

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการตอบสนองของชุมชนในด้านการรับรู้ การคาดหวัง และความพึงพอใจต่องานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งมีสาระสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพและข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย เพื่อเสนอในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
2. การตอบสนองของชุมชนในแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ การคาดหวัง และความพึงพอใจ
3. แนวคิดทางด้านการตลาดของระบบการบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว
4. แนวคิดของเวชปฏิบัติครอบครัวและการบริการระดับปฐมภูมิ
5. บริบทของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิด

### แนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนระบบบริการด้านสุขภาพ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีความจำเป็นต้องหาแนววิธีในการปรับเปลี่ยนระบบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมโดยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดขึ้น ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์จึงควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

#### 1. เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ

โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่ายโดยใช้ระบบส่งต่อ (Referral System) ตามลำดับดังนี้

1.1 สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการสุขภาพซึ่งกำหนดให้เป็นสถานบริการด่านแรก (First Contact) ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ไม่รุนแรง และไม่ต้องรับไว้รักษาในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดการ ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ลักษณะงานเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังต่อ บริการดูแลรักษาเบื้องต้นในสัดส่วน 75 : 25 บุคลากรประจำสถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จะต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการการดูแลทั้งหมดยกเว้นเข้าด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ/หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 โรงพยาบาลชุมชน เป็นสถานบริการที่มีทั้งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ให้บริการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค การจัดการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน และการรักษาพยาบาลในสัดส่วน ที่เท่า ๆ กัน นอกจากนั้นแล้วโรงพยาบาลชุมชนจะรับปรึกษาและบริการผู้ป่วยที่สถานอนามัยหรือ คลินิกเอกชนที่เครือข่ายส่งต่อมาอีกด้วย อีกทั้งการบริการเริ่มมีความเป็นเฉพาะทาง เช่น การบริการ ด้านทันตกรรม เกษตรชุมชน บุคลากรประจำโรงพยาบาลชุมชนมีความเป็นสหสาขามากขึ้น จึงควร จะมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่น

1.3 โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นสถานบริการ สุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ซึ่งต้องการการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ และมีความต้องการการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นแหล่งวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีทางการ รักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ลักษณะงานบริการจะเป็นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูต่อการรักษาพยาบาลในสัดส่วน 25 : 75 บุคลากรประจำโรงพยาบาล ทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พยาบาล ผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เกษตรกร บุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

การจัดให้มีสถานบริการเป็นลักษณะเครือข่ายเช่นนี้จะช่วยให้มีการใช้ทรัพยากรด้าน สาธารณสุขอย่างเหมาะสม ลดความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยลง ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดี และลดค่าใช้จ่ายในการ เดินทางเพื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับตติยภูมิโดยไม่จำเป็น

## 2. เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว

ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์นั้น ประชาชนไทยทุกคนควรได้รับบริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง เพื่อให้มีการดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขเต็มศักยภาพ มีศักดิ์ศรีแห่งความ เป็นมนุษย์ ไม่ประสบกับความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นหรือที่ป้องกันได้ ประชาชนมีความเสมอภาคในการ รับบริการนั้นหมายถึงประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น จึงต้องมีการกระจายทรัพยากร สาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยรัฐควรต้องสนับสนุนให้สถาน อนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการด้านแรกมีศักยภาพและ

คุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วน และถือได้ว่าเป็น “สถานพยาบาลประจำครอบครัว” ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการประสานงานกับองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างครบถ้วน

สถานีนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำหน้าที่เป็น “สถานบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัว” นี้จะต้องได้รับมอบหมายโดยการกำหนดพื้นที่บริการและจำนวนครัวเรือนและประชากรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน

กิจกรรมการบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งผู้ที่สุขภาพดีและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาทิ

- 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด
- 2) กิจกรรมการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การคัดกรองโรคเบื้องต้น
- 3) กิจกรรมการดูแลมารดาและเด็กก่อนคลอดจนสตรีมีครรภ์
- 4) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง การมาพบตามนัด การเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อในกรณีที่เป็น
- 5) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมป้องกันอุบัติเหตุ

การจัดให้มี “สถานบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีพยาบาลประจำครอบครัว” ซึ่งอยู่ในชุมชนที่ครอบครัวตั้งอยู่ จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

### 3. เป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุขได้ให้ความหมายของสุขภาพในลักษณะองค์รวมดังนี้

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุม มิติกาย จิตและสังคม การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมานวุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอ ในครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องร่วมกันป้องกัน

จะเห็นว่าความหมายของสุขภาพแบบองค์รวมนั้น เป็นบูรณาการของกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นเป็นเรื่องของทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในเรื่องส่วนบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ

1. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใสและป้องกันโรคได้หลายอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และภูมิแพ้ เป็นต้น

2. รับประทานอาหารที่ถูกต้อง คือ รับประทานอาหารประมาณได้สัดส่วนครบถ้วน รับประทานอาหารผักผลไม้บ้าง ช่วยป้องกันโรคอ้วน เบาหวาน โรคกระเพาะ โรคสมองเสื่อม

3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง อย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป ลำเลียงทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย

4. สร้างทักษะในชีวิตเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ เช่น ความกดดันหรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง

5. มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยให้บุคคลละความเห็นแก่ตัว เข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่มการเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณอันทำให้สุขภาพดียิ่ง

6. มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา ทำให้มีความสุขและมีแรงจูงใจอยากเรียนรู้

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพและทางสังคม เช่น รมเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัยและความเอื้ออาทรต่อกัน

ในส่วนของสิ่งแวดล้อมนั้น จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม คือ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มีการสุขาภิบาลที่ดี สิ่งแวดล้อมสะอาด ปราศจากมลภาวะ มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจหรือออกกำลังกาย มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และมีสถานที่เก็บและกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ

สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ปราศจากเชื้อโรคและพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงวัน สุนัขบ้า

สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพและมิตรไมตรีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกันทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน สถานที่ทำงาน กับเพื่อนบ้านและชุมชน

จะเห็นว่าเรื่องของสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ดังนั้นบริการสุขภาพแบบองค์รวมควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นกระบวนการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ และเป็นบริการเชิงรุก เพราะการส่งเสริมสุขภาพจะมีราคาถูกกว่าการรักษา

2. เป็นการดูแลคน ไม่ใช่โรค ซึ่งการที่จะดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้นั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องรู้ว่า คน เป็นบูรณาการของกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และการที่จะรู้จัก คน ได้นั้นต้องอาศัยระยะเวลา และสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จากสถาบันหนึ่งสู่อีกสถาบันหนึ่ง และทราบข้อมูลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลบุคคลหรือครอบครัว เพื่อจะได้รู้จักผู้ใช้บริการและครอบครัวอย่างดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและพึ่งพาตนได้มากที่สุด และรู้จักใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

5. เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาวิชาที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนที่จะใช้ความรู้ ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนั้นต้องรู้จักทำงานร่วมกับประชาชน และบุคคลในวิชาชีพอื่นๆ ทั้งในระบบราชการและองค์กรเอกชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพแบบองค์รวม

6. สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทางเลือกอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การแพทย์ทางเลือก และสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิธีทางเลือกต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

#### 4. เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน และมีความต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นกระบวนการจัดบริการที่มุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการหลักที่จำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Essential Package of Health Care Services) โดยเสมอภาค (Equity) ระบบบริการสุขภาพควรเป็นระบบที่สามารถปรับให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงสถานะแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมการแข่งขันและการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้วยจุดมุ่งหมายให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งการนำกลไกตลาดมาใช้ในระบบบริการสุขภาพก็เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้เกิดการแข่งขัน ผู้ให้บริการมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานบริการ และผู้รับบริการมีโอกาสเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพ โดยเสียค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

ในด้านการบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพจำนวนมาก ต้องการเวลาในการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัดทำให้การบริการเพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงสมควรส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

### 5. เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม

ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ในอดีตที่ผ่านมาการใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเน้นที่การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นการบริการที่ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ
2. ให้ความสำคัญกับระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะทางมากกว่าบริการขั้นพื้นฐานทั่วไป
3. ขาดกลไกในการกำกับดูแลค่าใช้จ่าย

ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมคุ้มค่ากับการลงทุนไว้ ควรเป็นการบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ซึ่งถ้าจัดให้มีบริการดังกล่าว การลงทุนในการเตรียมบุคลากรที่สามารถรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาเบื้องต้น มีราคาต่ำกว่าการเตรียมบุคลากรการแพทย์เฉพาะสาขา สำหรับกลไกในการกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีระบบการกำหนดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพแต่ละประเภทอย่างมาตรฐานและเป็นธรรม สามารถควบคุมได้ มีการควบคุมมาตรฐานการให้บริการที่เหมาะสมกับค่าใช้จ่าย

### 6. เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจ ในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการบริการสุขภาพเช่นนี้ จะทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นการร่วมตรวจสอบการบริหารจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนอีกด้วย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ สามารถดำเนินการหลายรูปแบบ เช่น การให้ชุมชนเป็นคู่สัญญากับผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพ การให้องค์กรชุมชนเป็นผู้ตรวจสอบและรับรองคุณภาพบริการ ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเกิดความผูกพัน และรับผิดชอบต่อชุมชนที่ตนดูแลมากขึ้น

การบริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับสถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน เป็นการบริการที่ใกล้ชิดชุมชน และสามารถให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด ทั้งยังสามารถสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนได้ง่ายที่สุดด้วย ดังนั้นการจัดการบริการระดับปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี

#### 7. เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่อย่างดีทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ต้องให้ประชาชนได้เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การสนับสนุนให้ประชาชนเกิดวัฒนธรรมใหม่ทางด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาลคือ หลักการสำคัญสำหรับบริการสุขภาพในอนาคต

การสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ประชาชนที่ได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างประชาชนและผู้ให้บริการจะทำให้ประชาชนเกิดความไว้วางใจ สามารถสร้างและพัฒนาแรงจูงใจในการดูแลตนเองของประชาชนที่จะตัดสินใจและกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพสวัสดิภาพของตนเอง

#### 8. เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ

ในระบบบริการสุขภาพแบบที่เป็นอยู่ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและบริการการักษาพยาบาล เป็นลักษณะของการตั้งรับเสียเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงไปแสวงแสวงหาการบริการ ซึ่งระบบบริการสุขภาพในลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นการบริการรักษาพยาบาลซึ่งมีราคาสูงมากไม่สามารถจัดให้ครอบคลุมประชากรได้ทั่วถึง ระบบบริการสุขภาพที่ดีต้องมีบูรณาการของบริการสุขภาพอย่างผสมผสานของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และการบูรณาการของบริการ สุขภาพนี้จะต้องปฏิบัติในงานบริการสุขภาพทุกระดับ กล่าวคือทั้งในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

ในระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ จะต้องปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวตั้ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

#### 9. เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก

ปัญหาการเจ็บป่วยและสาเหตุการตายเป็นจำนวนมาก สามารถป้องกันได้โดยการส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยระบบบริการสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยให้มาก เป็นที่น่าสังเกตว่าสาเหตุที่ทำให้ประชาชนต้องเข้ารับการรักษา และสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกในช่วงปี พ.ศ.2513-2528 จะเป็นอุบัติเหตุ วัณโรค และโรคท้องร่วง แต่หลังจากปี พ.ศ.2528 เป็นต้นมา สาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายใน 3 อันดับแรกได้เปลี่ยนไป คือ

1. โรคระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ซึ่งมีอัตราการตายต่อแสน 52.5 ในปี พ.ศ.2534 เพิ่มขึ้นเป็น 69.2 และ 79.5 ในปี พ.ศ.2538 และ 2539 ตามลำดับ
2. อุบัติเหตุอื่น ๆ รวมถึงผลระยะยาว มีอัตราการตายต่อแสน 25.8 ในปี พ.ศ.2534 เพิ่มขึ้นเป็น 61.5 และ 64.3 ในปี พ.ศ.2538 และ 2539 ตามลำดับ
3. เนื้องอกและมะเร็ง อัตราการตายต่อแสน 21.9 ในปี พ.ศ.2534 เพิ่มขึ้นเป็น 50.9 และ 51.7 ในปี พ.ศ.2538 และ 2539 ตามลำดับ (กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายจากอดีตที่เป็นโรคติดต่อกลับมาเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้โดยการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสม และเมื่อเปรียบเทียบการใช้จ่ายทั้งของรัฐและของประชาชน กลับพบว่าการใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพในอัตราที่ต่ำกว่าการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง และไม่ใช่ว่าการตั้งรับผู้รับบริการอยู่แต่เพียงภายในสถานบริการ และการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในสถานบริการดังที่เคยปฏิบัติในอดีตไม่ประสบความสำเร็จด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ การมีนโยบายเชิงรุกโดยเข้าไปให้บริการประชาชนในชุมชน โดยบุคลากรสุขภาพให้บริการอย่างผสมผสาน ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเข้าถึงผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากขึ้น ทั้งยังเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการอีกด้วย

## 10. เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพที่ดีจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และสามารถนำความรู้นั้นมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้าน มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น การแสวงหาแนวคิด หรือการค้นหาคำตอบความรู้ใหม่ ๆ ในการบริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญที่สุดคือช่วยให้เกิดความคิดริเริ่มในการปรับปรุงคุณภาพของงานบริการและการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย เพื่อเสนอในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

### 1. การปรับแนวคิดเรื่องสุขภาพและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของคนไทย

1.1 สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง โดยปรับกระบวนทัศน์ใหม่ในการมองเรื่องสุขภาพ คือ สุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ

1.2 การสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

### 2. การจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น

2.1 ยึดปรัชญาการมองสุขภาพแบบองค์รวมผสมผสานและต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ เป็นพื้นฐานในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้น

2.2 การจัดโครงสร้างสถานบริการสุขภาพระดับต้น สถานบริการสุขภาพระดับต้นต้องเป็นที่เชื่อมั่น ศรัทธาและยอมรับ สอดคล้องกับระบบวิถีชีวิตของชุมชน ประชาชนสามารถไปใช้บริการได้สะดวก มีเครือข่ายที่หลากหลายทั้งภาครัฐ (สถานีนานามัยและศูนย์บริการสาธารณสุข) เอกชน (คลินิก) และบริการทางเลือกอื่น ๆ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ฯลฯ รวมทั้งต้องมีระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับเดียวกันและในระดับที่สูงกว่า

สถานบริการสุขภาพระดับต้น สามารถจำแนกตามพื้นที่ได้ดังนี้

1. พื้นที่เขตเมือง สถานบริการสุขภาพระดับต้น คือ คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขและบริการทางเลือกอื่น ๆ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย ฯลฯ

2. พื้นที่เขตชนบท สถานบริการสุขภาพระดับต้น คือ สถานีอนามัย คลินิก และบริการทางเลือกอื่น ๆ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย ฯลฯ

### 2.3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น

2.3.1 สถานบริการสุขภาพระดับต้นในภาครัฐ ควรจัดบริการผสมผสาน ทั้งบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งงานที่ต้องดำเนินการในอนาคต คือ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการมากขึ้น

2.3.2 สถานบริการสุขภาพระดับต้นในภาคเอกชน นอกจากจะจัดบริการที่เน้น ทางด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ควรเพิ่มบทบาทใหม่ที่ทำให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพในกลุ่มประชาชน โดยรัฐให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์ เป็นต้น

2.3.3 สถานบริการสุขภาพระดับต้นที่เป็นทางเลือกอื่น ๆ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ฯลฯ ควรมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลสุขภาพ แก่ประชาชนรวมถึงการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ทั้งนี้รัฐจะต้องออกกฎหมาย รองรับเพื่อคุ้มครองประชาชนจากการไปใช้บริการ ตลอดจนการสร้างกลไกทางสังคมโดยให้ ชุมชน องค์กรในชุมชน หรือผู้รับบริการเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและดูแลคุณภาพสถานบริการ สุขภาพระดับต้นดังกล่าว

3. ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal Coverage) โดยให้ ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำแก่ประชาชน

3.1 ประชาชนทุกคนต้องมีหลักประกัน อย่างน้อยต้องมีการกำหนดหลักประกันด้าน สุขภาพพื้นฐานสำหรับคนไทยทุกคนที่รัฐต้องดำเนินการให้มี เช่น การฉีดวัคซีนพื้นฐานต้องฟรี รวมทั้งกำหนดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานด้วย ผู้ที่ต้องการบริการเพิ่มต้องมี ส่วนจ่ายเพิ่มเอง

3.2 ความครอบคลุมประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสุขภาพระดับต้น โดยใช้ กลไกการจ่ายเงิน อาจมี 2 แบบ

3.2.1 ประชาชนเป็นผู้จ่ายระดับหนึ่ง ส่วนที่เหลือรัฐเป็นผู้จ่าย

3.2.2 รัฐกำหนดวงเงินช่วยระดับหนึ่ง ส่วนที่เหลือรัฐเป็นผู้จ่าย

มีระบบการเงินการคลังที่ส่งเสริมการใช้บริการสุขภาพระดับต้นใกล้บ้าน โดยให้สิทธิประโยชน์กับการรักษาใกล้บ้าน หากประชาชนรักษากับสถานบริการที่ขึ้นทะเบียน (โดยสถานบริการต้องขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริการระดับต้นก่อน)

#### 4. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพของผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น

ต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary Personal) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์/พยาบาล เป็นผู้ให้บริการหลัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสาขาอื่น ๆ รวมถึงบุคลากรสาขาอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครร่วมเป็นทีมสุขภาพ ตามลักษณะของพื้นที่ ดังนี้

4.1 ในเขตเมือง มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการหลัก เนื่องจากในเขตเมืองมีแพทย์ประจำอยู่มากและไม่ขาดแคลน

4.2 ในเขตชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร มีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการหลัก (บางพื้นที่อาจเป็นแพทย์) เนื่องจากในชนบทมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์สูงมาก

ลักษณะผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้น นอกจากจะมีความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังต้องมีความรู้ทักษะชีวิต สังคม และตระหนักถึงคุณค่าของคน รวมทั้งมีแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมผสมผสานและต่อเนื่อง

#### 5. พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับต้น

จัดระบบควบคุมกำกับและระบบตรวจสอบคุณภาพบริการระดับต้นให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งจะดำเนินการโดย

5.1 ใช้มาตรการทางกฎหมายกำหนดให้สถานบริการสุขภาพระดับต้น ดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการ และกำหนดให้มีหน่วยงานในการตรวจสอบ เช่น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ เป็นต้น

5.2 องค์กรวิชาชีพ มีบทบาทในการส่งเสริมด้านจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควบคุมกำกับผู้ให้บริการจัดบริการอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานแห่งวิชาชีพ โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5.3 องค์กรชุมชนประชาชน จะเป็นผู้ควบคุมกำกับและตรวจสอบการดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพระดับต้น รวมทั้งเป็นผู้สะท้อนความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพระดับต้นที่ตนเองได้รับ

#### 6. พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณ

เพื่อให้การดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพระดับต้นยั่งยืนและต่อเนื่อง ควรจะมีการปรับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ โดยจัดสรรงบประมาณตามประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Registration) กำหนดขอบเขตพื้นที่ให้บริการที่รับผิดชอบประชากรจำนวนหนึ่ง แล้วจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากร

7. พัฒนาระบบการแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้จัดบริการ (Provider) ออกจากกัน  
กรณีที่รัฐหรือเอกชนเป็นผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้นให้กับประชาชนส่วนท้องถิ่น  
เป็นผู้ซื้อบริการ และหากท้องถิ่นเป็นผู้จัดบริการควรให้รัฐหรือองค์กรพิเศษที่จัดตั้งขึ้นมาทำหน้าที่  
ผู้ซื้อบริการทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้

#### 8. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูงให้มีประสิทธิภาพ

โดยพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อของสถานบริการที่หลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน  
ให้สถานบริการระดับต้นส่งต่อผู้ป่วย และให้สามารถร่วมให้การรักษานักป่วยในสถานบริการระดับสูง  
ได้อย่างต่อเนื่อง ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในสถานบริการระดับต้น รวมทั้งเกิดความเชื่อมั่นร่วมกัน  
ระหว่างสถานบริการระดับต้นกับสถานบริการระดับสูง มีการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการ  
ด้วยกระบวนการจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณในลักษณะ Main Contractor

#### 9. ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพระดับต้น

9.1 กระตุ้นให้ประชาชนรู้จักและตระหนักถึงสิทธิและประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ  
ของตนเอง

9.2 กำหนดบทบาทและขอบเขตที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตรวจสอบและดูแล  
การให้บริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้น

9.3 รัฐต้องจัดการให้/เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

#### กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพระดับต้นที่มีประสิทธิภาพ

1. พัฒนากลไกทางการเงินการคลัง การสร้างแรงจูงใจแก่ผู้จัดบริการสุขภาพระดับต้น

1.1 จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยยึดประชากรหรือพื้นที่เป็นตัวตั้ง

1.2 จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย  
บริการสุขภาพระดับต้น

1.3 การให้เงินอุดหนุนเพื่อเป็นแรงจูงใจให้สถานบริการมีการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ  
และป้องกันโรคโดยจ่ายตามปริมาณการให้บริการ (Fee for Services)

2. การมีส่วนร่วมจ่ายเงิน (Co-Payment) ของผู้บริการ

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็นประชาชนควรมีส่วนร่วมจ่ายเงิน  
เมื่อไปใช้บริการที่สถานบริการระดับต้นที่ขึ้นทะเบียน โดยผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควร  
ช่วยเหลือเกื้อกูล ได้รับ ฟรี ประเภทอื่นร่วมจ่ายในอัตราค่า

3. ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน (Universal Coverage) โดยให้  
ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำแก่ประชาชน

#### 4. การพัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพพระดัตัน มีดังนี้

4.1 พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนทางการแพทยและสาธารณสุขในทุกสถาบันการศึกษา เน้นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม รวมทั้งการผสมผสานศาสตร์สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

4.2 พัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพพระดัตัน ให้มีความรู้อย่างต่อเนื่องและทันกับปัญหาสุขภาพและโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

4.3 จัดทำแผนพัฒนานุ คลากรที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพพระดัตัน มีกระบวนการทศนใหม่ต่อการมองการสุขภาพเป็นเรองของทุกคน ตลอดจนพัฒนานุ คลากรให้มีทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแบบองค์รวม

การตอบสนองของชุมชนตามทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ การคาดหวัง และความพึงพอใจ

##### 1.1 ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) เป็นสิ่งสำคัญเบื้องต้นในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ เพราะการรับรู้ทำให้บุคคลพัฒนาทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยม ซึ่งจะทําให้เราทราบทิศทางพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกโดยเปิดเผยได้ (มนตรี วงศ์เกษม, 2543, หน้า 9)

กากัน และซีกัล (Kagan and Segal, 1992, p.130) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เรารู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โดยการเลือก การจัดระบบ ระเบียบและการแปลความหมายสิ่งต่าง ๆ จากความรู้สึกสัมผัส

นวลศิริ เปาโรหิตย และอุบลรัตน์ (อ้างในมนตรี วงศ์เกษม, 2543, หน้า 10) การรับรู้คือกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระทบกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ ของเร และ การแปลความหมายอย่างไรรันขึ้นอยู่กับการประสบการณ์ในอดีตของเรา และสภาพจิตใจในปัจจุบันเป็นการสร้างความหมายเกี่ยวกับโลกภายนอกให้กับเราเอง

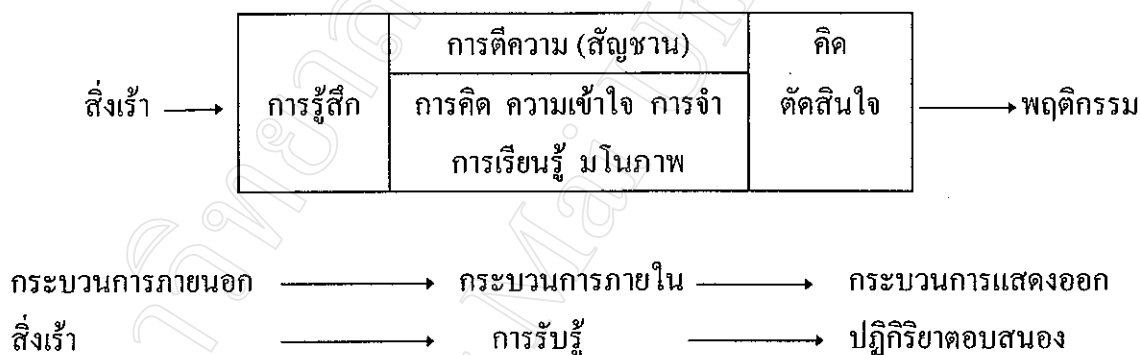
กันยา สุวรรณแสง (2532, หน้า 127) การรับรู้คือการใช้ประสบการณ์เดิมแปลความสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัส และเกิดความรู้สึก

กมลรัตน์ หล้าสูงน (2523, หน้า 3) ให้ทัศนะไว้ว่า การรับรู้หมายถึง การตีความ หรือการแปลความหมายจากการสัมผัส ถ้าขาดรายงานการตีความหมายนี้จะไม่มีการเข้าใจในสิ่งเร้า ซึ่งสอดคล้องกัน

จากความหมายของการรับรู้ดังที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า การรับรู้คือการแปลความหรือตีความ หมายถึงสิ่งเร้าที่มากระทบกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งเมื่อเกิดการรับรู้ในตัวบุคคลแล้วนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล โดยอาศัยความรู้เดิม และประสบการณ์เป็นเครื่องช่วย และการรับรู้ที่เกิดขึ้นนี้จะต้องผ่านกระบวนการรับรู้ภายในตัวบุคคลทุกครั้ง ในการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง การตีความหมายต่อบทบาท และระบบบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวจากการสัมผัสโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิม ช่วยในการแปลความหมายดังกล่าวออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจว่าศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวมีบทบาทการให้บริการเป็นอย่างไร

#### กระบวนการรับรู้

กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกับระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรมซึ่งเขียนเป็นภาพได้ดังนี้



#### แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการรับรู้

ที่มา : กันยา สุวรรณแสง, 2532, หน้า 129

คนเราจะแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ได้จากการสัมผัส โดยอาศัยความรู้หรือประสบการณ์ การแปลความหมายของความรู้สึกจากการรับสัมผัส เรียกว่า “การรับรู้” ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นผลรวมของความรู้เดิมบวกกับการรับสัมผัส (สถิต วงศ์สุวรรณ, 2525, หน้า 76) เมื่ออวัยวะรับสัมผัสจากสิ่งเร้าแล้วส่งไปยังสมอง ทำให้เกิดการคิดการเข้าใจ การรับรู้ จากนั้นสมองจึงสั่งการไปยังอวัยวะมอเตอร์ ให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนอง (Response) พฤติกรรมที่เกิดเนื่องมาจากร่างกายได้รับสิ่งเร้านั้น ๆ โดยอาศัยความคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์ และบางครั้งก็กระทำออกไปโดยมีอารมณ์ปะปนไปด้วย ในทางจิตวิทยาเรียกว่า “พฤติกรรมที่มีความมุ่งหมาย” (กันยา สุวรรณแสง, 2532, หน้า 129)

สุชา จันทร์เอม (อ้างในมนตรี วงศ์เกษม, 2543, หน้า 11) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังภาพต่อไปนี้

สิ่งเร้า (Stimulus) → การรับรู้ (Perception) → การตอบสนอง (Response)

สรุปกระบวนการรับรู้ ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวเป็นสถานบริการสาธารณสุขด่านแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ประชาชนได้รับทราบโดยผ่านประสาทสัมผัสต่าง ๆ และสมองได้แปลความออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจโดยอาศัย “ความรู้และประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ บุคลิกภาพ ปทัสถาน เชาว์ปัญญาและในที่สุดก็จะแสดงพฤติกรรมในการใช้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว”

## 1.2 ทฤษฎี ความคาดหวัง

Victor H. Vroom (1970) เป็นผู้นำเสนอทฤษฎีความคาดหวังบนพื้นฐานความเชื่อเรื่องสุขนิยม (Hedonism) ที่เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความโน้มเอียงเข้าหาความสุข และพยายามหลีกเลี่ยงความทุกข์ทั้งมวลเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นหลักการที่ได้รับความเชื่อถือจากนักปรัชญาทั้งหลาย (สิทธิโชค วรรณสันติกุล อ้างในพิไลวรรณ จันทรสุกรี, 2540, หน้า 8) แต่เมื่อนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ นักจิตวิทยากลับพบว่า ไม่สามารถทดสอบและพิสูจน์หลักการสุขนิยมว่าเป็นจริงได้ ด้วยเหตุนี้ นักจิตวิทยาได้พยายามอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยเชื่อมโยงกับตัวแปรอื่นที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการคาดการณ์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นโดยการกระทำที่มีเป้าหมายและบนพื้นฐานของความรู้สึกรอคอยตลอดเวลา เนื่องจากกลุ่มนี้เชื่อว่า มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่ใช้ปัญญา ใช้ความคิด หลักการและเหตุผลในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างไร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยสนองความต้องการของตนเอง จึงเกิดข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ขึ้นดังนี้

พฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดขึ้นจากแรงผลักดันทั้งภายในและภายนอก มนุษย์แต่ละคนนั้นมีความต้องการ ความปรารถนาและเป้าหมาย (Need Want and Goal) ต่างกัน การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดเนื่องจากผลการประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังแสดงพฤติกรรมนั้น (พิไลวรรณ จันทรสุกรี, 2540, หน้า 8-9)

Murray (1962, pp.416-420) ได้อธิบายความหมายของทฤษฎีความคาดหวังว่า หมายถึงระดับผลงานที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะทำได้ เมื่อให้บุคคลอื่นทำงานที่ตนเคยทำ และความคาดหวังนั้นเป็นระดับที่บุคคลปรารถนาไปให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในการทำงานแต่ละครั้งบุคคลจึงรู้สึกประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการที่จะไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขึ้นอยู่กับระดับความยากความง่ายของงานที่ทำนั้น ถ้างานนั้นเป็นงานที่ง่ายมาก การทำสำเร็จก็ไม่มี ความหมาย แต่ในทางตรงกันข้ามก็มีความยากมาก ๆ ก็จะได้ผลเช่นเดียวกัน เพราะผู้ทำจะไม่เกิดความรู้สึกว่างานนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถด้วยความรู้สึกที่ว่า แม้ทำไม่สำเร็จก็ไม่คิดว่าเป็นการล้มเหลว ดังนั้นความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจะเกิดขึ้นเมื่อทำงานระดับ กลาง ๆ

De Cecco (1968, pp.166-167) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลกำหนดความคาดหวังไว้ อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา กล่าวคือ ถ้าบุคคลประสบความสำเร็จในการทำงานนั้น มาก่อนก็จะทำให้การกำหนดความคาดหวังในการทำงานในคราวต่อไปสูงขึ้น และใกล้เคียงกับ ความสามารถจริงมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามกับระดับความคาดหวังต่ำลงมา เพื่อป้องกันมิให้ ตนเองเกิดความรู้สึกล้มเหลวจากการที่วางระดับความคาดหวังได้สูงกว่าความสามารถจริง

พิมประไพ ดิขวงศ์ (2539) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิด และคาดการณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยสิ่งนั้น ๆ อาจจะเป็นรูปธรรม หรือนามธรรมก็ได้ ความรู้สึกนึกคิดหรือคาดการณ์นั้น ๆ จะมีลักษณะเป็นการประเมินค่าโดยมาตรฐานของตนเอง เป็นเครื่องวัดการคาดการณ์ของแต่ละบุคคล แม้จะเป็นการให้ต่อสิ่งที่เป็รูปธรรม หรือนามธรรม ชนิดเดียวกันก็อาจจะแตกต่างกันอย่างไรได้ ทั้งนี้แล้วแต่ภูมิหลัง ประสบการณ์ ความสนใจ และการเห็นคุณค่าความสำเร็จของสิ่งนั้น ๆ

จากความหมายและคำนิยามของ “ความคาดหวัง” สรุปได้ว่า ความคาดหวังเป็น ความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่บุคคลกำหนดหรือคาดหมายว่าจะทำได้ในระดับที่บุคคล ปรารถนา เพราะประชาชนมีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการที่ดีจากศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเขียด หากการบริการนั้นได้รับการตอบสนองด้วยดีและสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ควรจะได้รับก็จะ ทำให้ประชาชนเกิดความสุขสมหวังที่ได้รับในสิ่งที่พึงปรารถนา

### 1.3 ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

นักวิชาการได้ให้ความหมายความพึงพอใจไว้หลายทัศนะดังนี้

Gool (1973, p.25) ให้ความหมายว่า เป็นความพึงพอใจที่เกิดจากความสนใจและ ทัศนคติต่อบุคคลที่มีคุณภาพและลักษณะของสภาพกิจกรรม

Davis (1967, p.81) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนอง พฤติกรรมเกี่ยวกับความพึงพอใจของมนุษย์เป็นความพยายามที่จะจัดความตึงเครียดของมนุษย์ หรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่สมดุลย์ในร่างกาย เมื่อสามารถจัดสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวออกไปได้มนุษย์ย่อมจะได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ

Linder – Pelz (1982, p.580) ให้ความเห็นว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยหมายถึง การที่บุคคลแต่ละคนมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพอนามัยด้านต่าง ๆ ไปในทางบวก

อรพินท์ บุญนาค และอัจฉรา เอื้อชัย (2538, หน้า 53) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ดีของผู้ที่มารับบริการต่อสถานบริการนั้น ๆ ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรับบริการทางการแพทย์นั้น สรุปเป็นแนวคิดในด้านขอบเขตหรือวิธีวัดความพึงพอใจออกเป็น 2 ประเภทคือ

- ความพึงพอใจโดยทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ความพึงพอใจต่อบุคลากร และระบบการให้บริการทางการแพทย์
- ความพึงพอใจเฉพาะด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยไปใช้เป็นประจำ

ทฤษฎีความพึงพอใจ (Shelly, 1957 อ้างใน กุณฑลทิพย์ มาลากุล, 2526) สรุปได้ว่าคือทฤษฎีที่ว่าด้วยความรู้ 2 แบบของมนุษย์ คือความรู้สึกในทางบวกและความรู้สึกในทางลบ

ความรู้สึกในทางบวก คือ ความรู้สึกอาจเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้จะเป็นความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกทางบวก และความสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน และระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามนี้เรียกว่าระบบความพอใจ โดยความพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อระบบความพอใจมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ ความพอใจสามารถแสดงออกมาในรูปความรู้สึกทางบวกแบบต่าง ๆ ได้ และความรู้สึกทางบวกนี้ยังเป็นตัวช่วยให้เกิดความพอใจเพิ่มขึ้นอีกด้วย

จากความคำความหมายของความพึงพอใจที่กล่าวมานี้สรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับในสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุจุดหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง โดยสิ่งที่ทำให้ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความพอใจแก่ประชาชน ได้แก่ การให้บริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเตี้ยด ซึ่งเป็นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบลหัวเตี้ยด ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้มากที่สุดเมื่อระบบการให้บริการนั้นมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดี ตลอดจนสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

## แนวคิดทางการตลาดของระบบบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวด

### ความหมายของการตลาด

Philip Kotler (อ้างใน ธงชัย สันติวงษ์, 2528, หน้า 6) ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง กิจกรรมของมนุษย์ที่ดำเนินไปเพื่อกำกับให้มีการตอบสนองความพอใจ และความต้องการต่าง ๆ โดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยน

American Marketing Association ( 1985 อ้างใน สุดาตวง เรืองรุจิระ, 2543, หน้า 4) ได้กำหนดคำจำกัดความใหม่ของ Marketing ดังนี้ การตลาดคือ กระบวนการวางแผนและบริหาร แนวความคิด การกำหนดราคา การส่งเสริม สนับสนุน และการกระจายความคิด สินค้า บริการ องค์การ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยการแลกเปลี่ยนที่จะสร้างความพอใจให้แก่บุคคล และบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจการ

ทฤษฎีส่วนผสมทางการตลาดของ E. Jerome McCarthy, 1981 (อ้างใน กรุณา เขียวรัตน์, 2536, หน้า 6-7) มี 4 ด้าน ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (Product) สถานที่ (Place) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และราคา (Price) สำหรับทฤษฎีส่วนประกอบการตลาดบริการของ Payne Adrian (อ้างใน ปิยพรรณ กลั่นกลิ่น, 2542, หน้า 4) ยังมีส่วนประกอบที่เพิ่มขึ้นมาอีก 3 ส่วนคือ บุคลากร (People) กระบวนการให้บริการ (Process) และการให้บริการลูกค้า (Customer Service) ดังนั้น ส่วนประกอบการตลาดบริการจึงมีองค์ประกอบที่เพิ่มเติมจากส่วนประกอบการตลาดของสินค้าทั่วไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านผลิตภัณฑ์และการบริการ (Product) การบริการเป็นผลิตภัณฑ์ของธุรกิจบริการ ซึ่งครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างของตัวสินค้า และทุกสิ่งทุกอย่าง ที่จัดเตรียมไว้บริการลูกค้า เนื่องจากลูกค้าไม่ได้ต้องการเพียงตัวสินค้าและบริการเท่านั้น แต่ยังต้องการประโยชน์หรือคุณค่าอื่นที่จะได้รับจากการซื้อสินค้าและบริการของธุรกิจบริการด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวดคือได้ว่าเป็นธุรกิจบริการด้านสุขภาพ ที่มีบริการหลัก หรือบริการพื้นฐาน คือการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยสิ่งที่ผู้ใช้บริการคาดหวังว่าจะได้รับคือ การดูแล หรือหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการ ได้รับความเป็นธรรม และเสมอภาคในการให้บริการ และได้รับบริการที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม การบริการจะทำโดยแพทย์และพยาบาลโดยจัดให้บริการเบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียวกัน และใช้เวลาน้อยกว่าการไปรับบริการในโรงพยาบาล

2. ด้านราคา (Price) ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวมีการกำหนดราคาค่าบริการเท่ากับราคาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผู้ที่ใช้สิทธิต่าง ๆ สามารถใช้สิทธินับได้ตามปกติ ส่วนผู้ที่ไม่มีสิทธิพิเศษจะต้องชำระเงินเอง ในกรณีไม่มีเงินจะอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ นอกจากนี้ยังให้บริการฟรีแก่ผู้มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี พระภิกษุ และทหารผ่านศึก

3. ด้านสถานที่ให้บริการและช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) เนื่องจากเป็นธุรกิจบริการที่ผู้ให้บริการต้องเดินทางให้บริการในสถานที่ที่ผู้ให้บริการจัดเตรียมให้ การเลือกสถานที่ให้บริการและช่องทางการจัดจำหน่ายของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งหลักสำคัญในการจัดตั้งศูนย์แพทย์คือ ตั้งอยู่ในชุมชน และมีประชากรหนาแน่นพอสมควร การติดต่อระหว่างศูนย์แพทย์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมีความสะดวกรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีการจัดสถานที่บริการ และสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการมากที่สุด ส่วนด้านช่องทางการจัดจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแก่ผู้ให้บริการโดยตรง โดยไม่ผ่านคนกลาง เพราะผู้รับบริการจะต้องเดินทางมารับบริการจากผู้ให้บริการด้วยตนเอง หรือผู้ให้บริการจะต้องเดินทางไปให้บริการถึงที่ เช่น การออกเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง

4. ด้านการส่งเสริมการตลาด (Promotion) เครื่องมือการส่งเสริมการตลาดที่นิยมใช้

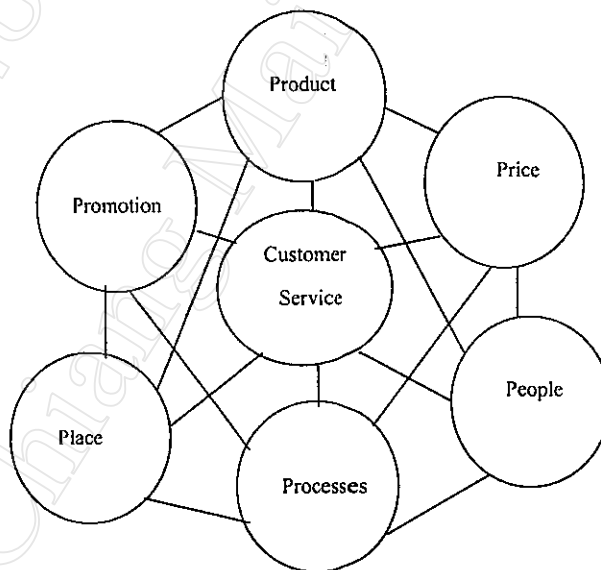
- การโฆษณา โดยใช้แผ่นพับ หรือ รายการวิทยุ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น
- ชุมชนสัมพันธ์ ศูนย์แพทย์จะทำงานร่วมกับผู้แทนชุมชน และกรรมการที่ปรึกษาในการจัดกิจกรรมให้กับสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ของชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การบอกกล่าวปากต่อปาก เป็นวิธีที่ประหยัดค่าใช้จ่าย เพราะได้ผลดี และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสารและการทำกิจกรรมทางการตลาด โดยพยายามควบคุมการบริการให้มีมาตรฐานและมีคุณภาพดี ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้เป็นลูกค้าหรือผู้ให้บริการพึงพอใจ แล้วบอกต่อไปยังคนรู้จัก ในขณะเดียวกันก็กลับมาใช้บริการด้วย

5. ด้านบุคลากร (People) ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกร 1 คน ซึ่งทุกฝ่ายจะมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเทคนิคในการบริการ และในการทำงานในตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้น และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ให้บริการได้มากขึ้น

6. ด้านกระบวนการ (Process) ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวได้พยายามทำให้กระบวนการในการให้บริการลูกค้าเป็นไปอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว มีคุณภาพ บริการแบบเบ็ดเสร็จ ลดความซ้ำซ้อนของการบริการ และตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้สูงสุด แต่กระบวนการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถกำหนดได้ตายตัวเนื่องจากขึ้นอยู่กับโรคที่ผู้ป่วยเป็นการวินิจฉัยโรคและการรักษา

7. ด้านการให้บริการลูกค้า (Customer Service) ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวพยายามที่จะให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ผู้ใช้บริการในด้านต่าง ๆ เช่น ความสะดวกรวดเร็ว ความต่อเนื่อง มีคุณภาพ ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ และเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ส่วนผสมการตลาดบริการประกอบด้วย ส่วนประกอบทั้งหมด 7 ส่วน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ได้แก่ ผลิตภัณฑ์และบริการ (Product) ราคา (Price) สถานที่จัดจำหน่ายและช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) บุคลากร (People) กระบวนการให้บริการ (Process) และการให้บริการลูกค้า (Customer Service) ทุกส่วนประกอบต่างมีความสัมพันธ์ ให้ความสำคัญสนับสนุนซึ่งกันและกัน และส่งผลกระทบต่อถึงกัน ดังภาพ



**แผนภูมิที่ 2** ส่วนผสมการตลาดบริการ (Expanded Marketing Mix for Service)

ที่มา : Payne Adrian. The Essence of Services Marketing. Series Editor, Great Britain, Prentice - Hall, 1993, p. 25. (อ้างใน ปิยพรณ กลั่นกลิ่น, 2542, หน้า 12)

## แนวคิดของเวชปฏิบัติครอบครัวและการบริการระดับปฐมภูมิ

### ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care)

ตามคำประกาศอัลมา อัลตา ปี ค.ศ.1978 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคำว่า Primary Care คือ บริการด้านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการในระดับที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน (Rifat A, Henricetta Long, 1996, pp.2-4)

VUORI, H ซึ่งกล่าวในการประชุมของสมาคม/วิทยาลัยทางด้านเวชศาสตร์ทั่วไป/ครอบครัวทั่วโลก (WONCA) ในปี ค.ศ.1986 ได้ให้ความหมายของ Primary Care ตามความหมายหลักขององค์การอนามัยโลก แต่ขยายเพิ่มเติมในลักษณะที่แสดงถึงภาพของสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยเสนอเป็นมุมมองของ (สาธารณสุขมูลฐาน) ใน 4 ด้านคือ

1. ในฐานะเป็นชุดของกิจกรรม 10 ประการ
2. ในฐานะเป็นระดับของการบริการที่เป็นบริการด้านแรก (ในส่วนนี้ต้องพิจารณาควบคู่กับบริการด้านแรกอื่น ๆ ที่ประชาชนใช้ที่มีให้บริการของสถานพยาบาล)
3. ในฐานะเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้ สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่น ๆ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน และการดำเนินการที่คุ้มค่า (Cost Effective) ในส่วนนี้อาจรวมถึงการปรับการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรอื่นจากระดับตติยภูมิไปยังระดับปฐมภูมิ
4. ในฐานะปรัชญาที่ควรแทรกซึมเข้าไปสู่แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความเท่าเทียม ยุติธรรม แต่ละคนในสังคมมีความรับผิดชอบ ช่วยกันสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี และยอมรับความหมายของสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องโรค

Starfield (1993) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด้านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line Care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (On-going Care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive Care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Co-ordinated Care)

Tudor-Hart (1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิม คือมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

ในส่วนประเทศไทย บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพเช่นกัน รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่นักวิชาการของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มิได้กล่าวถึงคุณลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ มิได้เน้นบริการที่ดูแลประชาชนต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก เพื่อการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดี ตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่า หรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิไม่เด่นชัด และด้อยกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูง

#### **เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว/เวชปฏิบัติครอบครัว(General Practice/Family Medicine/Family Practice)**

งานเวชปฏิบัติทั่วไป หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน (Individual, Family and Community)

บริการที่ระดับปฐมภูมิ เป็นการพิจารณาในมุมมองของระดับความซับซ้อนของบริการทั้งหมดที่บริการระดับนี้ต้องรับผิดชอบดูแลสถานะสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายตั้งแต่ก่อนป่วยถึงป่วยมากขึ้น ส่งต่อไปรับบริการที่อื่นอย่างเหมาะสม และบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่บริการเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นการพิจารณาจากมุมในส่วนที่เป็นเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการ ที่ต้องใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์หลายด้าน รวมทั้งศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์ และจิตวิทยาในสัดส่วนที่มากกว่าสาขาอื่นซึ่งทั้ง 2 คำนี้มีส่วนที่ซ้อนและเสริมกันในการดำเนินการจริงที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กัน

อย่างไรก็ตาม มิใช่ว่าบริการเฉพาะทางจะไม่มีบริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และการดูแลแบบผสมผสานด้วยแนวคิดแบบองค์รวม แต่เป็นส่วนและมีน้ำหนักในประเด็นต่าง ๆ ที่ไม่เท่ากัน ดังภาพที่ 3 บุคลากรที่ให้บริการในทุกระดับขั้นต่ำ ต้องมีความเข้าใจปัญหาสุขภาพโดยรวมที่เหมือนกัน มีการให้บริการที่เข้าใจจิตใจ และปัจจัยแวดล้อมของผู้รับบริการ และมีการดูแลต่อเนื่องในระดับหนึ่งเช่นกัน แต่ทักษะของบุคลากรในการให้บริการจะมีจุดเน้นที่ต่างกันไปตามสภาพงานและความเป็นจริงที่จะทำได้ เช่น หน่วยปฐมภูมิมีจุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ในระดับที่เป็นการป้องกันตั้งแต่ระยะแรก และเมื่อป่วยเป็นโรคนั้น (Primary & Secondary Prevention) แต่บริการเฉพาะทางไม่ค่อยมีโอกาสนพบผู้รับบริการก่อนป่วย ฉะนั้นน้ำหนักเน้นไปที่การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพเพิ่ม และการพิการ (Secondary & Tertiary Prevention)

บริการปฐมภูมิให้บริการที่เป็นบริการทั่วไปมากกว่าเฉพาะทาง เน้นความสัมพันธ์ ความเข้าใจที่เป็นด้านมนุษยสัมพันธ์ จิตวิทยามากกว่าบริการเฉพาะทางที่เน้นการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือที่มีความซับซ้อนมากขึ้น บริการปฐมภูมิจะดูแลครอบคลุมไปที่ครอบครัวและชุมชนมากกว่าบริการเฉพาะทางที่มีโอกาสดูแลได้เฉพาะบุคคล

แต่ทั้งนี้มิใช่ว่าบริการที่ระดับใดมีความสำคัญกว่าหรือดีกว่า แต่เป็นระบบที่ต้องมีทุกระดับอย่างสมดุลกับสถานการณ์ความต้องการ มีการส่งต่อ เชื่อมต่อข้อมูลและการบริการระหว่างระดับ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

| เนื้อหาาร่วม                 |                         | บริการเฉพาะทาง                  |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
|                              | Specialized/-Technology | Specialized / instrument        |
| ครอบครัว ชุมชน               | ต่อเนื่อง ผสมผสาน       | บุคคล โรค                       |
| Primary/Secondary Prevention | Integrated              | Secondary / Tertiary Prevention |
| General Care/ Human Relation | General Care            |                                 |

#### บริการปฐมภูมิ

**แผนภูมิที่ 3** แสดงแนวคิดต่อสัดส่วนน้ำหนักงานเปรียบเทียบระหว่างเวชปฏิบัติครอบครัว/บริการปฐมภูมิ กับบริการเฉพาะทาง/บริการที่โรงพยาบาล

### บริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบสำคัญของแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัว/บริการระดับปฐมภูมิที่ดี

จากความหมายของแนวคิดที่เกี่ยวข้องและข้อมูลตามที่เสนอข้างต้นทั้งหมด อาจวิเคราะห์หรือสรุปเป็นองค์ประกอบสำคัญของแนวคิดนี้ได้คือ

1. เป้าหมายของการดำเนินงานต้องพิจารณาหรือคำนึงถึงผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพ/คุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นกับประชาชนมิใช่พิจารณาเพียงแต่กิจกรรม (ตามแนวคิด PHC หรือ Primary Care ขององค์การอนามัยโลก)
2. เป้าหมายสุขภาพดีที่ต้องการให้บรรลุ มีขอบเขตกว้างกว่าการดูแลรักษาโรค หมายรวมถึงการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการพัฒนาให้ประชาชนมีพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพดี และการป้องกันโรคหรืออันตรายต่าง ๆ
3. การดำเนินการต้องตั้งบนฐานของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเอง สร้างให้เกิดดุลภาพที่เหมาะสมระหว่างการพึ่งตนเอง และการบริการของประชาชน
4. กลวิธีการดำเนินงานตั้งอยู่บนฐานของการมองปัญหา สภาพความเป็นจริง และการแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม พิจารณาองค์ประกอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน สอดคล้องกับสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ และตั้งอยู่บนฐานเหตุผลที่เป็นวิทยาศาสตร์
5. กลวิธีการดำเนินการ มีทั้งส่วนที่เป็นบริการตั้งรับ ดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และส่วนที่เป็นบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย หรือมิให้เจ็บป่วยซ้ำ หรือมิให้มีความเจ็บป่วย/พิการที่รุนแรง มีการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการรักษาพยาบาล
6. การดำเนินการดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชากรที่ชัดเจนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

### บริบทศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจในการจัดบริการสาธารณสุข อันประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การให้บริการครอบคลุม 3 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอ คือ อำเภอเมืองตาก อำเภอบ้านตาก อำเภอสามเฒ่า และกิ่งอำเภอวังเจ้า ส่วนการให้บริการพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบคือประชากรในเขตเทศบาลเมืองตาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนเป็นศูนย์ส่งต่อเพื่อรักษาต่อในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ในระหว่างปีงบประมาณ 2540-2542 มีผู้มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเป็นจำนวน 533 545 578 คน ตามลำดับ อัตราเพิ่มของผู้ป่วยนอกเป็น 1.15 1.02 และ 1.06 เท่า เดิมโรงพยาบาลมีขนาด 260 เตียง แต่เนื่องจากปริมาณคนไข้เพิ่มขึ้น ในปัจจุบันจึงต้องเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อให้บริการที่พอเพียงแก่ผู้ป่วย เป็น 305 เตียง

จากการศึกษาข้อมูลปี 2542 พบว่าสถิติผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตเทศบาล ในอัตราที่สูงพอควร เนื่องจากประชากรเขตเทศบาลเป็นชุมชนที่ใหญ่ จำนวนประชากรหนาแน่นคือ มีจำนวนประชากรถึง 21,335 คน (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช, 2542, หน้า 4) สถานบริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลมีโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 1 แห่ง และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองตาก 1 แห่ง ซึ่งยังไม่เพียงพอ ประชาชนส่วนใหญ่ในเขตเทศบาลเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จะไปรับบริการที่คลินิกเอกชน และร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่

เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนคือสามารถเข้าถึงบริการที่สะดวก และเป็นที่ยังพอใจในบริการ ประชาชนสามารถจ่ายได้ เป็นแบบบริการที่เบ็ดเสร็จ ผสมผสานเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องและประชาชนมีส่วนร่วม จะพบว่าประชาชนยังไม่ได้รับ นอกจากนี้จะเห็นว่าผู้มารับบริการมีทั้งรับบริการขั้นพื้นฐานและผู้ป่วยที่ต้องการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ จนถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จากความไม่เหมาะสมดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้การบริการไม่ได้ตามพันธกิจ บางครั้งไม่เป็นที่พอใจของผู้รับบริการ

ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียว เป็นสถานบริการสาธารณสุขด่านแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งได้รับความร่วมมือและยินยอมให้ใช้สถานที่ของ สสมช. เป็นสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งได้รับนิชอบประชาชนในเขตชุมชนหัวเดียวและประชาชนทั่วไป โดยจัดให้มีการบริการในระดับปฐมภูมิ (ขั้นพื้นฐาน) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังได้มีการจัดบริการเชิงรุกออกไปที่บ้าน และในชุมชน เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ได้รับการดูแลทั้งครอบครัว และมีความต่อเนื่อง เริ่มเปิดดำเนินการตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ.2543

### ศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียวมีการเตรียมการดังนี้

#### 1. กำหนดจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ

ศูนย์แพทย์รับผิดชอบประชากรประมาณ 5,000 คน โดยมีเหตุผลและหลักการเบื้องต้นดังนี้

- ดูแลประชากรไม่มากหรือน้อยเกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนได้
- มีปริมาณงานที่พอดี ไม่มากเกินไปจนขาดคุณภาพ และไม่น้อยเกินไปจนขาดทักษะ

และประสบการณ์ที่เพียงพอ

#### 2. ทำสำมะโนประชากรในเขตรับผิดชอบ

เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐาน สิ่งแวดล้อม และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน จะทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจสภาพปัญหาของประชาชน รวมทั้งให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริการ

#### 3. สถานที่ก่อตั้ง

ศูนย์แพทย์ชุมชนตั้งอยู่ที่ตำบลหัวเดียว อำเภอเมือง จังหวัดตาก ซึ่งหลักการสำคัญในการจัดศูนย์แพทย์ควรตั้งอยู่ในชุมชนและมีประชากรหนาแน่นพอสมควร การติดต่อระหว่างศูนย์แพทย์และโรงพยาบาลจะต้องสะดวก

#### 4. วัสดุ เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์

ศูนย์แพทย์ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ด้านยาและวัสดุการแพทย์ จากกองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 152,300 บาท หมวดค่าตอบแทนค่าใช้สอยและวัสดุ 160,000 บาท โดยหน่วยเภสัชกรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเป็นหน่วยจัดหาเวชภัณฑ์

#### 5. บุคลากร

บุคลากรในศูนย์แพทย์ ประกอบด้วย

- แพทย์ 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
- เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกร 1 คน

### กิจกรรมภายในศูนย์แพทย์

วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. วันเสาร์-วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

หยุดทำการ

### ตารางการให้บริการประจำวัน

จันทร์ 8.30–12.00 น. ตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการให้คำแนะนำ  
เยี่ยมบ้าน

อังคาร 8.30–12.00 น. ตรวจรักษาโรคทั่วไป เยี่ยมบ้าน

พุธ 8.30–12.00 น. คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เยี่ยมบ้าน

พฤหัสบดี 8.30 – 12.00 น. ตรวจรักษาโรคทั่วไป เยี่ยมบ้าน

ศุกร์ 8.30–12.00 น. คลินิกวางแผนครอบครัว ตรวจรักษาโรคทั่วไป เยี่ยมบ้าน

### ขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล

1. ตรวจชั้นสูตรโรคทางห้องปฏิบัติการได้ เช่น เจาะเลือดเพื่อหาน้ำตาลในเลือด (DTX) หรือส่ง Specimen เช่น Sputum ไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล
2. ระบบยา ใช้อาชนิดเดียวกันกับโรงพยาบาล
3. กรณีเป็นปัญหาเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องปรึกษา Specialist สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้

### ขั้นตอนการรับบริการ

- สมาชิกที่เคยรับบริการ ให้ยื่นบัตรประจำตัวผู้ป่วย และบัตรการใช้สิทธิประเภทต่าง ๆ เช่น บัตรผู้สูงอายุ บัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม บัตรสปร.ต่าง ๆ
- สมาชิกที่ไม่เคยมารับบริการ ทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยและ OPD Card ให้ซึ่งสมาชิกจะมีแฟ้มประวัติ 2 แฟ้ม คือ

1. OPD Card เป็นข้อมูลของผู้ป่วยจำเป็นต้องเก็บไว้ในระยะยาว เช่น ประวัติสำคัญต่าง ๆ การแพ้ยา ประวัติโรคเรื้อรัง
2. แฟ้มอนามัยครอบครัว เก็บข้อมูลพื้นฐานของสมาชิกที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ เช่น รายชื่อสมาชิกในครอบครัว วันเดือน ปี เกิด สิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล

### การคิดค่าใช้จ่ายของผู้มารับบริการมีดังนี้

1. ให้บริการฟรีแก่ผู้มีบัตรสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0–12 ปี พระภิกษุ และทหารผ่านศึก
2. ข้าราชการและกลุ่มที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดค่ารักษาพยาบาลตามระบบเดิม

3. กลุ่มที่ทำประกันสังคม ให้บริการตามระบบประกันสังคม

4. กลุ่มผู้ไม่มีสิทธิพิเศษ จะต้องเสียเงินเองตามจำนวน กรณีไม่มีเงินอยู่ในดุลพินิจของแพทย์

#### ความสัมพันธ์กับชุมชน

สมาชิกในพื้นที่บริการของศูนย์แพทย์ จะมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในศูนย์แพทย์ โดยศูนย์แพทย์จะเชิญผู้แทนของชุมชนและกรรมการที่ปรึกษามาร่วมกันในการให้ข้อเสนอแนะให้คำปรึกษาในการจัดกิจกรรมในชุมชนให้กับสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ และเป็นตัวแทนของศูนย์แพทย์ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

#### การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งของศูนย์แพทย์ ซึ่งมีการจัดบริการต่อเนื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีการจัดระบบการทำงานเป็นทีมโดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งแพทย์ต้องการติดตามผลการรักษาและดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวถูกต้องสามารถดูแลตนเองได้

#### ความสัมพันธ์กับโรงพยาบาล

ศูนย์แพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัด จึงมีความจำเป็นต้องประสานกับโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลมีบทบาทสนับสนุนศูนย์แพทย์ ดังนี้

1. การรับส่งต่อผู้ป่วยจากศูนย์แพทย์ในกรณีที่มีปัญหา
2. เป็นที่สนับสนุนเรื่องการตรวจชั้นสูตรต่าง ๆ
3. เป็นคลังยาและเวชภัณฑ์ให้กับศูนย์แพทย์

#### ความสัมพันธ์กับเทศบาล

เทศบาลเป็นหน่วยงานบริการระดับท้องถิ่นที่มีบทบาทรับผิดชอบ ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรคและงานดูแลสิ่งแวดล้อม ดังนั้นศูนย์แพทย์จึงต้องมีการประสานงานกับเทศบาลในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ

### บทบาทของศูนย์แพทย์ชุมชนหัวเดียค มีดังนี้

1. บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา และช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างผสมผสาน หากไม่ต้องการยาในการรักษา ก็ควรแนะนำวิธีการดูแลการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หากต้องรักษาหรือต้องการยาในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ ก็ทำหน้าที่ให้บริการอย่างผสมผสาน ถ้าดูแลเองไม่ได้ หรือไม่ครอบคลุมก็ทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. บทบาทในการให้การบริบาลดูแลรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างผสมผสานเป็นเบื้องต้น
3. บทบาทในการให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ ด้านสังคมในระดับเบื้องต้น และส่งต่อในกรณีที่มีปัญหาหรือมีภาวะเฉพาะ
4. บทบาทในการให้บริการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสนับสนุนการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพเนื่องจากหน่วยบริการนี้อยู่ใกล้บ้าน ย่อมใกล้ชิดกับความเป็นอยู่ของประชาชน บุคลากร ในหน่วยนี้ควรมีข้อมูลและเข้าใจวิถีความเป็นอยู่ของประชาชนได้ดีกว่าหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น จึงเป็นเงื่อนไขที่ดีในการที่จะผสมผสานความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนป่วยกับวิถีชีวิตของประชาชนได้อย่างสอดคล้อง รวมทั้งสามารถมีบทบาทให้ความรู้ทางเทคนิคด้านการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชน เช่น การดูแลทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ หรือหอบ การติดตามความก้าวหน้าของอาการเจ็บป่วย และการดูแลที่เหมาะสม
5. ให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพราะหน่วยบริการนี้อยู่ใกล้ชิดใกล้บ้านไปใช้บริการได้สะดวก รวมทั้งมีพื้นฐานความเข้าใจสภาพพื้นฐานของชุมชน จึงน่าจะให้บริการที่สามารถประยุกต์ปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และการใช้ชีวิตจริงที่บ้านได้อย่างสอดคล้อง และปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง
6. ประสานบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานรวมทั้งส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นในระยะเวลา และสถานการณ์ที่เหมาะสม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดของการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ เข้าถึงบริการได้สะดวก คุณภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และอย่างผสมผสาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงการทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งทางด้านการแพทย์และด้านสังคมเมื่อจำเป็น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนได้มีผู้ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

สภาการพยาบาล (2543) ศึกษาความต้องการของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพ และบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนทั่วทุกภาคของประเทศเห็นว่า สถานบริการในชุมชน ยังให้บริการสุขภาพไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม สำหรับคุณภาพของงานบริการในชุมชน มีความเห็นว่าบริการสุขภาพที่ได้รับอยู่ในระดับดีมาก ส่วนลักษณะของงานบริการสุขภาพที่ประชาชนต้องการ คือ ให้ความสะดวกอยู่ใกล้บ้านให้การดูแลทั้งครอบครัวและชุมชน และต้องการให้เพิ่มการบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและประชาชนส่วนใหญ่ คาดหวังให้พยาบาลเป็นผู้ให้บริการ ในระดับสถานีอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครและศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา เมื่อมีปัญหาสุขภาพประชาชนคาดหวังไว้ว่าต้องการให้พยาบาลเป็นผู้เยี่ยมติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ตรวจรักษาเบื้องต้น และต้องการให้เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ประชาชนที่เลือกใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเห็นว่าปัญหาหลัก คือ บริการช้า รอานาน ชักประวัติและตรวจร่างกายไม่ละเอียด ลักษณะงานบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่ประชาชนต้องการ คือ การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต้องการให้มีการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ และต้องการงานบริการที่มีความเสมอภาค สิทธิงานบริการในโรงพยาบาลชุมชน ด้านการตรวจและการรักษาเบื้องต้น การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพประชาชนได้รับจากพยาบาลมากที่สุด ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนั้นพบว่า ประชาชนมาใช้บริการเมื่อมีอาการรุนแรง หรืออาจไม่รุนแรง แต่ต้องการจะรักษาให้หายโดยเร็ว ปัญหาหลักของประชาชนในการรับการรักษาพยาบาล คือ การที่ไม่สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพบว่าเมื่อมีปัญหาก็ต้องกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลอีก (ทัศนาศ นุญทอง, 2543, หน้า 51-62)

อำพล จินดาวัฒนะ และคนอื่น ๆ (2541) ศึกษาการทำงานของแพทย์และทีมงาน ในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง เพื่อให้ทราบถึงลักษณะการทำงานของแพทย์และทีมงานโรงพยาบาลชุมชนจุดเด่น ศักยภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เลือกโรงพยาบาลกรณีศึกษา 4 แห่ง คือโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลพัฒนนคร จังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำมีความสำคัญ

ต่อความสำเร็จของการทำงาน ซึ่งลักษณะเด่นของแพทย์เหล่านี้ คือ มีเจตคติที่ดีต่อสังคมชนบท มีความตั้งใจจริงที่จะพัฒนางานในชนบท มีความขยัน เสียสละ อดทน คิดกว้าง มองกว้าง มีความสามารถในการเป็นแพทย์แผนปัจจุบันได้ดี และเป็นคนที่รักการเรียนรู้ไม่อยู่นิ่ง การบริหารจัดการในโรงพยาบาลกรณีศึกษาบางแห่งทำได้ดี อยู่บนความคิดที่ทันสมัย ไม่ยึดติดแต่เพียงกรอบแนวคิดของทางราชการเท่านั้น มีการจัดระบบการบริหารที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ในการบริหารมีส่วนร่วมในทีมงานอย่างแท้จริง ให้ความสำคัญกับทีมงานอย่างทั่วถึง มีความโปร่งใส มุ่งเป้าหมายที่ผลงานเป็นหลัก มีกลไกและการสร้างแรงจูงใจส่งเสริมให้เกิดการริเริ่มสร้างสรรค์และการร่วมมือกันเพื่อใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่ โรงพยาบาลกรณีศึกษาส่วนหนึ่งสามารถทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อของการใช้วิทยาการแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานกับการแพทย์แผนไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจัยสำคัญในเรื่องนี้ คือ แพทย์และทีมงานเห็นความสำคัญ ยอมรับ และลงมือปฏิบัติอย่างเอาใจจริงเอาใจประชาชนในชนบทมีหลักประกันสุขภาพในสัดส่วนที่สูงมากขึ้น แต่มีปัญหาในเรื่องการจัดระบบที่ซับซ้อนระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอกรีต รวมทั้งปัญหาการข้ามขั้นตอนและปัญหาของระบบส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ มีการพยายามนำแนวคิดการบริการที่บ้าน (Home Health Care) มาใช้ แต่ยังขาดการประสานงานร่วมมือกันทำให้เกิดความสับสนในระบบเครือข่ายการบริการ โรงพยาบาลชุมชนกรณีศึกษาบางแห่ง สามารถทำหน้าที่เป็นหลักในการสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาสุขภาพแบบพึ่งตนเองตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนได้ผลเป็นรูปธรรม โดยใช้การดำเนินงานในรูปของการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับประชาชน และมีการประสานงานกับองค์กรอื่น ๆ ทั้งในและนอกชุมชน โรงพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 4 แห่งให้ความสำคัญต่อการพัฒนากำลังคนอย่างมาก และทุกแห่งดำเนินงานโดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ กัน (อำพล จินดาวัฒนะ และคนอื่น ๆ, 2541, หน้า 1-4)

สุริย์ เจียมสุกฤกษ์ และคนอื่น ๆ (2543) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นของผู้มารับบริการจากการบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลสงขลา ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในด้านความสะดวกสบาย ช่วยในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แพทย์มีความเป็นกันเองในการตรวจรักษา สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนการบริการคือ ความเท่าเทียมกันในการมารับบริการ เข้าถึงบริการได้ง่ายเพราะมีความสะดวกในการเดินทางซึ่งผู้มารับบริการใช้เวลาไม่มาก (เฉลี่ย 18.6 นาที) ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ คอยไม่นาน (เฉลี่ย 17.8 นาที) เสียค่าใช้จ่ายไม่มาก (เฉลี่ย 144.46 บาท) ค่ารักษาพยาบาลโดยรวมมีความเหมาะสม และสามารถใช้บริการรักษาพยาบาลได้ มีระบบการนัดที่ต่อเนื่อง เช่น บริการวางแผนครอบครัว ฝากครรภ์ ฉีดวัคซีนเด็ก รวมทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้มารับบริการ ด้านความเสมอภาค

ในการเข้าถึงบริการ จำแนกตามจำนวนครั้งที่มารับบริการ เหตุผลในการมารับบริการ และสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่าจำนวนของคะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นของผู้มารับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (ระดับ .05) แต่เหตุผลและสิทธิการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (สุรีย์ เจียมสุกฤกษ์ และคนอื่น ๆ, 2543, หน้า11-18)

ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสาธารณสุขด่านแรก โดยเปรียบเทียบระหว่างศูนย์แพทย์ชุมชนกับแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ มากกว่าที่โรงพยาบาล คือ แพทย์มีความเป็นกันเอง ความเอาใจใส่กับผู้มารับบริการ การตรวจร่างกายละเอียด และการอธิบายของแพทย์ ซึ่งแสดงว่าตรงตามเจตนารมณ์ของการบริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัวของศูนย์แพทย์ฯ แต่ก็ยังลักษณะอีกหลายบริการที่ศูนย์แพทย์ฯ ยังต้องปรับปรุง คือการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรู้จักครอบครัวผู้ใช้บริการที่ยังไม่ได้ตรงตามเป้าหมาย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

