

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปมากทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจากระบบทุนนิยมที่ทำให้การบริการสาธารณสุขเป็นธุรกิจที่มักจะมองคนไข้ว่าเป็นเพียงลูกค้า และการให้บริการเท่านั้น ทำให้ประชาชนบางกลุ่มที่มีฐานะยากจนและอยู่ห่างไกล ไม่สามารถใช้บริการสุขภาพได้ (โยธิน แสวงดีและคณะ, 2543, หน้า 1) นโยบายรัฐบาลในอดีตจนถึงปัจจุบันได้พยายามสร้างระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากที่สุด เช่นเดียวกับรัฐบาลชุดปัจจุบันได้จัดทำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตราที่ 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ.....” (กระทรวงสาธารณสุข, 2545, หน้า 9) ดังนั้นการให้บริการสุขภาพจะต้องสามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เป็นธรรม มีคุณภาพ เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนอีกร้อยละ 40 ที่ยังไม่มีสิทธิในการรักษาใด ๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539, หน้า 1) รวมทั้งให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมไปด้วย นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้จัดทำโครงการประกันสุขภาพ “30 บาท รักษาทุกโรค” (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544, หน้า 2) โดยได้ออกบัตรทองให้ผู้ที่ยังไม่มีสิทธิใด ๆ สามารถไปรับบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานตามสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร โดยเน้นความสะดวก ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ปรับเปลี่ยนบัตรสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจแบบเดิมเป็นบัตรทอง ในระยะแรกรัฐบาลจะกำหนดให้ประชาชนแต่ละตำบลขึ้นทะเบียนกับสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ และให้สถานบริการเหล่านั้นจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เพื่อเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ให้บริการอย่างเหมาะสม มีคุณภาพได้มาตรฐานตามที่กระทรวง ฯ กำหนด โดยเน้นการให้บริการหรือดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านในพื้นที่นั้น รวมทั้งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนจนกระทั่งสามารถพึ่งตนเองได้ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545, หน้า 1-2) รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการตามระบบการ

ส่งต่อจากสถานีนอนมายังไปศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง จากสภาพดังกล่าว จึงส่งผลให้รูปแบบการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในอดีตที่ผ่านมา มักเกิดจากภาวะความจำเป็นทางสังคมและปฏิบัติกันมาจนเป็นวัฒนธรรมไทยที่สั่งสมสืบทอดกันมา ส่วนใหญ่ก็ยึดถือและปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรม วิถีชีวิตในแต่ละชุมชน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายทั้งปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนปัจจัยที่เกิดจากสถานบริการสุขภาพทั้งคุณภาพ ความพึงพอใจ การเข้าถึงบริการ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน จึงทำให้แบบแผนของการตอบสนองความเจ็บป่วยมีความซับซ้อน และแตกต่างกันในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพในหลายประเด็นที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลชุดปัจจุบันส่งผลกระทบต่อทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร รูปแบบการให้บริการ ระบบบริหารจัดการของหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพรวมทั้งประชาชนผู้มารับบริการจึงอาจเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้มีผลต่อการตัดสินใจในการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนได้

จังหวัดแพร่ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2544 เป็นต้นมา มีการเปลี่ยนแปลงในระดับหน่วยงานที่อาจส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชน เช่น การโยกย้ายข้าราชการให้ตรงตามหน่วยงานที่ตั้งเบิกเงินเดือน การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการผู้ป่วยบัตรทอง และต้องวิเคราะห์สถานการณ์การเงินเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานบริการ เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 1-3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนส่วนมากยังไม่เข้าใจรูปแบบ วิธีการดำเนินการ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณรูปแบบใหม่ หน่วยบริการได้รับงบประมาณที่จำกัดอาจไม่เพียงพอในการบริหารจัดการและส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลพยายามลดต้นทุนค่ายาและค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, หน้า 2) จากการประเมินสถานการณ์ด้านการเงินและประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรในเครือข่ายสถานพยาบาลของจังหวัดแพร่พบว่า มีสถานะทางการเงินไม่คึกคัก ผลการเปรียบเทียบรายรับทั้งหมดที่คาดการณ์ไว้กับรายจ่ายทั้งหมดปีงบประมาณ 2545 พบว่า สัดส่วนของรายรับทั้งหมดต่ำกว่ารายจ่ายทั้งหมดในทุกโรงพยาบาลยกเว้นโรงพยาบาลสูงเม่นที่มีรายรับสูงกว่ารายจ่าย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2544, หน้า 33)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการใช้บริการสุขภาพโดยเฉพาะภาครัฐพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและขั้นตอนของการให้บริการ โดยมีการกำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนเพื่อไปรับบริการสุขภาพตามสถานบริการที่รัฐกำหนดให้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการ

สำหรับประชาชนผู้ที่มีบัตรทอง จึงทำให้เกิดความแตกต่างของประชาชนผู้ถือบัตรทองกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้ศึกษาที่ตำบลบ้านถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ในประชากร บางกลุ่มที่ไปรับบริการพบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นว่าปริมาณยาที่ได้รับไม่เป็นที่พอใจและไม่แน่ใจในคุณภาพของการรักษาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยเปรียบเทียบว่าสถานพยาบาลมีมาตรฐานในการรักษาที่แตกต่างกันในการให้บริการ เช่น การให้บริการส่วนที่เป็นข้าราชการและรัฐวิสาหกิจหรือประกันสังคมจะได้รับมาตรฐานการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลดีกว่าผู้มีบัตรทอง นอกจากนี้ในกลุ่มประชาชนทั่วไประบุว่าศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่งเปิดดำเนินการและยังตั้งอยู่ในอีกตำบลหนึ่งจึงไม่แน่ใจในความสะดวกและคุณภาพการบริการที่ได้รับ ในส่วนของผู้ที่เคยซื้อบัตรสุขภาพแบบเดิมตามโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (บัตรประกันสุขภาพ 500 บาท) มีความคิดเห็นว่าบัตรสุขภาพแบบเดิมสามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้มากกว่าการใช้สิทธิบัตรทองที่เสียค่าธรรมเนียมการรักษาครั้งละ 30 บาท นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลว่า เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจะนิยมไปรับบริการที่คลินิกเอกชนหรือไปซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งสะดวกและรวดเร็วกว่า สอดคล้องกับผลการสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยตำบลบ้านถิ่นที่พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มไปซื้อยากินเองและไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้น ไม่ค่อยมารับบริการที่สถานีอนามัย เช่น การทำแผลหรือรักษาโรคเรื้อรังที่สถานีอนามัย เพราะกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ประชาชนยังมีความกังวลในคุณภาพของบริการและความเป็นธรรมที่จะได้รับ โดยมีการปฏิเสธสถานบริการที่จังหวัดกำหนดให้ขึ้นทะเบียน เช่น ตำบลบ้านถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ไม่ยอมรับการขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลแพร่รวมแพทย์ โดยให้เหตุผลว่า โรงพยาบาลดังกล่าวเป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้รับการประกันคุณภาพการบริการ โดยประชาชนมีความต้องการขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลแพร่เป็นสถานพยาบาลหลัก จึงทำให้โรงพยาบาลแพร่รวมแพทย์ต้องถอนตัวออกจากโครงการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเรื้อรังกับชาวบ้าน สถานการณ์ดังกล่าวได้เกิดขึ้นเช่นเดียวกับที่ ตำบลป่าเมตและตำบลทุ่งไ้ย้ง อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ที่ประชาชน ปฏิเสธการขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลแพร่พร้อมมิตร และโรงพยาบาลแพร่คริสเตียนซึ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้รับการประกันคุณภาพการบริการเช่นเดียวกัน ทั้งนี้สื่อหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นอาจมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงคุณภาพของการให้บริการ เช่น หนังสือพิมพ์แพร่ข่าว ฉบับวันที่ 20 ตุลาคม 2544 ได้พาดหัวข่าวว่า “เหตุเพราะรับยาคุณภาพห่วย ดายอื้อ 30 บาท รักษาทุกโรค” ส่งผลให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อปฏิเสธสถานพยาบาลขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, หน้า 9-11)

จากข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานทางประชากรของตำบลบ้านถิ่นพบว่า ประชาชนมีความหลากหลายทางอาชีพ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ เศรษฐกิจของชุมชนค่อนข้างดี มีโครงสร้างและขนาดของครอบครัวที่แตกต่างกัน และเป็นตำบลที่มีการจำหน่ายบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจมากที่สุด

ซึ่งขณะนี้บางส่วนได้ปรับเปลี่ยนเป็นบัตรทองไปแล้วค่อนข้างมาก ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาถึงลักษณะการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนในตำบลบ้านดินว่าเป็นอย่างไร หลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำให้สามารถประเมินสถานการณ์จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการใช้บริการสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพของประชาชนตำบลบ้านดิน อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนางานสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการทรัพยากรของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อไป

1.2 คำถามการศึกษา

- 1.2.1 ลักษณะการตอบสนองความเจ็บป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพเป็นอย่างไร
- 1.2.2 การตอบสนองความเจ็บป่วยลำดับแรก ก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างไร
- 1.2.3 ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างไร
- 1.2.4 ปัจจัยพื้นฐานของประชาชน สิทธิการรักษา ลักษณะการเจ็บป่วย และความคิดเห็นของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1.3.1 เพื่อศึกษาการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนที่มีบัตรทอง และเปรียบเทียบการตอบสนองความเจ็บป่วยในลำดับแรกทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของประชาชน สิทธิการรักษา และลักษณะการเจ็บป่วย ความคิดเห็นของประชาชนกับการตอบสนองความเจ็บป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาถึงการตอบสนองความเจ็บป่วยของประชาชนที่มีบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพในตำบลบ้านดิน อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ในระหว่างวันที่ 3 – 15 พฤษภาคม 2545

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 บัตรทอง หมายถึง บัตรประจำตัวของประชาชนที่ใช้ในการเข้ารับบริการสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งบัตรทองที่เสียค่าธรรมเนียมการรักษา และบัตรทองที่ไม่เสียค่าธรรมเนียมการรักษา

1.5.2 สิทธิการรักษา หมายถึง สิทธิของประชาชนตามบัตรทองที่ได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมหรือลดหย่อนในการรักษาพยาบาล ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.5.3 การตอบสนองความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ประชาชนที่มีบัตรทองในตำบลบ้านถิ่นไปรับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุข (สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สถานบริการเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน) และการดูแลตนเอง (ไม่ได้รักษาอะไร ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร ซึ่ช้อยากินเอง) ตามลักษณะการเจ็บป่วยทั้งประเภทเรื้อรังและประเภทเฉียบพลันในครั้งสุดท้าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การจัดการการเจ็บป่วยด้วยตนเอง หมายถึง การที่ประชาชนตอบสนองการเจ็บป่วยด้วยการดูแลตนเอง โดยการใช้อาหารแผนโบราณ/สมุนไพร หรือการซึ่ช้อยากินเอง และไม่ได้รักษาอะไรเลย

2) การใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุข หมายถึง การที่ประชาชนตอบสนองความเจ็บป่วยด้วยการไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

3) การซึ่ช้อยากินเอง หมายถึง การซึ่ช้อยาแผนปัจจุบันจากร้านขายของชำและร้านขายยาต่าง ๆ ของประชาชน

4) การใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการที่ระบุในบัตรทอง หมายถึง การที่ประชาชนไปรับบริการจากสถานีอนามัยตำบลบ้านถิ่น และโรงพยาบาลแพร์

5) การใช้บริการที่สถานบริการเอกชน หมายถึง การไปรับบริการของประชาชนทั้งในโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน

1.5.4 ลักษณะการเจ็บป่วย หมายถึง ลักษณะของความเจ็บป่วยหรืออาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของประชาชนที่มีบัตรทองอายุระหว่าง 15-70 ปี ในตำบลบ้านถิ่น ทั้งการเจ็บป่วยประเภทเรื้อรังและประเภทเฉียบพลัน ดังนี้

1) การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยของประชาชนที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน วัณโรคปอด และโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

2) การเจ็บป่วยเฉียบพลัน หมายถึง การรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ ด้วยตนเองของประชาชน ได้แก่ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ท้องร่วง และอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ

3) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยตนเองของประชาชน ในการเจ็บป่วยในครั้งสุดท้าย

4) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาของการเจ็บป่วยของโรคหรืออาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของประชาชนในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ก่อนที่จะตอบสนองต่อความเจ็บป่วย

1.5.5 ความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ความคิดเห็นของประชาชนที่เคยใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการที่ระบุในบัตรทอง โดยพิจารณาตามประเด็นดังต่อไปนี้

1) ความคิดเห็นด้านคุณภาพบริการที่ได้รับ หมายถึง ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของยา จำนวนยาที่ได้รับ ระยะเวลาที่แพทย์ตรวจ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สถานที่ตรวจ คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเอกชนและคุณภาพของการรักษาเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น

2) ความคิดเห็นด้านการใช้บริการ หมายถึง ความคิดเห็นต่อความรู้ความสามารถของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัย และความพร้อมของยา อุปกรณ์การตรวจ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแพร์ สถานอนามัยตำบลบ้านดินและศูนย์สุขภาพชุมชน

3) ความคิดเห็นด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นต่อค่าธรรมเนียมที่จ่ายไป ปริมาณของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมดที่เสียไป ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนัดพบของแพทย์

4) ความคิดเห็นด้านการเข้าถึงบริการ หมายถึง ความคิดเห็นต่อสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล การเดินทางไปรับบริการ ความรู้สึกอึดอัด ลำบากใจในการไปใช้บริการ ความสะดวก รวดเร็วของบัตรทอง และเวลาในการรอตรวจ

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1.6.1 นำข้อมูลลักษณะการตอบสนองความเจ็บป่วย ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการและให้บริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

1.6.2 ข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการบริหารจัดการ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและเป็นการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.6.3 ข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องการตอบสนองความเจ็บป่วยและการให้บริการสุขภาพในประเด็นอื่นต่อไป

3) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการต้องมีมาตรฐาน และจะต้องได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation)

4) ระบบประกันสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการด่านแรกที่ทำให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) ในกรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

5) สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network)

6) ระบบการเงินจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (cost containment system) และต้องไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล จะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)

7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญของการมีและการใช้บริการสุขภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นจุดบริการด่านแรกที่ทำให้บริการแบบผสมผสานและมุ่งหวังให้เป็นสถานพยาบาลที่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ของประชาชนในพื้นที่ ยกเว้นแต่กรณีที่เกินขีดความสามารถจึงส่งต่อไปสถานบริการที่มีขีดความสามารถสูงต่อไป และสนับสนุนให้ประสานงานกับสถานบริการระดับอื่นในลักษณะเครือข่ายหรือระหว่างสถานบริการภาครัฐกับเอกชน

ลักษณะของการบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้านแรกที่ไม่มีความซับซ้อนมากในด้านการแพทย์ แต่มีความลึกซึ้งในการประสานเชื่อมโยงในแนวราบกับชุมชนในพื้นที่ เน้นการสื่อสาร สร้างสัมพันธ์กับประชาชน การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาล ถือเป็นบริการด่านแรก ซึ่งต้องดูแลสุขภาพประชาชนทั้งก่อนป่วย ขณะป่วย จนถึงป่วยมาก และส่งต่อไปรับการรักษาอย่างเหมาะสม นอกจากบริการด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิต้องสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับทางกายหรือเป็นบริการเฉพาะ นอกจากนั้นหน่วยที่ให้บริการปฐมภูมิควรมีหน้าที่ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้าน เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ และสนับสนุนให้ประชาชนได้พึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี นอกจากนั้นบริการปฐมภูมิต้อง

สามารถให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และให้สอดคล้องกับความเป็นอยู่ วิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งประสานการบริการกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องผสมผสาน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพได้เกิดขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการและครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันจากสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน โดยเฉพาะสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องให้บริการตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนในชุมชนโดยมิได้มุ่งแต่บริการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ต้องให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพแก่คนในชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2.2 แนวคิดการแสวงหาบริการสุขภาพ (Health Seeking Behavior)

David Mechanic ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรืออาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นตามการเรียนรู้หรือจากประสบการณ์ และจากการเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม รูปแบบในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลมีได้หลายลักษณะ ตั้งแต่การไม่มีการกระทำใดๆ การดูแลรักษาตนเอง ตลอดจนแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน การรับรู้และการประเมินการเจ็บป่วยจะมีแบบแผนคล้ายๆกัน พฤติกรรมการเจ็บป่วยตามความหมายของ Mechanic เป็นพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ (Help seeking Behavior) เพื่อปรึกษาขอความช่วยเหลือแก้ไข ภาวะ อาการเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่แสดงออกแต่ละคนเป็นกระบวนการตัดสินใจในระดับบุคคล จะแตกต่างกันปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมที่แวดล้อม ลักษณะทางด้านจิตวิทยาของบุคคล Mechanic ได้สรุปปัจจัย 10 ประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันคือ (Fredric D. Wolinsky, 1996)

- 1) ลักษณะการมองเห็นได้ (Visibility) การตระหนักได้ (Recognizability) และการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญของอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น
- 2) ลักษณะของการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต
- 3) ระดับของอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ทั้งในระดับตนเองและครอบครัว
- 4) ความถี่และการคงอยู่ของความผิดปกตินั้น ๆ
- 5) ชีตความอดทนของแต่ละบุคคลต่อความผิดปกติหรือการเจ็บป่วยนั้น ๆ

- 6) ลักษณะของบุคคล ประสบการณ์ความรู้ที่มีอยู่ หรือลักษณะการศึกษาและพื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจในการเจ็บป่วยนั้น
- 7) ลักษณะความจำเป็นหรือความต้องการขั้นพื้นฐาน การถูกตีตรา การถูกรังเกียจจากสังคมเมื่อป่วยด้วยโรคนั้น ๆ
- 8) ความสนใจในปัญหาการเจ็บป่วย ต่อปัญหาอื่นๆของแต่ละบุคคล
- 9) ลักษณะการให้ความหมายของสังคมต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 10) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Accessibility) ทั้งค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ความสะดวกสบาย ด้านจิตวิทยา อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางสังคม ด้านสถานภาพ และด้านวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่ David Mechanic กล่าวมานี้จะกำหนดพฤติกรรมในการแสวงหาบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม ซึ่งส่วนใหญ่ปัจจัยนี้จะจำกัดอยู่ในปัจจัยลักษณะความเจ็บป่วยและปัจจัยบุคคล ที่จะทำให้นักคนมีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมที่สนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันออกไป

ในขณะที่ David Mechanic ได้เสนอปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ Edward Suchman (1965) ได้เสนอกระบวนการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาบริการสาธารณสุข โดยกระบวนการดังกล่าวจะประกอบด้วย 5 ขั้นตอนโดยเริ่มจากการรับรู้และการตระหนักในการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงรูปแบบการรักษาการเจ็บป่วย ดังนี้ (Fredric D. Wolinsky, 1996)

1) ขั้นตอนการประสบโรคภัย (Symptom Experience) เป็นขั้นตอนที่บุคคลได้รับรู้การเปลี่ยนแปลง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินอาการ ความรุนแรง เพื่อยอมรับในการเจ็บป่วยของตน ระยะนี้บุคคลอาจมีการรักษาตนเองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ในบางครั้งก็ประสบผลสำเร็จหรือในบางกรณีการเจ็บป่วยนั้นอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น

2) ขั้นตอนการยอมรับฐานะการเจ็บป่วย (Assumption of Sick role) ระยะนี้บุคคลเริ่มแสดงบทบาทผู้ป่วย พยายามแสวงหาสถานภาพการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างให้เป็นคนป่วยได้รับการหลุดพ้นจากหน้าที่ปกติ พบปะกับญาติพี่น้องมากขึ้น บางคนไปหาแพทย์ตามคำแนะนำของญาติ บางคนไปหาหมอเถื่อนหรือหมอไสยศาสตร์ แต่ละคนจะพยายามแสวงหาแหล่งเยียวยาที่ต่างกัน โดยเงื่อนไขสำคัญต่อการตัดสินใจคือประสิทธิภาพของการรักษาแบบธรรมชาติที่ใช้ทั่วไป

3) ขั้นตอนการรับการรักษาเยียวยา (Medical Care Contact) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากการรักษาจากระบบชาวบ้านเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ การเลือกสถานบริการขั้นตอนนี้จะสะท้อนถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการ ความยากง่ายการเข้าถึงบริการ กลุ่มบุคคลที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือก

4) ขั้นตอนการสวมบทบาทผู้ป่วย (The Dependent – Patient Role) เป็นขั้นตอนที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา บุคคลต้องเปลี่ยนตนเองเป็นผู้ป่วยเต็มรูปแบบ ขณะที่สวมบทบาทผู้ป่วยจะมีลักษณะของการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีลักษณะกลับสู่วัยเด็กและต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมทั้งแพทย์และพยาบาล ขั้นตอนนี้บุคลกรสาธารณสุขมักจะมีเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับผู้ป่วยและอาจเกิดปัญหาการสื่อสาร ทำให้เกิดความขัดแย้งของทั้ง 2 ฝ่ายได้ อันเนื่องมาจากการบริหารจัดการของสถานบริการ และปัญหาช่องว่างทางสังคมและจิตวิทยา ตลอดจนความแตกต่างของการให้ความหมายของการเจ็บป่วย รูปแบบของการรักษาตามความคาดหวังของผู้ป่วย ปัญหาดังกล่าวนี้จะส่งผลต่อการรักษา และการเปลี่ยนแปลงแหล่งการรักษา

5) ขั้นตอนการหายจากโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recover and Rehabilitation) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ความทุกข์ ทรมานเริ่มหายไป ผู้ป่วยเริ่มมีกิจกรรมตามปกติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ในบางรายอาจต้องใช้เวลากการฟื้นฟูนาน ในบางรายอาจละทิ้งบทบาทการเจ็บป่วยไปหมด กลายเป็นคนพิการ หรือป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

อย่างไรก็ตาม Suchman ได้ให้ข้อสังเกตว่ากระบวนการแสวงหาการรักษาพยาบาลตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนอาจจะไม่สามารถอธิบายได้ทุกลักษณะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังที่รักษาให้หายขาด ซึ่งบุคคลอาจไม่สามารถผ่านสู่ขั้นตอนที่ 5 ได้ นอกจากนั้นบุคคลอาจไม่จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนทั้ง 5 ลำดับ แต่อาจมีการข้ามขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ที่สำคัญ Suchman ได้เน้นว่าการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนนี้คนป่วยจะต้องประเมินสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ทั้งด้านทรัพยากรและโอกาสที่จะหาย และเน้นว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะสนองต่อสถานการณันั้น ๆ

ในขณะที่ Mechanic และ Suchman ได้เสนอประเด็นทางสังคมในระดับบุคคล Chrisman (1977) ได้ขยายกรอบแนวคิดโดยได้เสนออิทธิพลทางวัฒนธรรมในการรับรู้ตีความการเจ็บป่วย และเครือข่ายทางสังคมของบุคคลที่ส่งผลถึงการเลือกใช้และประเมินการบริการสุขภาพ โดยได้เสนอว่า การแสวงหาการรักษาพยาบาลนั้นจะเป็นพฤติกรรมที่สนองต่ออาการผิดปกติ หรือความเจ็บป่วย ซึ่งเริ่มจากการรู้สึกว่ามีผิดปกติ และอาการเริ่มปรากฏขึ้น บุคคลจะให้ความหมายว่าอาการที่รับรู้ นั้นเป็นความเจ็บป่วยหรือไม่ มีสาเหตุมาจากอะไร และตัดสินใจกระทำอย่างไร