

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นในจังหวัดแพร่ ผู้ศึกษาได้สรุปสาระสำคัญจากเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัว
2. แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ
3. พฤติกรรมองค์กร
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

#### 1. แนวคิดการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัว

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะพึงได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 ดังนั้นนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนสำหรับการสร้างความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเงื่อนไขให้สถานพยาบาลทุกแห่งจัดบริการระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2544)

การแปลงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ จึงเป็นภารกิจหลักและหน้าที่สำคัญของบุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ทั้งระดับผู้บริหาร และระดับผู้ปฏิบัติ ที่จะต้องเร่งรัด ดำเนินการขยายบทบาทขอบเขตหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุมครบถ้วนและได้มาตรฐาน ด้วยการเตรียมความพร้อมและปรับตัว เพื่อรองรับการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวก ให้เกิดระบบและกระบวนการที่เอื้อ และเกื้อกูลให้การดำเนินงานดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ในกระบวนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยการประมวลและสังเคราะห์ องค์ความรู้ หลักการ ทฤษฎี และกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่

การปรับรูปแบบการทำงานและการจัดบริการพยาบาลที่เข้าถึงประชาชนทุกคนอย่างแท้จริง (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545)

การดำเนินงานเพื่อผลักดันให้ระบบบริการระดับปฐมภูมิ บรรลุเป้าหมายแห่งการเป็นบริการด่านแรกที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างแท้จริง และมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการสาธารณสุขจำเป็นที่จะต้องมีความมุ่งมั่นที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนกระบวนการและกลวิธีการดำเนินงาน นั่นคือ มุ่งเน้น “คน” เป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งมีขอบเขตที่ครอบคลุมประชากรทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ และเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ การมอง “คน” เป็นส่วนหนึ่งในระบบสังคมที่เชื่อมโยง และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทั้งในระดับครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม อันส่งผลให้ “คน” มีสภาวะที่เป็นสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวอาจได้รับความกระทบกระเทือน เกิดภาวะขาดสมดุลเป็นบางขณะ บางช่วงเวลา ส่งผลให้ “คน” เกิดภาวะเจ็บป่วย หรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งภาวะดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง หรือภาวะเจ็บป่วยก็ตาม บุคคลทุกคน มีสิทธิโดยพื้นฐานอย่างเสมอภาคกันในการได้รับการดูแล และได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ, 2545)

### 1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ และคุณลักษณะของงานเวชปฏิบัติครอบครัว

สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (2542) ได้สรุปความหมาย ของคำ “เวชปฏิบัติครอบครัว” “ระบบบริการปฐมภูมิ” และ “บริการด่านแรก” นั้นมีที่มาและการใช้ที่ต่างกันตามมิติมุมมองที่มองระบบบริการ (ดังตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 แสดงมิติ/มุมมองของการพิจารณาประเภทของระบบบริการ

ความซับซ้อนของบริการ/งาน	ชื่อศาสตร์/วิชาการที่ใช้	ลำดับขั้นของบริการ
- ระดับตติยภูมิ (Tertiary care) - ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) - ระดับปฐมภูมิ (Primary care)	- บริการเฉพาะทางสาขาต่างๆ (Specialized care) - บริการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (General Practice/Family Practice)	- บริการที่โรงพยาบาลและสถาบันเฉพาะต่างๆ - บริการด่านแรก
เป็นการพิจารณาตามระดับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์	เป็นการพิจารณาจากเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการบริการ	* ด่านแรกของสถานพยาบาล * ด่านแรกของประชาชน เป็นการพิจารณาตามลำดับขั้นของการรับบริการ

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นว่ามีการพิจารณาบริการได้หลายลักษณะ แล้วแต่ประเด็นหลักหรือเนื้อหาหลักที่สนใจหรือต้องการพัฒนา ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดก็จะพบว่าทั้ง 3 ลักษณะของระบบการบริการข้างต้น มีความเชื่อมโยงและซ้อนกัน กล่าวคือบริการที่ด่านแรกมักจะเป็นบริการที่เป็นลักษณะบริการปฐมภูมิคือ ดูแลปัญหาสุขภาพที่ไม่มีความซับซ้อนมาก และเนื้อหาศาสตร์วิชาที่ควรใช้มากคือเวชปฏิบัติทั่วไปและเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ก็พบว่าระบบบริการมีหน่วยงานหลายหน่วยที่ควรทำหน้าที่ให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่ยังให้บริการที่เป็นลักษณะปฐมภูมิและให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ไม่ใช่เวชปฏิบัติทั่วไปและเวชปฏิบัติครอบครัวด้วยเช่นกัน เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้บ้านหรือเป็นบริการด่านแรกของประชาชน จึงมีความเหลื่อมซ้อนกันของ 3 ลักษณะข้างต้น

## 1.2 ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิและเวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศต่าง ๆ

ตามคำประกาศอัลมา อัลตา ปี ค.ศ.1978 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายคำว่า Primary Care คือบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแล ทั้งครอบครัว ชุมชนมิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุน ให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542)

Vuori, H. (1986) ได้กล่าวในการประชุมของสมาคม/วิทยาลัยทางด้านเวชศาสตร์ทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัวทั่วโลก (WONCA) ในปี ค.ศ.1986 ให้ความหมายของ Primary Care ตามความหมายหลักขององค์การอนามัยโลก แต่ขยายเพิ่มเติมในลักษณะที่แสดงถึงภาพของสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นโดยเสนอมุมมองของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) ใน 4 ด้าน คือ

- ในฐานะเป็นชุดของกิจกรรม 10 ประการ
- ในฐานะเป็นระดับของการบริการที่เป็นบริการด่านแรก (ในส่วนนี้ต้องพิจารณาควบคู่กับบริการด่านแรกอื่นๆ ที่ประชาชนใช้ที่มีให้บริการของสถานพยาบาล)
- ในฐานะเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้ สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชน โดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่นๆ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนมีการดำเนินการที่คุ้มค่า (cost – effective) รวมถึงการปรับการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรอื่น จากระดับตติยภูมิไปยังระดับปฐมภูมิ (อ้างในสุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2542)

- ในฐานะปรัชญาที่ควรแทรกซึมเข้าไปสู่แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความเท่าเทียม ยุติธรรม แต่ละคนในสังคมมีความรับผิดชอบช่วยกัน สร้างสภาวะแวดล้อมที่ดี และยอมรับความหมายสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องโรค

Starfield (1993) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (อ้างในสุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

Tudor-Hart (1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติม จากลักษณะ บริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือ การมีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม (อ้างในสุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

Fry and Horder ให้ความเห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และยุติธรรม (อ้างในสุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542)

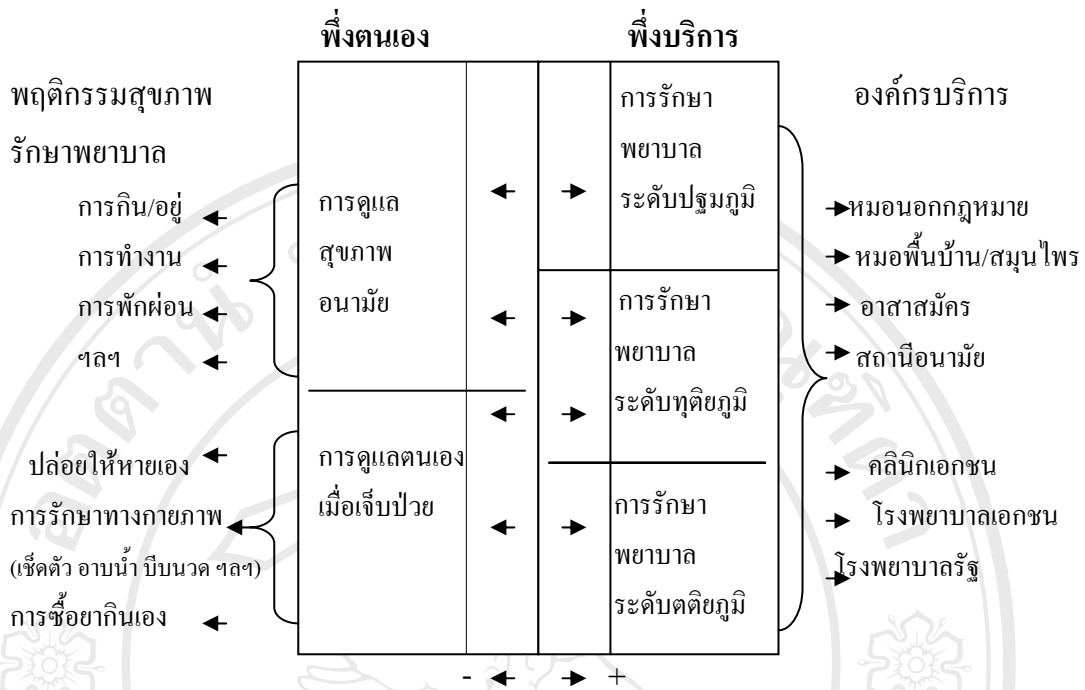
จากทั้งหมดข้างต้น จะเห็นว่าความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ทั้งที่พิจารณาจากส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของบริการ และบทบาทของบริการ จะพบว่าเป็นความหมายที่ให้ “คุณค่า” ของ “ระบบบริการที่ดี” รวมไปถึง มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือนแต่เดิม

### 1.3 บริการปฐมภูมิ กับแนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการ

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (2545) ได้สรุปบริการปฐมภูมิ กับแนวคิดสำคัญในการพัฒนาบริการไว้ดังนี้

#### 1.3.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพ

องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเรา แบ่งออกได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลหรือพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งออกเป็นสองส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป ในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึง การช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ ดังแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 แสดงดุลยภาพที่แปรตามสภาพความต้องการ ณ พื้นที่และกลุ่มประชากรต่างๆ

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขคือ การสร้างดุลยภาพ องค์ประกอบ 2 ส่วนนี้ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของระบบ เนื่องจากปัจจุบันนี้กรอบของการให้บริการสาธารณสุข ได้ถูกขยายใหญ่ขึ้นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และรักษาพยาบาลเหล่านี้ ได้ขยายตัวเติบโตขึ้นจนทำให้นับวันประชาชนไทยก็จะยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการในการฟั่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ นั่นคือแม้เพียงอาการเจ็บป่วย เล็กๆน้อยๆ ที่สามารถดูแลและรักษาอาการด้วยตนเองได้ ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายครวละมาก ๆ โดยไม่จำเป็น

แนวทางการแก้ปัญหาจึงน่าจะเป็นการเปลี่ยนดุลยภาพของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักฟั่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้นด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ประชาชนมีโอกาไปใช้บริการมากที่สุดตามสภาพธรรมชาติของการเจ็บป่วย บริการระดับนี้จึงเป็นหน่วยสำคัญหากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยการช่วยทำให้เกิดสมดุลระหว่างการฟั่งบริการ และการฟั่งตนเองของประชาชน

มากขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสม ใช้บริการที่สะดวกมีคุณภาพใกล้บ้าน ก่อน ไม่ต้องตระเวนไปใช้บริการที่ต่างๆ โดยขาดความเข้าใจอันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากร ทั้งฝ่ายประชาชนและฝ่ายรัฐบาล

### 1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม

องค์รวม (Holistic) มาจากรากศัพท์ในภาษากรีก “Holos” ซึ่งหมายถึง ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเอกภาพ ที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ คำนี้ถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ และในศาสตร์สาขาต่างๆ โดยมุ่งหวังให้เกิดการมองเป้าหมายที่กว้างขวางรอบด้าน สำหรับระบบสุขภาพการทำความเข้าใจความหมายขององค์รวมย่อมแตกต่างกันไปตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับองค์รวม ซึ่งมีสาระหลักหรือแนวคิดหลักขององค์รวมที่มีจุดร่วมกันคือ

- 1) องค์รวมเกิดจากความเข้าใจความหมายของคำว่า “สุขภาพ” อย่างองค์รวมที่หมายถึง สุขภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- 2) องค์รวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
- 3) องค์รวมในมุมมองที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- 4) องค์รวมในลักษณะที่เชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับและเชื่อมกับระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์และบริการสังคมอื่นๆ

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่ามิติ หรือนัยสำคัญในความหมายขององค์รวม ประกอบด้วย

“องค์รวม” ที่หมายถึงการมองอย่างกว้างขวางครอบคลุมในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

“องค์รวม” ที่หมายถึงการเชื่อมโยงประสาน ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ

“องค์รวม” ที่เน้น คุณภาพ ของการประสาน และการพิจารณาปัจจัย

ด้วยเหตุนี้การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด“องค์รวม”ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน” ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมรวมถึงจิตวิญญาณ โดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและสร้างให้เกิดเจือปนของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนแต่ขณะเดียวกันต้องเข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ ที่เป็นคุณภาพที่พอดีกับชีวิตของแต่ละคน

### 1.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องเป็นอีกคำหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นคุณสมบัติของการบริการ ที่มีคุณภาพในความหมายทั่วไป ความต่อเนื่องหมายถึง ยึดออกไป ขยายออก ไม่หยุดยั้ง เมื่อถูกนำมาใช้ในการกำหนดคุณลักษณะของการบริการสุขภาพ จึงหมายถึงบริการที่ประชาชนจะได้รับเป็นบริการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตลอดชีวิต (ตั้งแต่เกิดจนตาย) ซึ่งนัยของความหมายนี้ทำให้มีความต่อเนื่องเกิดขึ้น 3 ลักษณะ คือ การดูแลต่อเนื่องก่อนเกิดปัญหาสุขภาพ ประเด็นต่อมาคือการดูแลต่อเนื่องเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น นั่นหมายถึงประชาชนจะได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มปัญหาจนกระทั่งปัญหาสิ้นสุด ซึ่งเรียกว่า Intra Episode และประเด็นสุดท้ายก็คือ ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปัญหาหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตั้งแต่เกิดจนตายเรียกว่า Inter Episode การที่ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพทั้ง 3 ลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อย่างเข้าอกเข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

### 1.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาค

ความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ความเสมอภาคเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นความยุติธรรม ความเป็นธรรม ในแนวคิดความเสมอภาค มีความหมายที่แตกต่างจากความเท่ากัน ปกติความเสมอภาคมักจะถูกใช้ควบคู่ไปกับเรื่องอื่นๆ อาทิ ถูกใช้ควบคู่กับการกระจายทรัพยากร หรือการบริการสุขภาพทำให้การพิจารณาประเด็นเรื่องความเสมอภาคทับซ้อนกับความเท่ากัน ซึ่งเป็นการยากที่จะแยกให้เด่นชัด การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสมอภาคต้องพิจารณาโดยใช้ความจำเป็นมาจำแนก ความเท่าเทียมกัน นั่นหมายความว่า ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพคือ การบริการที่ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นที่เท่ากันพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ความเสมอภาคของการบริการสุขภาพในทางปฏิบัติต้องคำนึงถึง “ความสามารถ” ตัวอย่างเช่น ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนที่มีฐานะร่ำรวย ก็ย่อมจะแตกต่างจากคนที่มีฐานะยากจน เป็นต้น

ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดมิติของการบริการที่มีความเสมอภาค นั้น สามารถทำได้ด้วยกระบวนการหลักๆ สองด้านคือ ด้านการบริการ จัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของประชาชนอย่างครอบคลุมทั่วถึงให้มีลักษณะเป็นทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น และพร้อมกันนี้ต้องจัดให้มีระบบประกันคุณภาพเพื่อให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับด้านการเงินจำเป็นต้องจัดให้มีระบบการประกันสิทธิประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนากลไกการจ่ายเงินให้ยืดหยุ่นเหมาะสม พอดีกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน

### 1.3.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน ความรับผิดชอบ หรืออาจหมายถึง การทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยความตั้งใจ โดยดำเนินการอย่างถูกจังหวะและเหมาะสมทั้งด้วยความรู้สึกรู้สึกผูกพันและสามารถเชื่อถือได้ การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ เป็นอีกเรื่องหนึ่งของการมีส่วนร่วม ที่มีลักษณะเฉพาะบางประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจคือ

1) ประเด็น “สุขภาพ” สำหรับประชาชนถือว่าเป็น “สิทธิ” ซึ่งหมายถึง สิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของสุขภาพ และสิทธิในฐานะเป็นผู้เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น การเลือกรูปแบบวิธีการรักษา หรือการจัดการกับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชน นั้น รัฐมีบทบาทเป็นเพียงการสนับสนุนหรือการส่งเสริมการสร้างโอกาสให้แก่ประชาชนไม่ใช่การบังคับหรือสั่งการ

2) ประเด็น “การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ” สำหรับภาครัฐ หรือหน่วยบริการ มีฐานะในระดับหน้าที่ที่หน่วยบริการจะต้องปฏิบัติ หน่วยบริการมีบทบาทที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้สองลักษณะ คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการ กับกรณีที่หน่วยบริการเข้าไปร่วมพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชนซึ่งทั้งสองเรื่องนี้แตกต่างกันในวิธีคิดและการปฏิบัติ หน่วยบริการจะต้องเข้าใจเบื้องต้นในประเด็นต่อไปนี้ ในการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ดังนี้

2.1) การที่จะให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนได้จริงจำเป็นต้องสร้างให้เป็นระบบทางเลือกทั้งวิธีการและรูปแบบเพราะการให้บริการสุขภาพปกติ จะมีกิจกรรมที่ต้องการมีส่วนร่วมหลายลักษณะอยู่แล้ว ขึ้นกับสภาพชีวิตจริงและเงื่อนไขของประชาชน การมีช่องทางให้ประชาชนชนพิจารณาเลือกวิธีการหรือรูปแบบได้เองตามความเหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุด

2.2) หน่วยบริการจำเป็นต้องสร้างกลไกให้ประชาชนสามารถสะท้อนความต้องการ รูปแบบ หรือวิธีการที่ประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมได้ หรือสามารถบอกได้ว่าต้องการให้หน่วยบริการเข้าไปร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใด

2.3) การที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้น ต้องมีเงื่อนไขสำคัญอย่างน้อย 3 ประการคือ มีอิสรภาพ มีความสามารถและต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม ส่วนจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขดังต่อไปนี้คือ ประชาชนต้องมีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม



ต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ เกินกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับ ต้องมีจุดสนใจที่สอดคล้องกับการมีส่วนร่วม  
 ร่วมกัน และจะต้องไม่กระทบถึงสถานภาพทางสังคมของผู้มีส่วนร่วม

#### 1.4 กระบวนการให้บริการดูแลครอบครัว

วิศรีวายุรกุล (2544) ได้สรุปกระบวนการการให้บริการดูแลครอบครัวไว้ว่า  
 เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นการผสมผสานระหว่างอนามัยครอบครัวและการบริการสุขภาพที่ดีเริ่มที่  
 บ้าน (Home Health Care) ตลอดจนให้การดูแลความเป็นอยู่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตในครอบครัว  
 เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี และมีความปกติสุขภายในครอบครัว โดยมีความคาดหวังในการกระตุ้น  
 ให้เกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และการพึ่งพาตนเองภายในครอบครัว  
 และระหว่างครอบครัวทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทในสถานการณ์ปัจจุบัน งานเวชปฏิบัติครอบครัว  
 มีความสำคัญเด่นชัดมากขึ้น เนื่องจากมีนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุขไปสู่ “การสร้างสุขภาพ”  
 มิใช่แต่เพียง “การซ่อมสุขภาพ” ดังเช่นที่เคยเป็นมาในอดีต ด้วยเหตุนี้การให้บริการในรูปแบบการ  
 สาธารณสุขในเชิงรุกจึงเป็นสิ่งจำเป็น

กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการดูแลครอบครัวคือ ทุกครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ  
 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และให้การส่งเสริมสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงแล้ว อาจไม่สามารถ  
 กระทำได้ เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในงานเวชปฏิบัติครอบครัวไม่เพียงพอ  
 ดังนั้น จึงมีหลักการเพื่อคัดเลือกรอบครัวที่ “ต้อง” ติดตามเยี่ยม ดังต่อไปนี้

1) มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นมีแผลเรื้อรัง ต้อง  
 ให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ รวมทั้งผู้พิการที่ต้องการกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟู  
 สภาพ

2) มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาในการเดินทางมา  
 ตรวจที่โรงพยาบาล ไม่ว่าปัญหาทางกาย หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ

3) มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย หรือภาวะวิกฤต  
 ต่างๆ ที่ไม่ต้องการการรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล

4) ครอบครัวที่มีปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคมหรือเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อ  
 ภาวะสุขภาพ

5) ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวขอให้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน  
 การให้บริการดูแลครอบครัวนั้น การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมแขนงหนึ่งที่สำคัญของ  
 งานเวชปฏิบัติครอบครัวที่จะเข้าไปดูแลประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ  
 ฟื้นฟูสภาพความพิการ ตลอดจนการรักษาโรคกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ซึ่งต้องมีการจัด  
 บุคลากรรับผิดชอบในลักษณะเป็นทีม เรียกว่า “ทีมเยี่ยมบ้าน” ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องรู้จักครอบครัว

เป็นอย่างดี เข้าใจปัญหา และสามารถหาสาเหตุของปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหตามความเหมาะสม การบริการดูแลครอบครัวควรมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนต่อเนื่องตามลำดับดังต่อไปนี้

#### 1.4.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของครอบครัว

การมองปัญหาและความต้องการของครอบครัวควรมองควบคู่กันไปเสมอ เพราะปัญหาที่เรามองเห็น อาจไม่ใช่เรื่องที่ครอบครัวต้องการแก้ไข ขั้นตอนในการประเมินปัญหามีดังนี้

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล เราสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งก่อนเยี่ยม และขณะเยี่ยมชม การรวบรวมข้อมูลก่อนเยี่ยม ได้จากแฟ้มประวัติของครอบครัว เวชระเบียน OPD card หรือการสอบถามผู้ที่เคยดูแลครอบครัวนี้มาก่อน ส่วนการรวบรวมข้อมูลขณะเยี่ยม ได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เยี่ยมและผู้ถูกสัมภาษณ์ จึงจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน ควรระลึกเสมอว่า ต้องไม่พะวงที่จะเก็บข้อมูลมากเกินไปจนลืมนึกถึงการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของเขาด้วยข้อมูลที่ควรรวบรวมนั้นควรประกอบด้วยสำมะโนประชากร ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภูมิหลังของครอบครัวและประวัติทางสุขภาพของทุกคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีรายละเอียดของสภาพบ้านสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบ้าน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และลักษณะพื้นฐานของชุมชนนั้นๆ

2) การทดสอบความแม่นยำตรงของข้อมูล ทำได้โดยการสำรวจซ้ำ หรือใช้ข้อมูลที่เราได้จากแหล่งต่างๆ หรือวิธีการต่างๆ มาเปรียบเทียบกันเนื่องจากข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อน เช่น ผู้ให้ข้อมูลอาจมีความลำเอียง หรือรับรู้สนใจเฉพาะข้อมูลด้านใดด้านหนึ่ง วิธีป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล ทำได้โดย ผู้เยี่ยมทำการบันทึกข้อมูลตามที่ได้รับรู้มาโดยตรง ไม่สรุปตามความคิดเห็นของตนเอง

3) การแปลความหมายและการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ ที่กระจัดกระจายมาจัดเป็นหมวดหมู่ ให้ง่ายต่อการพิจารณา การจัดให้เป็นระบบจะช่วยให้มองภาพรวมได้ง่ายขึ้น และแยกแยะได้ว่าข้อมูลใดมีความจำเป็นหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของครอบครัว

4) การวินิจฉัยปัญหาครอบครัว เมื่อได้ปัญหาแล้ว นำปัญหามาสรุป และให้การวินิจฉัยเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

4.1) ความบกพร่องทางสุขภาพ คือ สภาวะที่ไม่ปกติทั้งกาย ใจ

4.2) ภาวะคุกคามทางสุขภาพคือสภาวะที่บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ

อันตรายต่างๆ

4.3) สภาวะวิกฤตคือ สภาวะที่บุคคลเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เล็งไม่ได้ และต้องการการปรับตัว

#### 1.4.2 การวางแผนเพื่อช่วยเหลือครอบครัว

ก่อนวางแผนเพื่อให้บริการนั้น ต้องพิจารณาปัญหาที่เร่งด่วนของครอบครัว ก่อน เพื่อจัดลำดับความสำคัญ และแก้ไขปัญหามีความสำคัญมากที่สุดก่อนไปตามลำดับ โดยพิจารณาจัดลำดับจากความสนใจของครอบครัว ความรุนแรงของปัญหา และความสามารถในการแก้ไขปัญหของครอบครัว

ส่วนประกอบของการวางแผนมี 2 ประการคือ

- 1) เป้าหมายระยะสั้น ซึ่งมุ่งเปลี่ยนแปลงทัศนคติยอมรับปัญหาและเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง
- 2) เป้าหมายระยะยาว เป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด คือการที่ครอบครัวมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่ความสามารถของครอบครัวนั้นๆจะอำนวยได้

การกำหนดเป้าหมายเป็นการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลคือ เกณฑ์ที่ตั้งไว้ในระดับที่เป็นไปได้และบ่งชี้ถึงคุณภาพของบริการด้วย ไม่ควรตั้งเกณฑ์สูงเกินไป ควรมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ทุกคนได้เลือกสิ่งที่คิดว่าเขาพอใจที่สุด ดีที่สุด และยินดีปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงว่าผู้เยี่ยมเครพลีทริชของครอบครัวด้วย วิธีที่ดีที่สุด คือ การให้เขาเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องของเขา โดยผู้เยี่ยมเป็นผู้เสนอข้อเท็จจริง และแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องเท่านั้น การกำหนดแนวทางปฏิบัติควรหาแนวทางไว้หลายๆ ทางเลือก แล้วเลือกวิธีที่คิดว่ามีประสิทธิภาพที่สุดคือ ประหยัดทรัพยากรแต่ได้ผลดีที่สุด โดยสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ควรเป็นผู้เลือกเองและผู้เยี่ยมพยายามเสริมในสิ่งที่เขาทำเองไม่ได้ อำนวยความสะดวกเท่าที่จะทำได้ ซึ่งจะช่วยพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเอง

#### 1.4.3 การปฏิบัติตามแผน

การปฏิบัติตามแผนคือ การเยี่ยมบ้าน และมีกิจกรรมระหว่างการเยี่ยม ก่อนออกเยี่ยม ทีมเยี่ยมบ้านควรเตรียมตัวให้พร้อมทั้งในด้านข้อมูลและอุปกรณ์การเยี่ยม กำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมในแต่ละครั้งให้ชัดเจน สิ่งขาดไม่ได้คือ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และกระเป๋ายืม ซึ่งควรตรวจความพร้อมของอุปกรณ์ภายในกระเป๋า ทุกครั้งก่อนออกเยี่ยมบ้าน

### ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

1) ก่อนออกเยี่ยมบ้าน กำหนดทีมที่จะเป็นผู้เยี่ยม ศึกษาข้อมูลต่างๆ ของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง และกำหนดกิจกรรม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ เตรียมอุปกรณ์ที่จะต้องนำไปด้วยในการเยี่ยมบ้าน ยืนยันวัน และเวลาเยี่ยมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ล่วงหน้า

2) ขณะเยี่ยมบ้าน ปฏิบัติตนในฐานะแขกของครอบครัว แนะนำตนเองและสถานที่ทำงาน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม เคารพกฎระเบียบ วัฒนธรรมประเพณีของครอบครัว และชุมชน ดำเนินการปฏิบัติตามแผนการเยี่ยมที่กำหนดไว้แล้ว ขณะสัมภาษณ์อาจจดบันทึกสั้นๆ เพื่อกันลืม ควรแจ้งสมาชิกในครอบครัวทุกครั้งว่าข้อมูลเหล่านี้จะเป็นความลับ ใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ให้นานจนเกินไป ก่อนลากลับควรนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปกับสมาชิกในครอบครัว

3) หลังเยี่ยมบ้าน ดูแลอุปกรณ์ที่ได้นำไปใช้ ตรวจสอบสภาพ และจำนวนก่อนเก็บเวชภัณฑ์ เช่น ยา ชุดทำแผล น้ำยา ต่างๆ ที่ได้ใช้ไปแล้ว ควรเติมให้เต็มหรือให้อยู่ในปริมาณที่เพียงพอที่จะใช้ในครั้งต่อไป บันทึกรายงานการเยี่ยมบ้านอย่างละเอียด ทีมเยี่ยมบ้านมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรึกษากันภายในทีมเพื่อประเมินผลการเยี่ยมในครั้งนี้และกำหนดแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

หลักของการสังเกตขณะเยี่ยมบ้าน อาจสรุปได้ดังนี้ “**OBSERVES**”

**O** = Outside community ชุมชนที่อยู่รอบๆ เป็นอย่างไร

**B** = Building ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยเป็นอย่างไร

**S** = Safety ความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย

**E** = Environment with in สิ่งแวดล้อมภายในบ้านถูกสุขลักษณะหรือไม่ อย่างไร

**R** = Relationship in the household ความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัว

**V** = Variation of culture and social practices ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ

**E** = Eating and nutrition โภชนาการของครอบครัวเป็นอย่างไร

**S** = Sickness ความเจ็บป่วย และสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็น

#### 1.4.4 การประเมินผล

การประเมินผลการให้บริการ หมายถึง การทดสอบผลที่เกิดจากการให้บริการ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผน เราอาจใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว และสอบถามเพื่อประเมินทัศนคติและความรู้ ตลอดจนใช้ผลการตรวจร่างกาย หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว นอกจากนี้ ยังต้องมีการประเมินผู้เยี่ยมด้วยว่า สามารถทำงานได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่

มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานเป็นทีมอย่างไร จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีประโยชน์มากมายในการบริการดูแลครอบครัว แต่ต้องมีข้อจำกัดอยู่บ้างในแง่ของเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และอาจทำให้ครอบครัวเกิดความเคียดขื่นที่จะรอรับบริการโดยไม่คำนึงถึงการออกไปแสวงหาบริการทางสาธารณสุขนอกบ้านเมื่อจำเป็น หรือไม่สนใจใฝ่หาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เพราะคิดว่ามีผู้รับผิดชอบประจำครอบครัวอยู่แล้ว เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ทำให้บริการจะต้องแก้ไขโดยการให้เขา รู้จักใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรภายในครอบครัวและชุมชนด้วย ส่วนในเรื่องของเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เราควรมีการจัดระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ปัญหาที่ไปเยี่ยมแล้วไม่พบสมาชิกในครอบครัว

### 1.5 หลักการของศูนย์สุขภาพชุมชน

เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก มีระบบการให้คำปรึกษา และเครือข่ายส่งต่อ เน้นการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน จนสามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม

เอกลักษณ์ของบทบาทหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคือ เป็นหน่วยที่รับผิดชอบ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนด้วยแนวคิดการบริการที่ใกล้ชิดบ้านและใกล้ชิดใจ สร้างให้มีบรรยากาศเป็นกันเองระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ ใกล้ชิดกับประชาชน รวมถึง มีระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีโอกาสรู้จักกัน บุคลากรมีศักยภาพและความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อให้บริการได้สอดคล้องเข้ากับสภาพชีวิต สังคม และจิตวิทยาของประชาชนได้เป็นอย่างดี มีการจัดระบบให้ตกลงรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกระตุ้นให้มีการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

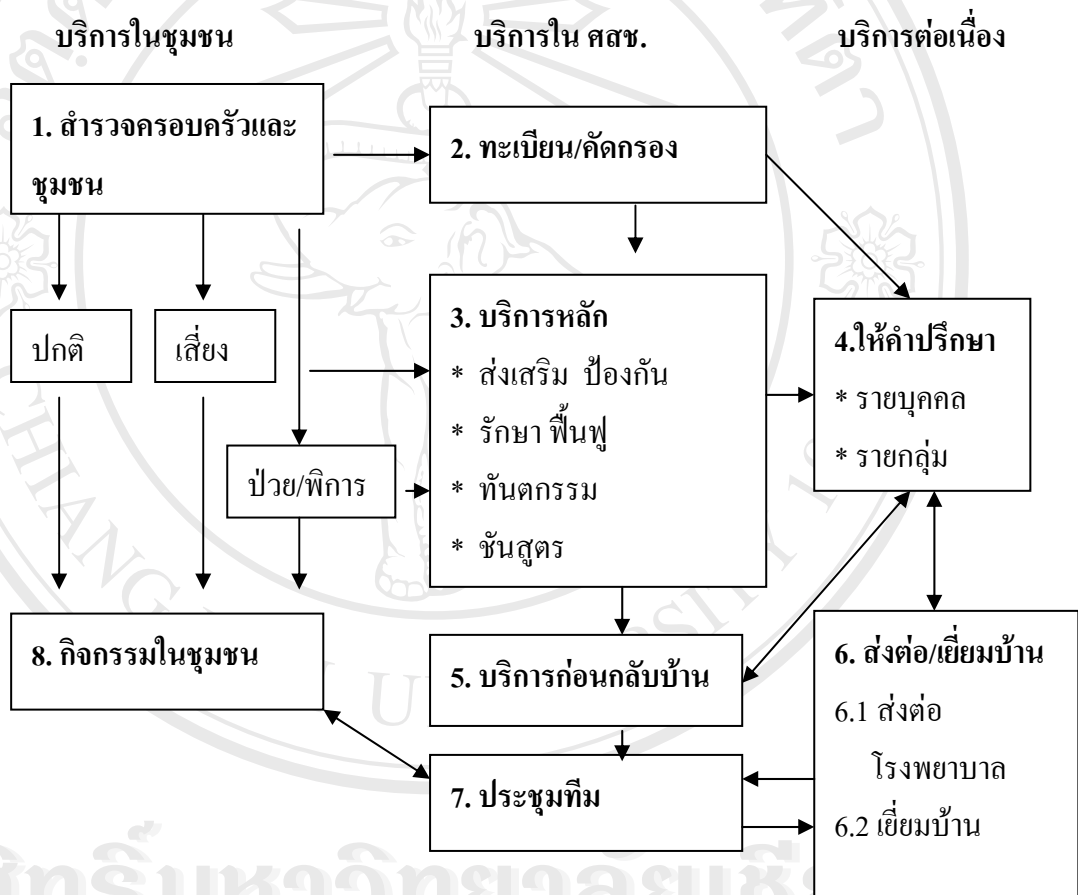
กระบวนการจัดการเพื่อจัดระบบบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน มีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1) มีการสร้างทีมงานควรเป็นทีมงานขนาดเล็กที่มีความสามารถหลายด้านคือทำงานทั้งตั้งรับและเชิงรุก ทั้งรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกัน ทั้งในสถานบริการและในชุมชน เป็นทีมเดียวกันที่มีความรับผิดชอบประจำและต่อเนื่อง

2) มีการขึ้นทะเบียนประชากรในเขตรับผิดชอบให้ชัดเจนเพื่อวางแผนการจัดบริการเชิงรุก และดูแลต่อเนื่องกันได้ โดยให้รับผิดชอบประชากรต่อ 1 ศูนย์ไม่เกิน 10,000 คน

3) มีการออกแบบสถานบริการ จุดบริการและการไหลเวียนของผู้ใช้บริการที่เน้นความเป็นกันเองเสริมการสร้างสัมพันธภาพ เอื้อต่อการดูแลด้านจิตสังคม และความสะดวกรวดเร็วของผู้ใช้บริการให้มากที่สุด

4) มีการดำเนินงานตาม 8 กระบวนการหลัก ของระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อประกันคุณภาพบริการว่ามีลักษณะผสมผสาน เป็นองค์รวม และต่อเนื่องได้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.2 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2546)



แผนภาพที่ 2.2 แสดงการดำเนินงานตาม 8 กระบวนการหลักของศูนย์สุขภาพชุมชน

## 2. แนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

### 2.1 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ

หน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการ โดยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ที่เป็นสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่มีหน่วยบริการย่อยร่วมกันให้บริการ ในกรณีที่จัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่สามารถจัดบริการได้ครบ และมีแพทย์ บุคลากรสาขาต่างๆ ครบตามเกณฑ์มาตรฐานซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) หน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท หรือมีบุคลากรที่ไม่ครบตามมาตรฐาน เรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรอง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” (หน่วยบริการปฐมภูมิรอง, sub-contractor) หน่วยบริการรองนี้ จะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2548)

ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา นั้นอาจมีรูปแบบการจัดได้หลายลักษณะ เช่น

- 1) เป็นสถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในพื้นที่ให้บริการบางประเภท
- 3) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก และหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น กรณีของโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยทั้งอำเภอ

### 2.2 ระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

สถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมในเครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้งภาครัฐ ในสังกัดต่างๆ และเอกชน จะต้องยื่นแสดงความจำนงพร้อมข้อมูลพื้นฐานต่อหน่วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปสน.) หรือคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (กสพ.) ว่าต้องการ

ร่วมให้บริการ หน่วยกสพ./ปสน.จังหวัดต้องจัดผู้รับผิดชอบโดยแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลระดับจังหวัดจำนวนอย่างน้อย 6 คน ซึ่งควรประกอบด้วย นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน เป็นรองประธาน ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ 2 คน (ต้องไม่เกี่ยวข้องกับการบริหารสถานพยาบาล) และจากศูนย์เฉพาะกิจเพื่อรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญา (ส่วนกลาง) 1 คน (กรณีที่มีการร้องขอ) เป็นกรรมการ หัวหน้างาน ประกันสุขภาพของจังหวัด เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ออกตรวจรับรองสถานพยาบาลนั้นๆ ว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ และประเมินว่าสามารถรับลงทะเบียนประชาชนได้สูงสุดเท่าไร และเมื่อสถานพยาบาลนั้นผ่านการรับรองแล้ว จึงจะมีการทำสัญญาร่วมให้บริการกับหน่วย (กสพ.)/(ปสน.) แล้วจึงระบุให้สถานพยาบาลนั้นเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนได้ และมีหน้าที่ในการออกตรวจประเมินเพื่อติดตามและกำกับคุณภาพเป็นระยะเมื่อสถานบริการนั้นเริ่มดำเนินการแล้ว (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2548)

#### 2.2.1 แนวทางการพิจารณาประเมินรับรองสถานพยาบาล (ก่อนขึ้นทะเบียน)

ต้องพิจารณาว่าสถานพยาบาลนั้นมีความพร้อมที่จะดูแลประชากรได้สูงสุดไม่เกินไปคน โดยให้พิจารณาว่า

- 1) สถานพยาบาลที่ให้บริการนั้นบริการได้เบ็ดเสร็จในหน่วยบริการเดียวหรือเป็นเครือข่ายสถานบริการ โดยมีหน่วยบริการหลายหน่วยให้บริการรวมกันจึงจะมีคุณสมบัติครบให้ประเมินทุกหน่วยบริการ
- 2) สถานที่จัดให้บริการประจำที่ชัดเจน ประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงได้ภายใน 30 นาที
- 3) มีทีมที่รับผิดชอบบริการปฐมภูมิเต็มเวลาก็คน ประกอบด้วยวิชาชีพใดบ้างเกณฑ์พิจารณา คือ สำหรับ 10,000 คน ต้องมีทีม 1 ชุด ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 คน มีเครือข่ายการให้บริการกับหน่วยบริการทันตกรรม ที่มีทันตแพทย์ให้บริการในอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 20,000 คน มีเภสัชกรดูแลด้านระบบยาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติงานประจำที่หน่วยนี้อย่างน้อย 3 ใน 4
- 4) ทีมนี้ต้องมีบทบาทในการให้บริการ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพในสถานพยาบาล และมีบทบาทในการออกไปให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชนด้วย



5) มีเวลาเปิดบริการผสมผสานสำหรับประชาชนไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีการจัดโปรแกรมที่เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน และบริการในชุมชนที่ชัดเจน ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 15 ชั่วโมง

6) มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ (ดูรายละเอียดแนบท้ายแบบ PCU ในภาคผนวก ข)

7) ระบบบริการต้องมีการจัดการให้มีบริการที่ต่อเนื่องมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด จัดให้พบกับทีมผู้ให้บริการที่รับผิดชอบเป็นการประจำต่อเนื่องได้

2.2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติในการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลที่มีความจำเป็นจะเป็นหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP)

1) ให้สถานพยาบาลยื่นแสดงความจำนงแก่คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด (ปสน.จังหวัด) หรือคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (กสพ.) พร้อมข้อมูลพื้นฐานแสดงความพร้อมในการให้บริการ

2) ให้คณะกรรมการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลพิจารณาข้อมูลในแบบฟอร์ม A ว่าสอดคล้อง กับมาตรฐานเบื้องต้นที่ปสน.จังหวัดหรือ กสพ.กำหนดไว้หรือไม่

2.1 ถ้าไม่สอดคล้อง ให้แจ้งแก่ผู้รับผิดชอบสถานพยาบาลนั้นปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอมาใหม่

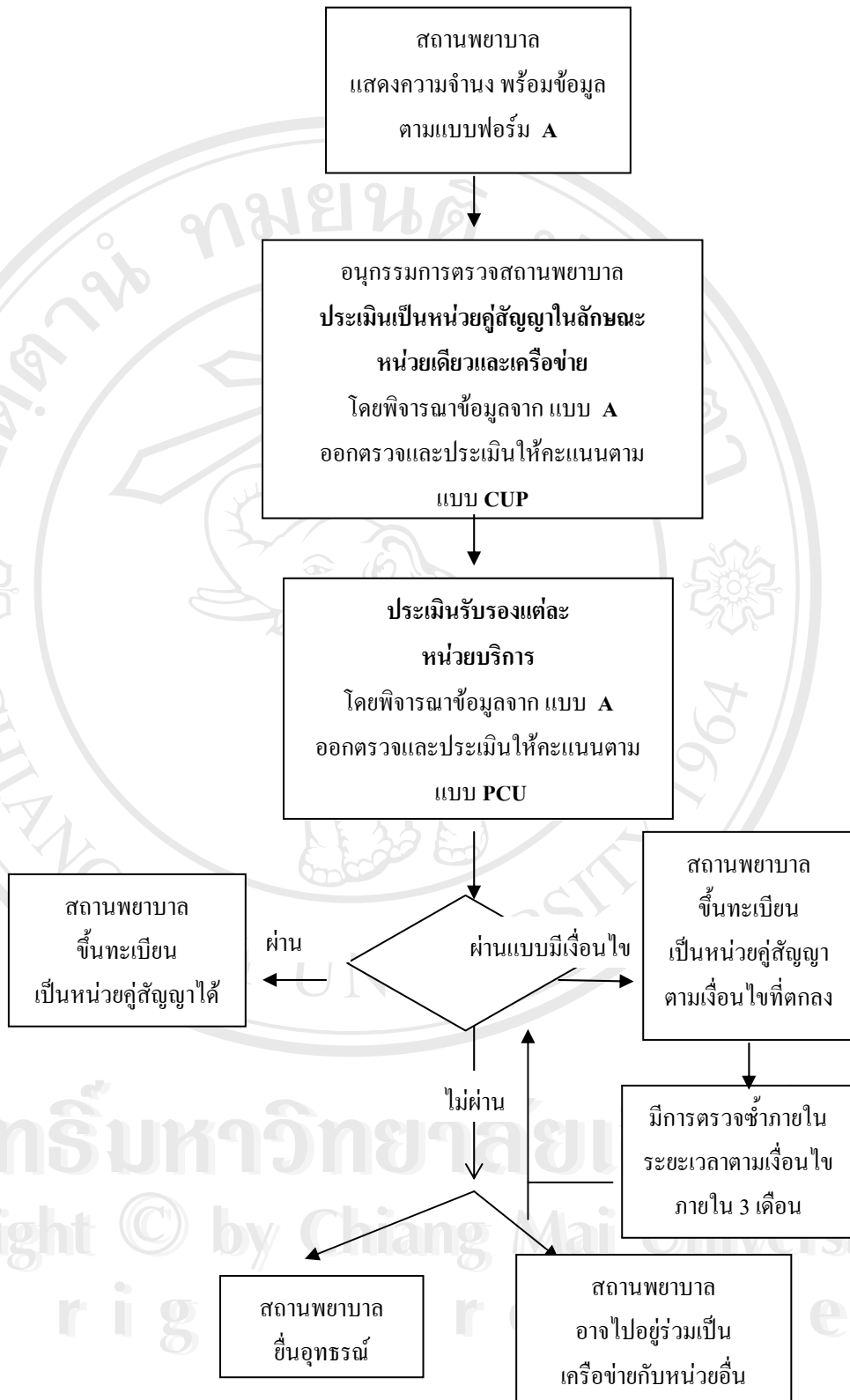
2.2 ถ้าสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงให้มีทีมออกไปตรวจสถานพยาบาลจริง ว่าสามารถดำเนินการได้จริงตามข้อมูลที่เสนอมาหรือไม่ ออกตรวจและประเมินเครือข่ายสถานพยาบาลก่อน โดยใช้แนวทางการประเมินเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และแบบฟอร์ม CUP (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

- ถ้าผลการประเมินพบว่าสถานบริการสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานครบทุกข้อ เครือข่ายสถานบริการนั้นสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาได้

- ถ้าผลการประเมินพบว่าสถานบริการไม่สามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (คะแนนข้อใดข้อหนึ่งเป็น 0) ถือว่าไม่ผ่านการตรวจรับรองไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญาได้

3) เมื่อสถานพยาบาลผ่านการตรวจรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานแล้ว จึงจะแจ้งชื่อสถานพยาบาลให้ประชาชนทราบ เพื่อเลือกขึ้นทะเบียนต่อไป

4) คณะกรรมการจะต้องมีแผนงานในการออกตรวจเพื่อกำกับด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดตามแผนภาพที่ 2.3 (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2548)



แผนภาพที่ 2.3 แสดงขั้นตอนการตรวจรับรองสถานพยาบาลที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญา

ปฐมภูมิ

### 3. พฤติกรรมองค์การ

องค์การเป็นที่รวมของกลุ่มบุคคลหลายคน ร่วมกันทำงานเพื่อจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ขององค์การ มีการร่วมงานที่รับผิดชอบต่างๆ โดยการกระทำอย่างมีระเบียบแบบแผน เพื่อให้การประสานงานร่วมมือของคนในองค์การ ดำเนินไปด้วยดี บุคคลที่รวมกันเข้ามาเป็นองค์การล้วนมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมมากมาย เมื่อเข้ามารวมกันเป็นองค์การก็ก่อให้เกิดพฤติกรรมองค์การ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพของสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลหลายคน หลากหลายวิชาชีพมารวมตัวกันเพื่อดำเนินงานตามส่วนงานที่รับผิดชอบ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาโครงสร้างขององค์การตามแนวคิดทฤษฎีองค์การประกอบควบคู่กันไปด้วย เพื่อจะได้มีความเข้าใจถึงพื้นฐานพฤติกรรมของแต่ละบุคคล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และในการบริหารงานในองค์การดังประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ (วิเชียร วิทยอุดม, 2547)

**3.1 ผู้นำ (Leadership)** เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารงานในองค์การ องค์การจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ในการดำเนินงานนั้น ปัจจัยสำคัญที่สุดก็คือตัวผู้นำ ถ้าองค์การใดได้ผู้นำที่มีประสิทธิภาพที่จะสามารถสั่งการและใช้อิทธิพลต่อผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานตลอดจนทำกิจกรรมต่างๆ ในองค์การให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าองค์การใดได้ผู้นำที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะไม่สามารถสั่งการได้ ซึ่งจะเป็นผลทำให้การปฏิบัติงานด้านต่างๆ ในองค์การประสบกับความล้มเหลว

บทบาทของตัวผู้นำจึงมีอิทธิพลเป็นอย่างมากในการเป็นต้นแบบพฤติกรรมของผู้ใต้บังคับบัญชาอีกทั้งยังเป็นผู้ที่ต้องคอยฝึกหัดความชำนาญและสั่งสอนความรู้ที่จำเป็นให้กับลูกน้อง ซึ่งองค์ประกอบนี้เองเป็นสิ่งที่ยืนยันถึงความสำคัญของการจัดการได้อย่างเด่นชัดที่สุดในแนวทางหนึ่งเช่นเดียวกันพนักงานส่วนใหญ่มักจะกระตือรือร้นขึ้นด้วยอิทธิพลของการชี้นำจากพฤติกรรมของผู้นำ และจะมองว่าพฤติกรรมของผู้นำคือรูปแบบของการแสดงออกหรือเป็นรูปแบบของการปฏิบัติที่เหมาะสมถูกต้อง

**3.2 ทักษะ (Attitude)** ทักษะคือการกำหนดของพฤติกรรมเพราะว่าเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ บุคลิกภาพ และการจูงใจ ทักษะเป็นความรู้สึกทั้งในทางบวกและในทางลบ เป็นภาวะทางจิตใจของการเตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้และถูกปรับตัวให้เข้ากับองค์การ โดยประสบการณ์ที่ใช้ อิทธิพลที่มีลักษณะเฉพาะต่อการตอบสนองของบุคคลไปสู่บุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าทักษะเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเรา และมีอิทธิพลอย่างมากต่อสิ่งที่เราสนใจ สิ่งที่เราจดจำและการแปล

ความหมายข้อมูลไม่ว่าจะเป็นบุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่นๆ รวมถึงท่าทีที่แสดงออก อันมุ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีสิ่งเร้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งมีแนวโน้มต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยเป็นความรู้สึกที่ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ดีหรือไม่ดี สนใจหรือไม่สนใจ อันเป็นผลมาจากการประเมินสิ่งที่เป็นสิ่งเร้า และสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวของบุคคลนั่นเอง

**3.3 การตัดสินใจ (Decision – Making)** การตัดสินใจเป็นภาระหน้าที่อันสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้นำและผู้บริหาร ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมอันสำคัญยิ่งที่ผู้นำและผู้บริหารทุกระดับจะต้องกระทำอยู่เสมอ การตัดสินใจจึงเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติงาน ทุกๆ เรื่องทุกๆ กรณี ประสิทธิภาพของงานจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้นำหรือผู้บริหารเป็นสำคัญ การตัดสินใจจึงต้องใช้ศิลปะเป็นอย่างมากที่จะทำให้การตัดสินใจมีคุณภาพ เพราะหากการตัดสินใจผิดพลาดก็จะเกิดความเสียหายให้แก่องค์กรได้เป็นอย่างมาก แต่ถ้าการตัดสินใจ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมก็จะนำความสัมฤทธิ์ผลมาสู่องค์กร ดังนั้นจึงเป็นภาระหน้าที่ของผู้นำและผู้บริหารที่จะต้องศึกษาให้ซาบซึ้งถึงกระบวนการตัดสินใจให้ถ่องแท้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจที่เป็นอุปกรณ์เสริมสร้างการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้นไป

**3.4 การรับรู้ (Perception)** การรับรู้เกิดจากการที่ได้มีสิ่งเร้าและสถานการณ์เข้ามากระทบกับประสาทสัมผัสทั้งห้าคือ ตา (การเห็น) หู (การได้ยิน) จมูก (การดมกลิ่น) ลิ้น (การลิ้มรส) และผิวหนัง (การสัมผัส) ตัวกระตุ้นเหล่านี้จะถูกรับรู้และถูกแปลความหมายกลายเป็นผลลัพธ์ ก่อให้เกิดการรับรู้ขึ้นมา ซึ่งการรับรู้จะแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์และภูมิหลังในอดีตของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน ไป การรับรู้นอกจากจะขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าหรือลักษณะของตัวกระตุ้นแล้วยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนตัวบุคคล ที่จะมีความเข้าใจในการรับรู้ และมีการแปรข้อมูลเป็นไปตามโครงสร้าง ความเข้าใจของแต่ละบุคคลควบคู่กันไปด้วย

**3.5 การติดต่อสื่อสาร (Communication)** การติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อการบริหารงาน เพราะการติดต่อสื่อสารจะเป็นสิ่งที่ช่วยเชื่อมโยงประสานกันระหว่างสมาชิกในองค์กร ถ้าขาดเสียซึ่งการติดต่อสื่อสาร การดำเนินงานทุกอย่างในองค์กรจะไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ การติดต่อสื่อสารจะช่วยให้มีการประสานงานที่ดีตลอดทั่วทั้งองค์กร ทั้งยังสามารถทำให้การวินิจฉัยสั่งการของนักบริหารบรรลุเป้าหมาย และผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถรับคำสั่งรับนโยบายนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

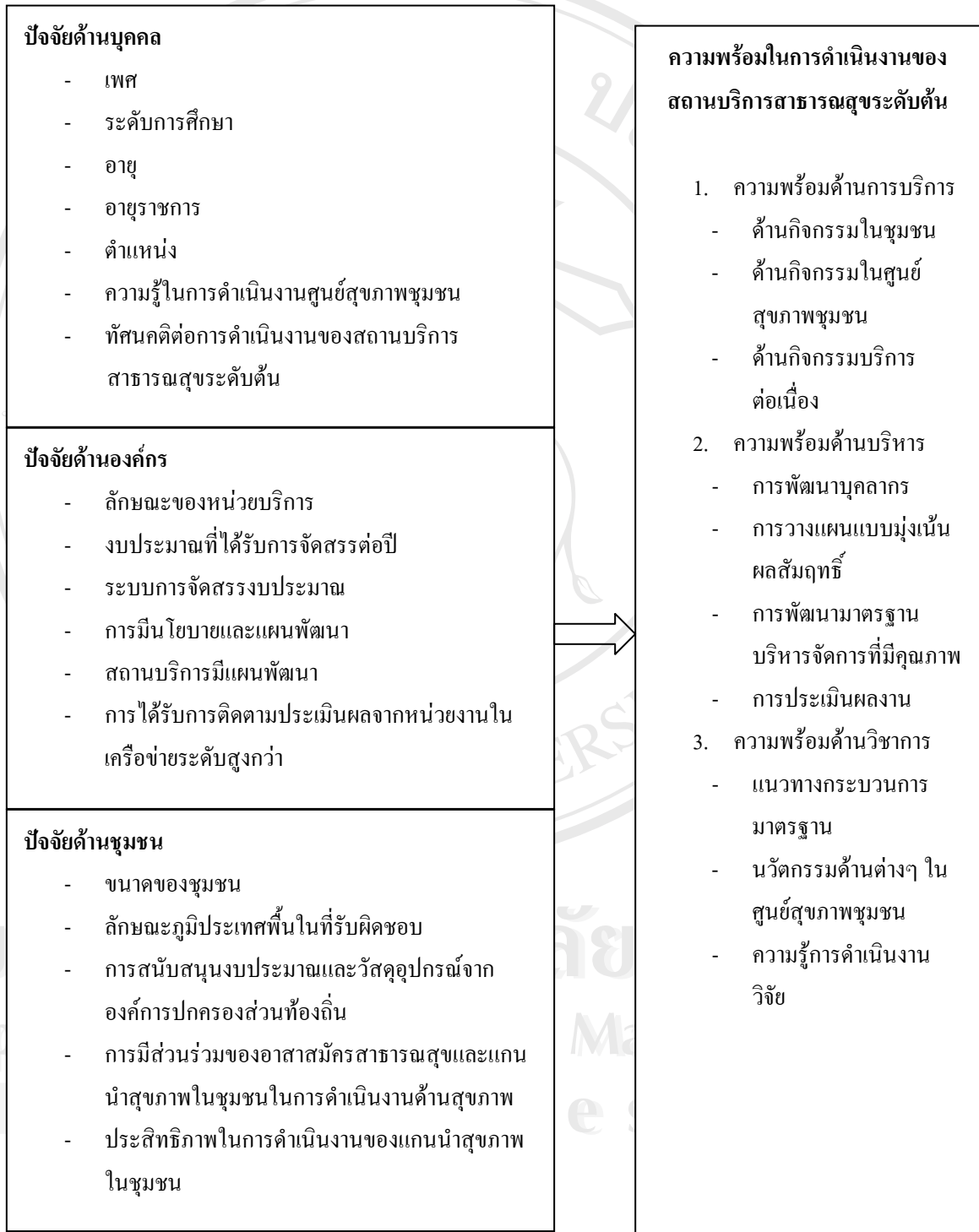
ชิโนรส ลีสวัสดิ์ (2545) ได้ทำการศึกษาการถึงความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปางและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากมุมมองของเจ้าหน้าที่และหาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดำเนินงานกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับความพร้อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลาง ในด้านความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพร้อมด้านบุคลากร ด้านบริหารจัดการและด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดำเนินงาน กับปัจจัยเกี่ยวกับการจูงใจ ในประเด็นเกี่ยวกับเงินเดือน ค่าตอบแทน ปัจจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม และปัจจัยที่เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร ในประเด็นเกี่ยวกับจำนวนบุคลากร ประเด็นเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนวัสดุครุภัณฑ์ และประเด็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

เพ็ญแข ลากยั้ง (2546) ได้ทำการศึกษาการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนในหนึ่งปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาสี่จังหวัดพบว่ารูปแบบการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนมิได้เป็นไปตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้เกิดจากข้อจำกัดด้านบุคลากร เป็นสำคัญประกอบกับส่วนหนึ่งขาดความชัดเจนด้านแนวคิดของผู้บริหาร การเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น และการใช้สถานีนอนมัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการพัฒนาคุณภาพและศักยภาพการจัดบริการของสถานีนอนมัย ซึ่งผู้รับประโยชน์โดยตรงคือประชาชนในพื้นที่ สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค มีปัญหาขาดรูปแบบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและระบบงบประมาณที่เหมาะสมที่เหมาะสมให้เครือข่ายซึ่งส่วนหนึ่งขาดศักยภาพในการดำเนินงาน บุคลากรภาครัฐมีความกังวลสูงในระบบงบประมาณแบบใหม่ ในพื้นที่ที่มีประชากรมากมีปัญหากำลังคน การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นลักษณะของการปรับตัวเพื่อรองรับการกำกับของจังหวัดและการประเมินผล ที่ตามมามากกว่าจะเป็นการดำเนินงานที่หวังผลด้านสุขภาพของประชาชน

#### 5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้สรุปเป็นแนวคิดเพื่อใช้ในการศึกษาได้ว่า มีปัจจัย 3 ด้าน คือปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านชุมชน มีความ

สัมพันธ์กับความพร้อมในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น ทั้งด้านบริการ ด้านบริหาร และด้านวิชาการ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.4)



แผนภาพที่ 2.4 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา