบริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

1.4 เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinate Care)

ระบบบริการในการรับส่งต่อของเครือข่ายบริการ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลกระทบต่อ ผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาดำเนินการมี นโยบายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านคุณภาพ ราคา และการเข้าถึงบริการ ดังนั้นความคิดเห็นของผู้รับบริการ ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญ และจำเป็นในการที่จะพัฒนาระบบการให้บริการ ให้เกิด ประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ปัจจุบันการดำเนินระบบของสถานบริการภาครัฐมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการทำให้ ผู้รับบริการไม่ประทับใจ โดยส่วนใหญ่พบว่าปัญหาของการให้บริการคือ คุณภาพบริการและ ประสิทธิภาพของการให้บริการ ดังนั้นจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขในเรื่องการจัดระบบบริการเพื่อสร้าง ศรัทธาและความพึงพอใจในบริการแก่ผู้รับบริการตามหลักการบริหารจัดการแนวใหม่ซึ่งถือว่า ผู้รับบริการเป็นลูกค้าที่สำคัญของสถานบริการ ความคิดเห็นของผู้รับบริการเปรียบเสมือนกระจกเงา ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่แท้จริงของระบบบริการ(วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,2539)

นอกจากนี้ พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537) ได้เสนอปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง และเป็นสาเหตุ ที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหรือไม่ต่อการรับบริการ ซึ่งประกอบด้วยระบบการให้บริการ กระบวนการให้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดระบบบริการด้านคุณภาพนั่นเอง (Larrabee, 1995)

ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีจำนวน ทั้งหมด 15 แห่ง แบ่งเป็น 5 ตำบลได้แก่

1. ตำบลบ่อนอก ระยะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 32 กม. ระยะเวลาเดินทาง 30 นาที
2. ตำบลอ่าวน้อย ระยะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 15 กม. ระยะเวลาเดินทาง 15 นาที
3. ตำบลเกาะหลัก ระยะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 8 กม. ระยะเวลาเดินทาง 5 นาที
4. ตำบลคลองวาฬ ระยะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 8 กม. ระยะเวลาเดินทาง 5 นาที

5. ตำบลห้วยทราย ระยะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 12 กม. ระยะเวลาเดินทาง 10 นาที และมีพื้นที่ที่ติดต่อรอบอำเภอ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดอำเภอกุยบุรี

ทิศตะวันออก ติดอำเภอไทย

ทิศใต้ ติดอำเภอทับสะแก

ทิศตะวันตก ติดพม่า โดยมีเทือกเขาตะนาวศรีขึ้น

มีระยะทางจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัมตำบลตำบลที่ไกลที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัมตำบลตำบลบ่อนอกไปยังโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ แม่ข่าย 32 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 30 นาที แต่มีระยะทางจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัมตำบลตำบลบ่อนอกไปยังโรงพยาบาลกุยบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เพียง 1.5 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 5 นาที โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในพื้นที่คือ

1. ไข้หวัด
2. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
3. โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ
4. โรคเบาหวาน
5. โรคความดันโลหิตสูง

เนื่องด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นอาหารพื้นบ้านคือ อาหารทะเล และอาหารหวาน ประกอบกับการประกอบอาชีพประมงที่ทำระบบเวลากลางคืนและพักผ่อนเวลากลางวัน จึงทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลงจึงทำให้มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับบริการส่งต่อทุกเดือนเป็นจำนวนมาก และยังพบผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อในส่วนของอุบัติเหตุจากการอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ ซึ่งยังมีในส่วนของผู้ที่ต้องการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งผู้มารับบริการส่งต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัมตำบลที่ไกลที่สุดและมากขึ้นเรื่อยๆคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัมตำบลตำบลบ่อนอก ซึ่งมีข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง มีดังนี้

ปีงบประมาณ 2551 2,920 ครั้ง ให้บริการส่งต่อ 880 ครั้ง

ปีงบประมาณ 2552 2,680 ครั้ง ให้บริการส่งต่อ 1,050 ครั้ง

ปีงบประมาณ 2553 3,060 ครั้ง ให้บริการส่งต่อ 1,467 ครั้ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกิดจากการปรับเปลี่ยนจากสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรอบทางด้านตำแหน่งยังคงไม่ครบตามกรอบที่สมควรยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะยังขาดในด้าน พยาบาลวิชาชีพ กายภาพ เภสัช ทันตแพทย์

และแพทย์ จึงทำให้การให้บริการยังไม่ครอบคลุมและมีคุณภาพเพียงพอจึงเป็นข้อจำกัดในการให้บริการทั้ง 4 ด้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศาสนาการณการดำเนินระบบของระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและระบบวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินระบบของระบบรับส่งต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นการศึกษาที่กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้น อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพและมาตรฐานที่จะส่งผลให้ ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้ศึกษาผ่านมา ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย (2539) ได้ศึกษา ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน พบว่า คุณภาพของการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะของระบบบริการสุขภาพ เช่น ปริมาณของสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการ สถานที่ตั้งหรือผู้ให้บริการ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งความพอใจของผู้รับบริการ ในแง่ของความสะดวกรวดสบาย การมีบริการที่ต้องการ ค่าใช้จ่าย ลักษณะของผู้ให้บริการ และคุณภาพของบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ และการใช้บริการสุขภาพ()

พนิดา คำยุ (2539) ที่ได้ศึกษาคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล พบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาลอยู่ในระดับที่สูงมาก ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารสมรรถนะของพยาบาล ความมีอัธยาศัยไมตรี ความน่าเชื่อถือ ความเชื่อมั่นเอาใจใส่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นรูปธรรมของบริการ และการเข้าใจและรู้จักผู้ป่วย

อุทัย สูดสุข และคณะ (2529) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกิดขึ้นในระบบรับส่งต่อในเรื่องของการข้ามขั้นตอนมารับการรักษาของผู้ป่วย โดยได้ศึกษาผู้ป่วย ในเขตภาคใต้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งมี 3 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 เป็นประเภทที่แพทย์ไม่สามารถรักษาได้ จะมีใบส่งต่อโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งพบว่าไม่เกินร้อยละ 1 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดประเภทที่ 2 เป็นประเภทที่ผู้ป่วยขอมาเองโดยไม่มีใบส่งต่อจากแพทย์เจ้าของไข้ และประเภทที่ 3 ผู้ป่วยมารักษาเองโดยตรง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการบริการเนื่องจากจำนวนห้องตรวจ และเตียงรับผู้ป่วยมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถรับผู้ป่วยจากการรับส่งต่อได้อย่างเพียงพอ

จิรพงศ์ อุทัยศิลป์ (2544) ได้ศึกษาระบบส่งต่อในเขตพื้นที่ชายแดนจังหวัดตาก : ปัญหาและการแก้ไข ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ระมาดและโรงพยาบาลท่าสองยางไปยังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2542 ถึง 30 กันยายน 2543 คัดเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษาโดยวิธีสุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ของผู้ป่วยส่งต่อที่ต้องเดินทางเอง จำนวน 978 ราย สัมภาษณ์กลุ่มที่ไม่ไปรักษา กลุ่มที่ขาดการรักษา กลุ่มที่อยู่ระหว่างการรักษาและกลุ่มที่ได้รับการรักษาครบถ้วน พบว่า ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉลี่ย 2.62 ครั้ง เป็นกลุ่มที่ไม่ไปรักษาหรือขาดการรักษา 2.33 ครั้ง กลุ่มที่ได้รับการรักษาครบถ้วน/อยู่ระหว่างการรักษา 2.68 ครั้ง ผู้ป่วยและญาติร้อยละ 27.4 ไม่ทราบโรคที่เป็นสาเหตุของการส่งต่อ ร้อยละ 43.7 ไม่ทราบผลเสียหากไม่ไปรักษากลุ่มที่ไม่ไปรักษาหรือขาดการรักษา ร้อยละ 56.4 ไม่ทราบผลเสียหากไม่ไปรักษา และภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเนื่องจากการไปรักษาตามระบบส่งต่อ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ร้อยละ 75.4 ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 60.4 และเป็นภาระกับญาติ ร้อยละ 54.4

พิสมัย อุดอามาตย์ และบุษบา หน่ายคอน (2541) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาระบบส่งต่อของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรใน 3 ระดับคือ ผู้ส่งต่อ (เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) ผู้รับบริการ (ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโดยระบบส่งต่อ) ผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปรารจันบุรี) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย จำนวน 62 คน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโดยระบบส่งต่อในช่วงเดือนมิถุนายน 2541 ถึง สิงหาคม 2541 จำนวน 66 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 63 คน ผลจากการศึกษา มีดังนี้ 1) การปฏิบัติต่อระบบส่งต่อของผู้ส่งต่อพบว่า มีผู้รับผิดชอบต่อระบบส่งต่อในหน่วยระบบ มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุของการส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาต่อ 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีแต่ควรมีการปรับปรุงในด้านการบริการและความสะดวกในการเข้ารับบริการ 3) เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อระบบส่งต่อของผู้ส่งต่อทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสถานที่ปฏิบัติระบบ อายุ ตำแหน่งสถานภาพสมรส และระยะเวลาในการปฏิบัติระบบ พบว่า ในการให้ความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุขและคณะ (2545) ได้ศึกษาผู้ป่วยอนาถา : สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวกับลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับสิทธิตามที่มิ และไม่สามารถใช้สิทธิได้เมื่อข้ามขั้นตอนมารับบริการ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะได้รับการตรวจวินิจฉัยและบริการมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อรายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่าด้วย ดังนั้นการให้บริการที่มีคุณภาพจึงมีความจำเป็น และเป็นสิ่งสำคัญ ที่ผู้ให้บริการ

ทุกระดับจะต้องคำนึงถึงในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และมีการปรับปรุงคุณภาพอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือว่าบริการที่ได้รับเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และเกิดความพึงพอใจในบริการนั้น

ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนนทัย และสุกัลยา คงสวัสดิ์ (2544) ได้ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ปี 2540 กับคะแนนน้ำหนักร่วมผู้ป่วย ในปี 2541 โดยใช้การวิเคราะห์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาล พบว่า ต้นทุนในการดำเนินการของ โรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 70 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะสูงกว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า

รุ่งทิwa สุวรรณวงษ์(2544) เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เกี่ยวกับ สภาพการให้บริการตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ศึกษาความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผล ต่อการให้บริการและการรับบริการ และศึกษาความแตกต่างของโรงพยาบาลภาครัฐในการดำเนินงาน โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ คือผู้ให้บริการและผู้รับบริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐผลจาก การทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่าปัจจัย ส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและผู้รับ บริการ ซึ่งได้แก่เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ระดับปัญหาในการให้บริการและการรับบริการต่างกัน แต่พบว่าในส่วนของผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานในระดับที่ต่างกันจะมีระดับปัญหา ในการให้บริการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($P = .01$) และประเภทของการเป็นผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะมีปัญหาในการรับบริการ ที่แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมี ปัญหาในการรับบริการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ชาติรี บานชื่น (2545)ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การเงินและประสิทธิภาพ การบริหารทรัพยากรภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลใน กทม. พบว่า โรงพยาบาลในเขต กทม.มีรายได้ลดลง และมีค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูง กว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งโรงพยาบาลในเขตกทม.ดังกล่าวจำเป็นต้องมีการประเมินและพัฒนา ประสิทธิภาพของการให้บริการ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ โดยไม่ทำให้คุณภาพของการให้บริการลดลง

คณะวิจัยสำนักระบบสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู (2545) ซึ่งทำการวิจัยประเมินผลลัพธ์ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดหนองบัวลำภู โดยการประเมินความพึงพอใจของประชาชน ต่อโครงการฯ และบริการทางสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ทำการศึกษา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2545 โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มครอบครัวในทุกอำเภอ จำนวน 1,728 ครอบครัว สัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน จำนวน223 ครอบครัว และสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการในสถานพยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอก จำนวน 565 รายผู้ป่วยในจำนวน 113 ราย พบว่า จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชน

ในหมู่บ้านรวม 223 หลังคาเรือน โดยภาพรวมทั้งจังหวัด ระดับความพึงพอใจต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายอำเภอแล้ว พบว่า ทุกอำเภอส่วนใหญ่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน มีเพียงอำเภอเมือง ที่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

อนงค์ พูลเพิ่ม, จันทนา สุปัญญา และทองพูล แก้วกา (2545) ยังพบว่า การพัฒนาคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาลของสถานีนามัย มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเมื่อได้ทำการศึกษาการประเมินผลระบบการจัดการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการโครงการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่

สิริวรรณ เตียวสุรินทร์, นวลตา อาภาศัพท์ะกุล และแพรวพรรณ ตันสกุล (2544) ทำการศึกษาผลการศึกษาพบว่า พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทในระบบการจัดในเรื่องการวางแผนการจำหน่าย การเตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการ การประสานระบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน นอกจากนี้ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจในบริการและค่าบริการในการรับบริการสำหรับระบบการให้บริการสาธารณสุข ที่เปลี่ยนแปลงไปตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น

ทัศนวลัย จารณศรี (2545) ได้ศึกษาถึงแนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการ สาธารณสุขพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานที่ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ที่พบว่ายังมีปัญหาในการดำเนินระบบคือการไม่ยอมรับและการขาดศรัทธาในบริการนอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของการข้ามเขตบริการซึ่งเป็นเรื่องของคุณภาพและการจัดตั้งสถานบริการที่ไม่เหมาะสม

คณะวิจัยสำนักระบบสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู (2546) ยังทำการวิจัยประเมินผลผลลัพธ์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดหนองบัวลำภู โดยการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการและบริการทางสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ทำการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน 2546 โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มครอบครัวในทุกอำเภอ จำนวน 1,037 ครอบครัว สัมภาษณ์ประชาชนในชุมชน จำนวน 223ครัวเรือน และสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในสถานพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 562 ราย ผู้ป่วยในจำนวน 108 รายพบว่าจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชาชนในหมู่บ้าน รวม 1,037 หลังคาเรือนโดยภาพรวมทั้งจังหวัด ระดับความพึงพอใจต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 74.20 เมื่อพิจารณารายอำเภอแล้วพบว่า ทุกอำเภอส่วนใหญ่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน มีเพียงอำเภอนากลาง ที่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2547) ได้ศึกษาถึงปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตจำนวน 388 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจ

ต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เส้นทางที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการ ส่วนเส้นทางที่มีค่าอิทธิพลทางอ้อมสูงสุด ได้แก่ เส้นทางที่ปัจจัยด้านความพอเพียงของบริการมีอิทธิพลร่วมกับความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ชนิกานต์ จิริกิจารุณ (2551) ศึกษาแนวทางการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ทา จ.ลำพูน และเพื่อศึกษาผลของแนวทางการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลแม่ทากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการโรงพยาบาลแม่ทา จ. ลำพูน และได้รับการส่งต่อ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2551 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2552 จำนวน 374 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน และแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูลการส่งต่อ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ กำหนดมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ทาและจากการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติหลังการทดลองใช้ไปแล้ว 5 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อโดยพยาบาลติดตามส่งต่อแม่ทาทั้งหมดจำนวน 374 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.13 มีระยะเวลาการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งที่ต่อล่าช้า อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างส่งต่อคิดเป็นร้อยละ 0 อัตราอาการผู้ป่วยทรุดขณะนำส่งคิดเป็นร้อยละ 0.48 อัตราการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 0.2 อัตราการเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขณะนำส่งคิดเป็นร้อยละ 0

คณะวิจัยงานประกันสุขภาพโรงพยาบาลพนมสารคาม (2551) การส่งต่อผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพนมสารคามพบมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งโรงพยาบาลในเขตและนอกเขตเครือข่ายประกันสุขภาพ อาจเนื่องจากในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้นในทุกกลุ่มโรค โดยส่วนใหญ่มีการส่งต่อในกลุ่มโรคที่โรงพยาบาลพนมสารคามไม่มีแพทย์เฉพาะทางได้แก่ จักษุแพทย์ แพทย์ศัลยกรรมประสาท และเป็นการส่งต่อตามระบบเครือข่ายเป็นส่วนใหญ่ สำหรับการส่งต่อนอกเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อด้วยโรคที่มีการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอก โรคระบบไหลเวียนเลือดซึ่งเกินศักยภาพของโรงพยาบาลในเขตจะรักษาได้แต่พบมีบางส่วนการส่งต่อเนื่องจากการร้องขอของผู้ป่วยเนื่องจากได้ปรึกษาเบื้องต้นแล้ว และมีการรักษาต่อเนื่องจึงมาขอรับใบส่งต่อ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้พิจารณาส่งต่อให้ตามความจำเป็น ซึ่งพบว่าการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตมีค่าใช้จ่ายที่ทางโรงพยาบาลพนมสารคามต้องรับภาระที่สูงขึ้นมากกว่าการส่งต่อในเขตหลายเท่า จากหลักเกณฑ์ของการบริหารการชดเชยค่าบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่การจ่ายค่ารักษาในเขต จ่ายตามจริง

ไม่เกิน 700 บาทต่อครั้งของผู้ป่วยนอก และการส่งต่อนอกเขตให้จ่ายค่ารักษาตามจริง ซึ่งที่ผ่านมา มีการเรียกเก็บค่ารักษาที่สูงมากของโรงพยาบาลนอกเขต โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ในผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มาก

แวร์และคณะ (Ware, et.al, 1978) พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับงาน บริการพยาบาลประกอบด้วยศิลปะของการดูแลที่ให้กับผู้รับบริการ คุณภาพของเทคนิคบริการที่ใช้ในการดูแลด้วยมาตรฐานที่สูง ความสะอาดสบายของผู้รับบริการ ความสามารถทางการเงินที่สามารถจ่ายได้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในสถานบริการ ความพร้อมของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ความต่อเนื่องของการให้บริการและการดูแล ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่เกิดจากการรักษาและการให้การดูแล

อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) ได้พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการ เข้าไปใช้บริการในสถานบริการนั้น ๆ และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตามความ คาดหวังของผู้รับบริการ มากน้อยเพียงใด พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาล และ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการมี 6 ประเภทคือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ และความสะดวกสบาย ที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น ผู้ป่วยได้รับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของ ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และแพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออหิยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหิยาศัย ท่าทางที่ดี เป็นกันเอง ของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information)
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (Quality of Care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแล ทั้งหมด ที่ผู้รับบริการได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of Pocket Cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

เพนเชนสกาย และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) พบว่า การใช้บริการในระบบ บริการสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วย และระบบของการบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่ กับความต้องการของผู้ป่วย

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ปวยยอมรับว่าให้ความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวก

4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่าย สำหรับบริการ หรือมีการประกันสุขภาพ (Affordability)

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

พาราสุมาน ซิธาล และเบรรี (Parasuraman, Zeithal & Barry, 1985) ยังพบว่า การบริการที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติต่าง ๆ เหล่านี้คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอและการพึ่งพาได้
2. การตอบสนอง (Response) ประกอบด้วย ความเต็มใจที่จะให้บริการความพร้อมที่จะให้บริการ การปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี

3. ความสามารถ (Competence) ประกอบด้วย ความสามารถในการให้บริการความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในความรู้ที่จะให้บริการ

4. การเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก ระบบขั้นตอนไม่มากมายซับซ้อน ผู้รับบริการใช้เวลารอคอยน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ และอยู่ในสภาพที่ที่ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวก

5. ความสุภาพอ่อนโยน (Courtesy) ประกอบด้วย การแสดงความสุภาพต่อผู้รับบริการให้การต้อนรับที่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี

6. การสื่อสาร (Communication) ประกอบด้วย การสื่อสารชี้แจงขอบเขต และลักษณะงานบริการ มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ

7. ความซื่อสัตย์ (Credibility) คุณภาพของงานบริการ มีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ

8. ความมั่นคง (Security) ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น เครื่องมือ

9. ความเข้าใจ (Understanding) การเรียนรู้ผู้รับบริการ การให้คำแนะนำ และเอาใจใส่ผู้รับบริการ ให้ความสนใจต่อผู้รับบริการ

10. การสร้างสิ่งจับต้องได้ (Tangibility) เป็นการเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ จัดสถานที่ให้บริการมีความสวยงามสะอาด

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า เพื่อพัฒนาการบริการ สาธารณสุขผสมผสานในสถานบริการหน่วยระบบสาธารณสุขทุกระดับ ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่กำหนดไว้ทั้งในด้านคุณภาพของการครอบคลุมบริการ (Quantity) และโอกาสเข้าถึงบริการของ ประชาชน (Accessibility) การบริการ (Quality) และเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายของสถานบริการให้เอื้อต่อ ระบบการส่งต่อ (Refer) และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสถานบริการตลอดจนการพัฒนา ระบบ การสนับสนุนของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยจึงมีความจำเป็น ในการให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาบริการสาธารณสุขให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการ อย่างมีคุณภาพ เข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง และจากการกำหนดรูปแบบการจัดบริการในระบบการรับส่งต่อ ที่มีการปรับเปลี่ยนตามแนวทางการบริหารงบประมาณแบบใหม่ เพื่อเอื้อประโยชน์ให้เกิดสูงสุดต่อ ผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบริการด้านการรับส่งต่อผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ระบบบริการสุขภาพของ ประเทศไทยมีตั้งแต่บริการทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ (Accessibility) ได้อย่างรวดเร็วมีปัญหาสุขภาพ และได้รับบริการที่มีคุณภาพ (Quality) เบ็ดเสร็จ (Competencies) ผสมผสาน (Integrate) โดยมีระบบรับและส่งต่อผู้ป่วยเป็นตัวเชื่อมระบบบริการแต่ละ ระดับ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ต่อเนื่อง (Continuity) และมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองรับภาระค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้นระบบบริการรับและส่งผู้ป่วยจึงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละท้องถิ่น เพื่อเอื้อประโยชน์สูงสุดให้เกิดแก่ ผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษางานวิจัยในครั้งนี้