

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องการประเมินความพร้อมในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง ผู้ศึกษาได้สรุปสาระสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature review) ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชน
2. มาตรฐานเบื้องต้นของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. แนวคิดเรื่องพฤติกรรมองค์การ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. แนวคิดเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ทั้งนี้ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดบริการให้แก่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

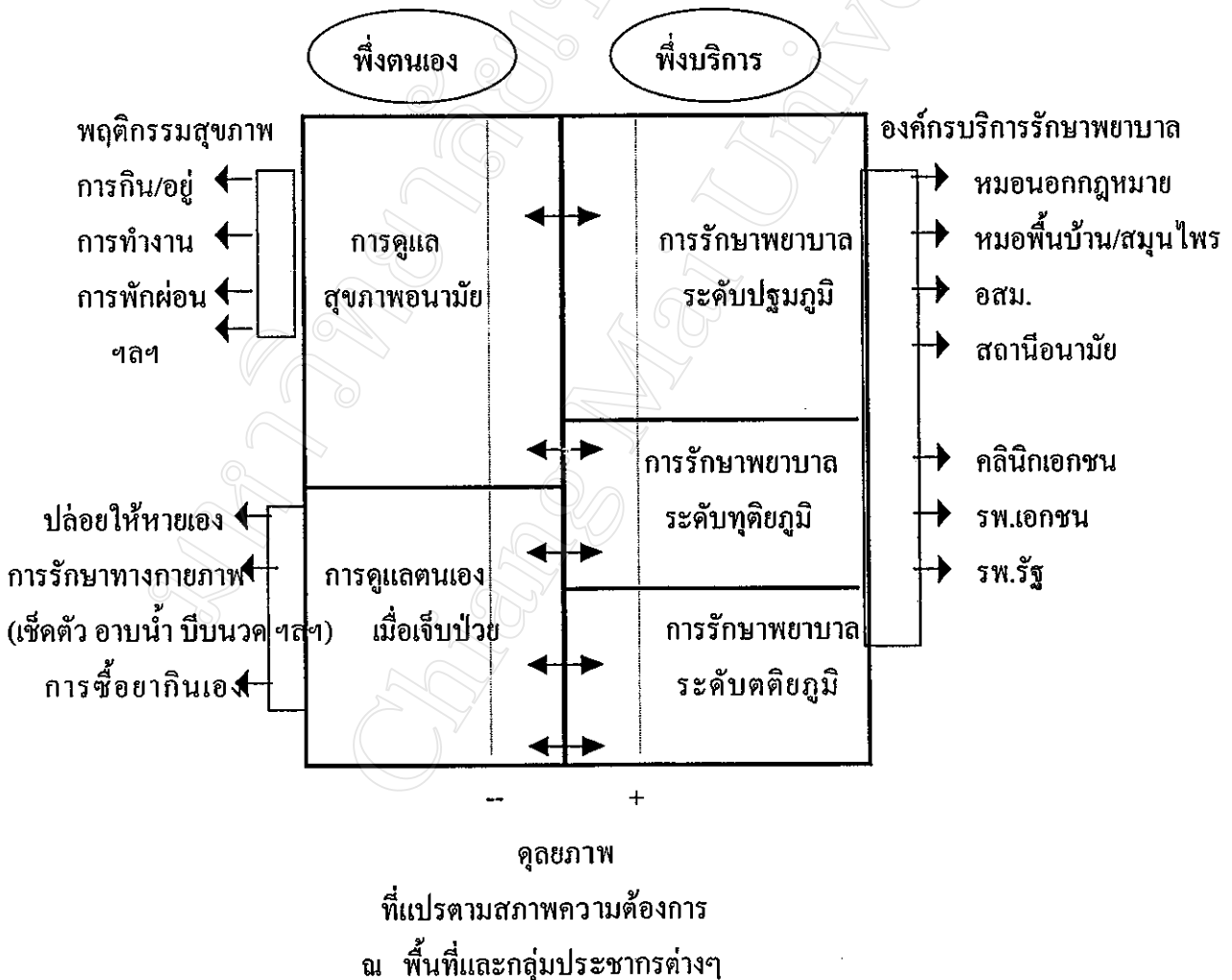
ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นระบบการให้บริการด่านแรก (gatekeeper) ซึ่งมีความสำคัญในระบบการให้บริการสาธารณสุขโดยจะเป็นบริการแรกที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสามารถให้บริการแบบบูรณาการ โดยใช้หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว คือการให้บริการดูแลประชาชนในระดับบุคคลและครอบครัวอย่างผสมผสานและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ ทุกระบบของร่างกายและทุกโรค (Saultz J, 2000 : 3)

ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรศึกษาให้ทราบถึงระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนซึ่งมีความซับซ้อนและหลากหลาย โดยบริการในระดับปฐมภูมิต้องรับผิดชอบดูแล

ประชาชนตั้งแต่ยังมีสุขภาพแข็งแรง จนถึงขณะที่เจ็บป่วย ตลอดจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยที่ป่วยหนัก ไปรักษาต่อในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิต่อไป

องค์ประกอบหลักของการดูแลสุขภาพของคนเราอาจแบ่งออกได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการที่ประชาชนดูแลตนเองหรือพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองหรือการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อยคือ การดูแลสุขภาพอนามัยต่างๆ ไป ในขณะที่ไม่ป่วย ได้แก่ การกิน การทำงาน การพักผ่อน กับอีกส่วนหนึ่งคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องพึ่งพาบริการ ดังรายละเอียดในแผนภูมิต่อไปนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542 : 17-19)

แผนภูมิที่ 1 การดูแลและแก้ไขปัญหสุขภาพอนามัย



วิชัย โปษยะจินดา, 2542 (อ้างใน สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542 : 17)

สิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุข คือ การสร้างดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้งสองส่วน คือ การให้บริการของสถานพยาบาล และการพึ่งตนเองของประชาชน ปัจจุบันกรอบของการให้บริการสาธารณสุขได้ถูกขยายใหญ่ขึ้น ทั้งนี้พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและจากจำนวนสถานพยาบาลเอกชนหรือคลินิกที่ผุดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ บริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้ขยายตัวเติบโตขึ้นจนทำให้นับวันประชาชนไทยก็จะยิ่งขาดแนวคิดและวิธีการในการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ นั่นคือ แม้เพียงอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถดูแลและรักษาอาการด้วยตนเองได้ แต่ประชาชนจำนวนมากก็ยังเลือกที่จะไปพบแพทย์ซึ่งหลายครั้งทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายคร่าวๆ

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นปัญหาที่รัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขต้องตระหนักและยอมรับเพื่อพิจารณาหาทางแก้ไข เพราะเมื่อวิเคราะห์ให้ละเอียดจะพบว่า การขยายการให้บริการสาธารณสุขไม่ใช่วิธีแก้ปัญหามีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่มีความยั่งยืนและไม่สามารถจะสนองตอบซึ่งความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด เหตุผลหลักก็คือ ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคลหรือทรัพยากรธรรมชาติของทุกประเทศในโลกนี้ย่อมมีปริมาณจำกัด และแม้จะมีการขยายกรอบการให้บริการสาธารณสุขให้มีขนาดใหญ่มากขึ้นได้จริงๆ แต่คุณภาพของบริการนั้นก็ย่อมจะต้องถึงจุดเสื่อมลงได้ในวาระหนึ่ง ตัวอย่างเช่น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคอีสานเมื่อปี 2536 มีจำนวนคนไข้นอกทั้งหมด 220,000 คน ต่อแพทย์ 87 คน แต่พอถึงปี 2539 พบว่าในขณะที่แพทย์ลดจำนวนลงไปเหลือ 80 คน จำนวนคนไข้กลับเพิ่มขึ้นสูงถึง 350,000 คน ซึ่งแน่นอนว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนคนไข้ในระยะเวลาต่อมาย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากมีจำนวนคนไข้มากเกินไปที่แพทย์จะดูแลได้ทั่วถึง

แนวทางการแก้ปัญหาจึงน่าจะเป็นการเปลี่ยนดุลยภาพของการรับผิดชอบ โดยลดกรอบของการที่รัฐให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีขนาดเล็กลง แล้วส่งเสริมกรอบของการที่ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองในด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่ขึ้นด้วยการทำให้ประชาชนมีความรู้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องมีความพอเหมาะที่สมดุลกับความรู้ความสามารถของประชาชนในชุมชนนั้นๆ หรือเหมาะแก่ประชาชนแต่ละคน

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการด่านแรก ซึ่งเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนมากที่สุด และเป็นหน่วยที่ประชาชนมีโอกาสไปใช้บริการมากที่สุดตามสภาพธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากกว่า หน่วยนี้หรือบริการระดับนี้จึงเป็นหน่วยสำคัญ หากได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ โดย

การช่วยทำให้เกิดสมดุลระหว่างการพึ่งบริการและการพึ่งตนเองของประชาชนมากขึ้น รวมทั้งช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสม โดยใช้บริการที่สะดวกมีคุณภาพใกล้บ้านก่อนไม่ต้องตระเวนไปใช้บริการที่ต่างๆ โดยขาดความเข้าใจอันเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งฝ่ายประชาชนและฝ่ายรัฐบาล

ในการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่ดี โดยทั่วๆ ไปต้องอาศัยองค์ประกอบหลักที่จำเป็น 3 กลุ่มด้วยกันคือ กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมการจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพและสุดท้ายเป็นกลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ โดยรายละเอียดของแต่ละกลุ่มปัจจัยมีดังต่อไปนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2545 : 12-16)

ก. กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ประกอบด้วย

1. มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อเป็นเป้าหมายของการวางแผนและจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การติดตามดูแล ตลอดจนการประเมินผล
2. ลักษณะของหน่วยบริการควรเป็นหน่วยบริการขนาดเล็กหรือขนาดกลางที่ไม่ซับซ้อนเกินไป กระจายในพื้นที่ได้ทั่วถึง สามารถสร้างความเป็นกันเอง และความใกล้ชิดกับประชาชนได้ง่ายครอบคลุมการดูแลประชากรจำนวนที่ไม่มากเกินไปเพื่อให้สามารถดูแลครอบครัวและชุมชนได้อย่างทั่วถึงจริง
3. มีการจัดระบบบริการที่ผสมผสานทั้งงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิธีการจัดบริการสามารถยืดหยุ่น และเชื่อมโยงบริการได้ตามสภาพความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้ง่าย
4. มีทีมงานที่มีทัศนคติที่ดี และมีศักยภาพในการให้บริการที่ผสมผสาน สอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ทีมงานดังกล่าวจะต้องมีขนาดไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและชุมชนอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สามารถประเมินสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และให้บริการหรือดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป ทีมงานควรมีความรู้ ความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- มีความเข้าใจแนวคิดแบบองค์รวม ในการประเมินสภาวะสุขภาพ และกำหนดกลวิธีการดำเนินการแก้ไข มีลักษณะประสานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
- มีความสามารถในการประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในมิติต่างๆ ได้อย่างรอบคอบครอบคลุม และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้

- สามารถให้บริการเบื้องต้นทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน สามารถดูแลผู้รับบริการที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนได้ดี

- สามารถดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่ประยุกต์วิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- สามารถส่งต่อและประสานงานให้กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

- มีทักษะในการสอน ให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- สามารถวางแผนระดับปฏิบัติการ และการประเมินผลเฉพาะในระดับพื้นที่ได้

- มีการจัดระบบการทำงานที่สร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นฐานสำคัญที่ทำให้ทีมงานบริการมีความเข้าใจสภาพชีวิตและปัจจัยกระทบกับประชาชนมากขึ้นและช่วยให้ประชาชนเข้าใจทีมงานบริการมากขึ้นด้วย ทีมงานควรจะมีโอกาสและเงื่อนไขที่สามารถสัมผัสชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทำความเข้าใจกับบริบทชีวิตของประชาชนซึ่งจะเป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น การสร้างปฏิสัมพันธ์เช่นนี้อาจทำได้ด้วยการออกไปทำความรู้จักคุ้นเคยกับประชาชนก่อนดำเนินการ การพูดคุยแลกเปลี่ยนขณะให้บริการ รวมทั้งการพูดคุยเยี่ยมบ้านประชาชนอย่างต่อเนื่อง หรือการสื่อสารกับประชาชนด้วยวิธีต่างๆ

- มีการจัดระบบให้ทีมงานรับผิดชอบต่อผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนโดยรวม มากกว่าการรับผิดชอบเป็นกิจกรรม และมีระบบการติดตามผู้รับบริการ หรือประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง หากขาดนัด หรือมีปัญหาการมารับบริการ ผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ และมีการติดตามดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข. กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. ที่ตั้งและการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาล หน่วยบริการควรตั้งอยู่ในชุมชน อยู่ใกล้ชิดชุมชน ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวก สำหรับการจัดองค์ประกอบของสถานพยาบาลควรคำนึงถึงความสะดวกในการไหลเวียนของผู้รับบริการ การจัดวัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้สำนักงานควรจะทำให้เกิดการสื่อสารที่กระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และสอดคล้องกับบทบาทและภาระของหน่วยบริการ

2. ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนจำเป็นต้องมีข้อมูลที่จะช่วยให้หน่วยบริการสามารถดูแลประชาชนได้อย่างเป็นองค์รวม มีความต่อเนื่องของการดูแลทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ดังนั้น นอกจากหน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพครอบครัวแล้วยังจำเป็นต้องจัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับการบริการให้สามารถดูแลประชาชนระหว่างการเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง ในขณะที่เดียวกันก็จำเป็นต้องจัดทำข้อมูลของประชาชนไว้เพื่อการดูแลในระยะยาวต่อไป

3. การจัดการระบบการเงินการคลัง หลักการสำคัญของการจัดระบบการเงินในศูนย์สุขภาพชุมชนก็คือการคิดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการจะต้องไม่เป็นอุปสรรคกับประชาชนในการใช้บริการ ขณะที่หน่วยบริการสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็ต้องไม่ส่งเสริมให้เกิดการใช้บริการที่เกินจำเป็น (over utilization) ทั้งนี้เพื่อให้สถานะทางการเงินของหน่วยบริการอยู่รอดได้

4. การเชื่อมโยงกับบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการระดับทุติยภูมิหรืออื่นๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการทางห้องปฏิบัติการได้สะดวก การเชื่อมโยงด้านสังคมสงเคราะห์ เชื่อมโยงกับบริการของชุมชน หรือบริการด้านสังคมอื่นๆ

5. แบ่งภาระงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลให้ชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน รวมถึงการปรับให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยไม่มีช่องว่างของการบริการ

ค. กลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบนี้ถือเป็นการสนับสนุนจากภายนอกเพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนดำเนินการได้ตามเป้าหมาย มิใช่เป็นปัจจัยภายในของหน่วยบริการ รวมถึงการเชื่อมโยงและการประสานงานในระดับอำเภอหรือจังหวัด ซึ่งจำเป็นต้องมีทีมงานสนับสนุนที่ชัดเจนที่ทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากร และวิชาการด้านต่างๆ เพื่อเอื้อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดบริการที่จำเป็นตามความเร่งด่วนหรือความสำคัญของปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ได้ การสนับสนุนควรมีลักษณะดังนี้

1. ทีมงานสนับสนุน จะต้องมีความเข้าใจแนวคิดและทักษะที่จำเป็นในการบริการปฐมภูมิเช่นเดียวกัน จึงจะสามารถสนับสนุนและช่วยพัฒนาได้สอดคล้อง ตรงเป้า

2. ระบบบริหารจัดการขององค์กร ที่ต้องจัดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถบริหารงานของหน่วยงานตนเองได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่น มีอำนาจในการตัดสินใจและการจัดการในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สามารถพัฒนางานด้วยตนเองต่อไปในระยะยาว

3. มีการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างพอเพียง
4. มีระบบสนับสนุนการพัฒนาผู้ปฏิบัติทั้งในด้านทัศนคติ องค์กรความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
5. มีการจัดระบบการเชื่อมต่อของการดำเนินงานระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชนกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย พร้อมข้อมูลที่พอดีกับโรงพยาบาล
6. มีการจัดระบบติดตามผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้พัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุปลักษณะของกระบวนการบริการที่หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือ บริการระดับปฐมภูมิที่ดี จึงควรมีลักษณะดังนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542 : 20)

(ก) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรค เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่น ๆ

(ข) เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (ongoing longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึง ขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง

(ค) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง (comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

(ง) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมรวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (coordinated care)

2. มาตรฐานเบื้องต้นของศูนย์สุขภาพชุมชน (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545 : 12-17)

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนไว้ดังนี้

ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU:Primary Care Unit) แต่ละแห่งควรรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน โดยในพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานีนามัยคูแล จะต้องจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน โดย

- กรณีที่มีประชากรขึ้นทะเบียนน้อยกว่า 10,000 คน สามารถตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลได้ แต่ต้องจัดระบบให้คล่องตัว
- ในกรณีที่ประชากรมากกว่า 10,000 คน สามารถตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล โดยรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ส่วนที่เหลือต้องจัดเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน
- ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่ง จะต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนที่จัดตั้งขึ้นต้องได้มาตรฐานตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

2.1.1 ชีคความสามารถ

- (1) มีการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานร่วมกับบริการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น และการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการในหน่วยบริการทุกวัน ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งต้องเปิดให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยสามารถเชื่อมต่อกับบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ
- (2) มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษา ฟันฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนในความรับผิดชอบไปรับบริการ ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง
- (3) มีบริการให้ความรู้กับประชาชนที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทุกวันทำการ
- (4) มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังคลอด วางแผนครอบครัว พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ โดยศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์
- (5) มีบริการดูแลสุขภาพเด็ก อย่างน้อย 1 – 8 วัน ต่อเดือน

(6) มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การปรึกษา รวมทั้งการติดตามเยี่ยมประจำ เพื่อทำความรู้จัก สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้าน สุขภาพให้แก่ครอบครัว และให้การปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น

(7) มีบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อประเมินสถานะสุขภาพครอบครัว และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในความรับผิดชอบ โดยศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ละแห่งจะต้องจัดบริการเยี่ยมบ้านและบริการเชิงรุกในชุมชน อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

(8) มีบริการด้านฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น

(9) มีบริการด้านการชันสูตรพื้นฐานที่ควรทำได้เองและมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว

(10) มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับ คุณภาพและมาตรฐานยา

2.1.2 บุคลากร

บุคลากรที่ทำหน้าที่บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ควรมีส่วนร่วมนของบุคลากรประเภทต่างๆ ต่อประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบดังนี้

(1) มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ขั้นต่ำคือมีคุณวุฒิในระดับประกาศนียบัตรด้านสาธารณสุข) เป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่อง ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 คนต่อประชากร 1,250 คน และในจำนวนนี้ให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 4

(2) อย่างน้อย 3 ใน 4 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในข้อ

2.1.2 (1) จะต้องทำงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นๆ

(3) มีแพทย์ในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือในเครือข่ายของบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบเป็นทีมสุขภาพ ในอัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อประชากร 10,000 คน ในพื้นที่ทุรกันดารหรือไม่สามารถหาแพทย์มาให้บริการได้ ให้จัดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คนต่อแพทย์ 1 คน เพิ่มเติมจากข้อ 2.1.2 (1) แต่ทั้งนี้ต้องมีแพทย์ไม่น้อยกว่า 1 คนต่อประชากร 30,000 คน (แพทย์มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับทีมบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้กำกับคุณภาพการบริการ ให้คำปรึกษาในการบริการ ส่วนบทบาทให้บริการโดยตรงขึ้นกับจำนวนแพทย์ที่มี และควรปรับให้สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการที่มีในพื้นที่)

(4) มีทันตแพทย์ในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือในเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ ในอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ

ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 คนต่อประชากร 40,000 คน

(5) มีเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมির่วมให้บริการและรับผิดชอบงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค ในอัตราส่วนเภสัชกร 1 คนต่อประชากร 15,000 คน ในพื้นที่ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอ ให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้นปฏิบัติงานแทน ในอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 คนต่อประชากร 30,000 คน

2.1.3 ด้านการจัดการ

ศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม คือ

- (1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบข้อมูลของประชากรที่รับผิดชอบ
- (2) มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม จักระบบข้อมูล
- (3) จัดระบบให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ
- (4) มีระบบข้อมูลผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- (5) มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- (6) มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.1.4 ด้านอุปกรณ์ อาคารสถานที่

- (1) มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ
- (2) มีสถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียง
- (3) มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการในเครือข่ายเดียวกันอย่างรวดเร็ว
- (4) มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

3. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 11-12) คือ การสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพอย่างเดียวนั้น ไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพะซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี จึงจะต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วยโดยควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ เครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตนเองพึงพอใจ ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องให้ความสำคัญกับการมีและใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) ในกรณีที่เกินความสามารถ ศูนย์สุขภาพชุมชนจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น สนับสนุนให้ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยกันเองและศูนย์สุขภาพชุมชนกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ คือ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็ม

เวลา) โรงพยาบาลขนาดใหญ่สามารถเป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ภายในเงื่อนไขเวลาที่กำหนด

ความสัมพันธ์ในเชิงคู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขณะนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการปฐมภูมิเป็นหนึ่งในจำนวนสามกลุ่มคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดระบุชัดเจนว่า

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care, CUP) หมายถึงหน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 62)

ในกรณีที่จัดบริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาได้โดยตรง เราจะเรียกบริการนี้ว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main contractor) ส่วนหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ทุกประเภท หรือไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด เราจะเรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” (Sub-contractor) ซึ่งจะไม่สามารถรับขึ้นทะเบียนเป็นคู่สัญญาได้ เว้นแต่จะรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่สามารถจัดบริการได้ครบและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรก (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 12) ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ (เว้นแต่เป็นกรณีที่เกิดขีดความสามารถ ศูนย์สุขภาพชุมชนจึงค่อยส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลแห่งอื่น) ทั้งยังจะสนับสนุนให้ศูนย์สุขภาพชุมชนประสานงานกับหน่วยบริการระดับต้นของสถานพยาบาลระดับอื่นในลักษณะเครือข่าย หรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนได้อีกด้วย ตามหลักการจัดเครือข่ายระบบบริการสุขภาพที่ต้องการให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายไปอย่างทั่วถึง และประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย เหตุนี้เองที่ทำให้บริการปฐมภูมิซึ่งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการสุขภาพทุกระดับจำเป็นต้องถูกกำหนด

บทบาท รวมถึงพยายามให้ปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมรายละเอียดต่างๆ ในกระบวนการปฏิบัติงานที่ คาดว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ใช้บริการและต่อตัวระบบเอง

งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2544 : 15-20) ทั้งนี้แยกเป็นรายละเอียดดังนี้

(1) งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งแบ่งออกเป็น ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาทต่อคนต่อปี ผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษาพยาบาล ที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาทต่อคนต่อปี อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาทต่อคนต่อปี

(2) งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี

(3) งบลงทุน (10% ของงบประมาณในการรักษาพยาบาล) 93.40 บาทต่อคนต่อปี

โดยงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่จะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดย งบประมาณสำหรับการลงทุน การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉินจะบริหารโดย กองทุนที่ส่วนกลาง ในระยะเปลี่ยนผ่าน กองทุนบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารงบกองทุนดังกล่าว ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่ในระยะเปลี่ยนผ่านจะแยกงบประมาณหมวดเงินเดือนที่จะจ่ายให้กับสถานพยาบาลของรัฐไว้เป็นการเฉพาะ สถานพยาบาลของรัฐจะได้รับจัดสรรงบตาม อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คูณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน หักด้วย งบประมาณหมวดเงินเดือน สำหรับสถานพยาบาลของเอกชนจะได้รับจัดสรรงบตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คูณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ในระยะเปลี่ยนผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นตามแนวทางการจัดตั้ง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา คณะกรรมการฯประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้บริโภค ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนผู้ใช้บริการ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่สามารถจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ได้ให้ใช้องค์ประกอบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปลสน.จังหวัด) ทำหน้าที่ดำเนินการไปก่อน และทางเลือกในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมี 2 ทางเลือกหลักๆ คือ

รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว รวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยใน (inclusive capitation) ให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย กรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้เบิกจากกองทุน

บัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่กำหนด กรณีผู้ป่วยใน จะตามจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรับ สำหรับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยบริการระดับต้น งบสำหรับบริการผู้ป่วยใน ให้บริหารที่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่โดยจ่ายให้โรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (exclusive capitation) บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากกองทุนบัตร ประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่จะเป็นองค์กรช่วยตัดสินใจเลือกกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในจังหวัดตามกรอบแนวทางที่กำหนด โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) ของประชาชนในพื้นที่ และปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้ให้มีการประเมินผลรูปแบบกลไก การจ่ายเงินดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกมาตรฐานกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล (standardized payment mechanism) ในอนาคตต่อไป

กรณีที่มีการส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่จังหวัด ให้มีการตามจ่ายสถานพยาบาลดังกล่าวโดยใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

- กรณีผู้ป่วยนอก ให้ตามจ่ายสถานพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ให้ใช้เกณฑ์การจ่ายเงินผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุมาใช้โดยอนุโลม
- กรณีผู้ป่วยใน ให้ตามจ่ายสถานพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โดยให้ 1 RW มีค่าเท่ากับ 10,000 บาท

ภายใต้รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ กำหนด (ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบinclusive หรือ exclusive capitation) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ อาจกำหนดให้อัตรเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่จะจ่ายให้กับหน่วยบริการระดับต้นในพื้นที่ต่างๆ ของจังหวัดแตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ได้ (adjusted capitation) นอกจากนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ยังอาจกันเงินจำนวนหนึ่งจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เพื่อจ่ายให้สถานพยาบาลเมื่อสิ้นงวด (เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี) ตามผลงานการให้บริการซึ่งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่สามารถกำหนดตาม สภาพปัญหาของพื้นที่

4. แนวคิดเรื่องพฤติกรรมองค์กร

4.1 องค์กรกับการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ยิ่งในยุคปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก องค์กรทุกองค์กรมีวัตถุประสงค์เพื่อความอยู่รอดและเจริญเติบโต ดังนั้นองค์กรจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก องค์กร ผู้บริหารจึงต้องรู้จักการบริหารการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องสามารถวางแผนและปรับปรุงองค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วหรือกำลังจะเกิดขึ้นขององค์กร โดยทั้งนี้ยังต้องให้องค์กรสามารถดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ด้วย (สายหยุด ใจสำราญ และ สุภาพร พิศาลบุตร, 2543 : 12)

แรงกดดันของการเปลี่ยนแปลงจำแนกได้เป็น 2 ประเภท (เทพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ, 2540 : 264) ดังนี้คือ

4.1.1 แรงภายนอกที่ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลง (external forces for change) มีแรงภายนอกหลายอย่างที่เข้ามากระทบองค์กรและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แรงเหล่านี้จะแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือ

- (1) มีการแข่งขันกันอย่างมากในแง่การตลาด เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในหน่วยงานเอกชนและของรัฐ
- (2) มีความเจริญอย่างรวดเร็วทางด้านเทคโนโลยี
- (3) การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพและทางด้านสังคม

ในการที่จะดำรงอยู่ในสภาพที่มีการแข่งขันอย่างนี้ องค์กรต้องมีการต่อสู้ มีการบุกเบิกให้อยู่ในแนวหน้าหรือเป็นผู้นำในด้านนั้นๆ อยู่เสมอ ไม่สามารถจะอยู่เฉยๆ หรือคอยต่อไปได้อีก การนำเอาเครื่องคอมพิวเตอร์มาใช้ การออกกฎหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ เกี่ยวกับแรงงานเหล่านี้เป็นตัวอย่างของสภาวะการณ์หรือแรงภายนอก ซึ่งล้วนแต่มีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ้น

4.1.2 แรงภายในที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (internal forces for change) มีแรงภายในมากมายที่เป็นตัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในองค์กร โดยทั่วไปที่เห็นได้ง่าย ได้แก่ การเปลี่ยนที่เกี่ยวกับเครื่องจักร อุปกรณ์การทำงาน วิธีการทำงาน มาตรฐานงาน บุคลากร และการปรับตัวให้เข้ากับองค์กร สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับผู้ที่ซึ่งมีอำนาจมากกว่าอำนาจหน้าที่ สถานภาพ และความรับผิดชอบ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงภายในมีผลกระทบท่อดัวแปรต่าง ๆ ขององค์กรและของมนุษย์ ทางที่ดีที่สุดที่จะเข้าใจรายละเอียดของการ

เปลี่ยนแปลงภายในก็คือ การศึกษาถึงขบวนการพลวัตของการเปลี่ยนแปลงขององค์การ และการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์

4.2 การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในองค์การ(สายหยุด ใจสำราญและสุภาพร พิศาล บุตร, 2543 : 13)

เมื่อองค์การต้องมีการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดและความเจริญรุ่งเรืองขององค์การ ก็มักจะได้รับการต่อต้าน หรือได้รับการยอมรับจากสมาชิกในองค์การอยู่เสมอเป็นเรื่องธรรมดา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทุกครั้งย่อมมีคนได้และคนเสียประโยชน์อยู่ด้วย สำหรับสาเหตุของการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในองค์การสามารถแยกได้เป็นสองสาเหตุใหญ่ ๆ ดังนี้

4.2.1 สาเหตุส่วนบุคคล ได้แก่

(1) มีความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กระบวนการ ตลอดจนผลของการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

(2) ไม่เห็นความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง

(3) ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้แจ้ง

(4) กลัวสูญเสียสถานภาพ ความมั่นคง อำนาจและอื่นๆ

(5) การไม่มีส่วนร่วมแต่แรกเริ่มทางด้านความคิดที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

(6) ไม่อยากให้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งสิ้น เป็นคนที่ติดอยู่กับสิ่งเดิม

(7) ในสภาพเดิมได้รับประโยชน์อยู่

(8) ความรู้สึกทางด้านวัฒนธรรมองค์การหรือการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นการทำลายค่านิยมของคน

4.2.2 สาเหตุจากองค์การ ได้แก่

(1) บรรยากาศขององค์การขณะนั้นดีอยู่แล้ว

(2) องค์การลงทุนไปมากแล้วจึงยังไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะได้ทุนคืน

(3) การขัดแย้งกันเองหรือแข่งขันกันเองระหว่างองค์การฝ่ายอื่นๆ จึงทำให้ขาดการร่วมมือกัน

(4) วิธีการที่เลือกใช้ในการเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ดี ไม่เหมาะสม

(5) โครงสร้างขององค์การไม่เอื้ออำนวยในการเปลี่ยนแปลง

(6) ระบบผลตอบแทนทำให้ต้องรักษาสภาพเดิมไว้

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรอาจจะพิจารณาถึงองค์การทั้งหมดระบบย่อยๆ ขององค์การ กลุ่ม ตลอดจนถึงระดับของการบังคับบัญชาก็ได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงขององค์การทั้งหมดนั้น อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านบรรยากาศและวัฒนธรรมขององค์การแบบแผนของการติดต่อสื่อสาร โครงสร้างการทำงานให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนเทคนิคในการควบคุมภายในองค์กร

4.3 การลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

ในการลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในองค์กรนั้นถึงแม้จะไม่มีวิธีแก้ไขที่แน่นอนตายตัว อย่างไรก็ตามก็มีวิธีการหลายอย่างที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยลดการต่อต้านหรือเปลี่ยนการต่อต้านมาเป็นความพร้อมหรือการยอมรับได้หลายกลยุทธ์ด้วยกัน หากผู้บริหารสามารถนำไปปรับใช้อย่างสอดคล้องเหมาะสม (สายหยุด ใจสำราญและสุภาพร พิศาลบุตร, 2543 : 16)

การลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน ดังต่อไปนี้

4.3.1 การจูงใจหมายถึง การกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานโดยการจูงใจ ซึ่งเป็นกลไกทางจิตวิทยา บุคคลจะถูกชักจูงให้ทำงานตามเป้าหมายที่กำหนดถ้าหากเขารู้สึกว่าการกระทำเช่นนั้นให้ผลประโยชน์แก่ตนเองได้ดีที่สุด (Hodgetts and Kuratko, 1986 : 283) โดยแรงจูงใจจะมีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความสามารถ ความอดสาหัส และความต้องการ

การจูงใจในองค์กรอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือการจูงใจจากภายในและการจูงใจจากภายนอก (สมยศ นาวิการ, 2544 : 126-132)

(1) การจูงใจจากภายใน (internal motivation) เป็นความต้องการและความปรารถนาที่มีอยู่ภายในบุคคลจะสร้างแรงจูงใจภายในของเขาขึ้นมา พลังเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดความคิดของบุคคลที่นำไปสู่การเกิดขึ้นของพฤติกรรมของบุคคล ภายในสถานการณ์บางอย่าง ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจจากภายใน ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการ (need theory) ซึ่งกล่าวไว้ว่าความต้องการของบุคคลอยู่ภายในตัวของบุคคลเอง แรงจูงใจให้กระทำของบุคคลจึงมาจากพลังที่อยู่ภายในตัวของตนเอง ตัวอย่างทฤษฎีความต้องการที่มีชื่อเสียงและรู้จักกันแพร่หลายคือ ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) ของอับราฮัม มาสโลว์ (Abraham H. Maslow) ที่ถูกสร้างขึ้นใน ค.ศ. 1943 โดยมีข้อสมมติฐานว่า ความต้องการของบุคคลสามารถเรียงลำดับตามความสำคัญได้จากความต้องการระดับต่ำสุดถึงระดับสูงสุดดังต่อไปนี้

- ความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological needs) ถือเป็นความต้องการเบื้องต้นเพื่อการอยู่รอด เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ และความต้องการทางเพศ ความต้องการทางร่างกายจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลต่อเมื่อความต้องการทุกอย่างของบุคคลยังไม่ได้รับการตอบสนองเลย มาสโลว์ชี้ให้เห็นว่าบุคคลใดก็ตามที่ยังอยู่ในสภาวะของการขาด

อาหาร ความปลอดภัย การเข้าสังคม และความมีชื่อเสียงแล้ว บุคคลจะมีความต้องการอาหารมากกว่าสิ่งใด ๆ

- ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เมื่อความต้องการทางร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จะมีความต้องการความปลอดภัย เพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับร่างกาย เมื่อพิจารณาจากทัศนะของฝ่ายบริหารแล้ว ความต้องการความปลอดภัยหมายถึง การต้องการความแน่นอนหรือการรับประกันความมั่นคงของงานหรือการเงินเช่นความต้องการเพิ่มผลตอบแทนทางการเงินให้สูงขึ้น

- ความต้องการทางสังคม (social needs) เมื่อความต้องการทางร่างกายและความปลอดภัยได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการทางสังคมจะเริ่มเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลมีนิสัยชอบอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ดังนั้นความต้องการดังกล่าวนี้เป็นความต้องการอยู่ร่วมกัน การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และการมีความรู้สึกว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคมอยู่เสมอ

- ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (esteem needs) ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียงเป็นความต้องการระดับสูง ได้แก่ ความต้องการความมั่นใจตนเองทางด้านความรู้ความสามารถ ความต้องการการยกย่องสรรเสริญจากบุคคลอื่น และความต้องการทางสถานภาพ เป็นต้น

- ความต้องการความสมหวังของชีวิต (self - actualization needs) ความต้องการความสมหวังของชีวิตเป็นความต้องการระดับสูงสุด เป็นความต้องการความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของเขาเอง บุคคลจะพยายามผลักดันชีวิตของเขาเองให้เป็นที่ไปในทางที่ดีที่สุดที่เขาคาดหวังเอาไว้และสิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับขีดความสามารถของเขาเอง เมื่อเขาต้องการที่จะเป็นอะไร เขาจะพยายามเป็นไปให้ได้ เช่น ความคิดฝันเป็นนักธุรกิจ เป็นต้น

(2) การจูงใจจากภายนอก (external motivation) ทฤษฎีการจูงใจจากภายนอกถูกสร้างขึ้นมาจากพื้นฐานของทฤษฎีการจูงใจจากภายใน ทฤษฎีการจูงใจจากภายนอกรวมเอาพลังต่างๆ ที่มีอยู่ภายในบุคคล และปัจจัยต่าง ๆ ที่ควบคุมโดยผู้บริหาร เช่น สภาพแวดล้อมของงาน เงินเดือน และนโยบาย ของบริษัท การยกย่อง ความก้าวหน้า และความรับผิดชอบ เข้าไว้ด้วยกัน ตัวอย่างทฤษฎีแรงจูงใจจากภายนอกได้แก่ ทฤษฎีปัจจัยจูงใจ-ปัจจัยอนามัยของ Herzberg (Herzberg's motivation-hygiene theory) ซึ่งถือว่าเป็นทฤษฎีการจูงใจจากภายนอกเพราะว่าผู้บริหารควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความพอใจและความไม่พอใจในงานที่ทำ (สมยศ นาวิการ, 2544 : 132-133) การศึกษาข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่รวบรวมมาได้จากการสัมภาษณ์นักบัญชีและวิศวกรมากกว่า 200 คนที่เมืองพิตต์สเบิร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์เขาได้กำหนดสมมติ

ฐานของปัจจัยนี้ขึ้นมาได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพอใจงานที่แตกต่างจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจงานที่ทำ สิ่งที่ตรงกันข้ามของความพอใจในงานที่ทำคือไม่มีความพอใจในงานที่ทำ และในทำนองเดียวกันสิ่งที่ตรงกันข้ามของความไม่พอใจในงานที่ทำ คือ ไม่มีความไม่พอใจในงานที่ทำ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ ความพอใจของพนักงานไม่ได้เกิดขึ้นจากการลดหรือกำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ แต่เกิดจากปัจจัยที่เรียกว่าปัจจัยจูงใจ (motivation factor) สิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจจะเกี่ยวพันกับเนื้อหาหรือลักษณะของงาน ปัจจัยที่นำไปสู่ความพอใจงานที่ทำได้แก่ความสำเร็จ การยกย่อง ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าของงาน ในทางตรงกันข้ามเมื่อความรู้สึกไม่พอใจดูกรายงานออกมา ความรู้สึกไม่พอใจไม่ได้เกิดขึ้นจากการขาดปัจจัยจูงใจ แต่เกิดขึ้นจากการขาดปัจจัยอนามัย (hygiene factor) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของพนักงานต่อสภาพแวดล้อมของงาน สิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจจะสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของงานที่ทำ ส่วนสิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจจะสัมพันธ์กับเนื้อหาของงานที่ทำ สิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ ได้แก่ นโยบายและการบริหารงานของบริษัท การบังคับบัญชาทางเทคนิค เงินเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมของการทำงาน เมื่อปัจจัยอนามัยอยู่ต่ำกว่าระดับที่พนักงานยอมรับ เขาจะเกิดความไม่พอใจ แต่อย่างไรก็ตามเมื่ออยู่เท่ากับหรือสูงกว่าระดับที่ยอมรับ ความไม่พอใจจะไม่เกิดขึ้น การไม่มีความไม่พอใจจะนำไปสู่สถานะที่เป็นกลางเท่านั้น ไม่ใช่ระดับของความพอใจใดๆ พนักงานที่พิจารณางานของเขาว่ามีเงินเดือน การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นโยบายของบริษัท และสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ดีจะไม่รู้สึกไม่พอใจงานที่ทำ แต่เขาจะไม่พอใจงานที่ทำได้ด้วย โดยสรุปการค้นพบที่สำคัญของการศึกษาครั้งนี้คือ ปัจจัยอนามัยจะมีผลกระทบต่อความไม่พอใจงานที่ทำและปัจจัยจูงใจจะมีผลกระทบต่อความพอใจงานที่ทำ ทฤษฎีที่กล่าวมานี้แสดงให้เห็นเป็นนัยว่าผู้บริหารควรพิจารณาถึงทักษะที่มีต่องานของพนักงานของพวกเขาใน 2 ด้าน คือ สิ่งที่ทำให้เขามีความสุขและสิ่งที่ทำให้เขาไม่มีความสุข สมมติฐานของทฤษฎีการจูงใจสมัยใหม่ที่ว่าการเพิ่มค่าจ้างและการปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมของการทำงานจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิต และลดการขาดงาน และการออกจากงานลงนั้นไม่ถูกต้อง ปัจจัยเหล่านี้ทุกอย่างสามารถกำจัดความไม่พอใจและป้องกันปัญหาเหล่านี้เท่านั้น ปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถทำให้พนักงานเกิดความพอใจงานที่ทำได้ ปัจจัยจูงใจเท่านั้นสามารถทำให้พนักงานเกิดความพอใจงานที่ทำได้ เนื่องจากพนักงานอาจจะมีปฏิกริยาในทางบวกหรือลบต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้บริหารของพวกเขากระทำ ดังนั้น ผู้บริหารควรจะใช้การจูงใจจากภายนอกที่ทำให้เกิดการตอบสนองในทางบวกของพนักงาน และการตอบสนองในทางบวกเหล่านี้จะชี้ให้เห็นว่าผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาของเขากำลังทำงานเพื่อผลประโยชน์ขององค์กร ผู้บริหารสามารถใช้การจูงใจจากภายนอกที่เป็นบวกหรือลบได้ การจูงใจทางบวกจะให้รางวัลกับการปฏิบัติ

งานที่ดี การจูงใจทางลบจะลงโทษการปฏิบัติงานที่ไม่ดี การจูงใจทั้งสองสามารถใช้ได้โดยผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกวัน

4.3.2 การมีส่วนร่วม เนื่องจากการที่บุคลากรขององค์กรได้มีส่วนร่วม ในการวางแผนและการดำเนินงานการเปลี่ยนแปลงจะสามารถเข้าใจเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า หมายถึง กระบวนการของการให้ผู้ที่อยู่ได้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการทำงาน และการตัดสินใจ โดยผู้บริหารแบ่งอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจให้แก่ผู้ที่อยู่ได้บังคับบัญชา ผู้ที่อยู่ได้บังคับบัญชาได้รับข้อมูลที่มีความหมายในการบริหารและการตัดสินใจกระทำเป็นทีม (สมยศ นาวิการ, 2545 : 1-6) โดยมีประเด็นที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการทำงาน การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการประเมินผลงาน การมีส่วนร่วมในประโยชน์ที่ได้รับ และการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นโดยสมัครใจ

4.3.3 ความรู้ความเข้าใจ เนื่องจากการให้ความรู้แก่บุคลากรขององค์กรเกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงและผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากการดำเนินการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคลากรได้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้อง เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้เห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงจึงให้ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงขึ้น ไม่ต่อต้านเหมือนเดิม เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง กรณีนี้ควรใช้เมื่อบุคคลขาดข้อมูลหรือข้อมูลและการวิเคราะห์ไม่ถูกต้อง

4.3.4 การติดต่อสื่อสารหรือการเจรจาต่อรอง เป็นกระบวนการทางสังคมที่คนตั้งแต่สองคนขึ้นไปใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและร่วมรับรู้ความหมายที่ตรงกัน (Moorhead and Griffin, 1998 : 256) การติดต่อสื่อสารในองค์กร (ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ, 2541 : 191-192) มีประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญกับการติดต่อสื่อสารผู้บริหารต้องมีการกระทำและคำพูดที่สอดคล้องกัน การสื่อสารควรเป็นการสื่อสารแบบสองทางและเน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารแบบเผชิญหน้า การร่วมกันรับผิดชอบสำหรับการติดต่อสื่อสารกับพนักงาน การจัดการกับข่าวร้ายหรือคำร้องเรียน การใช้รูปแบบของข่าวสารข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ฟัง การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องการเจรจาต่อรองจะใช้วิธีการต่อรองอย่างเป็นทางการกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น การเจรจาต่อรองกับสหภาพแรงงาน ในการเจรจาต่อรองนั้นจะต้องชี้ให้เห็นว่า ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงแล้วจะเกิดความล้มเหลวในการดำเนินงานขององค์กรและส่งผลกระทบต่อองค์กรอย่างไรเกิดขึ้นกับบุคลากรขององค์กรบ้าง และผลของการเจรจาต่อรองอาจต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้วิธีนี้ควรใช้เมื่อบุคลากรบางคนหรือกลุ่มบางกลุ่มที่มีพลังต่อต้านอาจจะเสียหายอย่างเห็นได้ชัดในการเปลี่ยนแปลง

4.3.5 การสนับสนุนด้านทรัพยากร วิธีการนี้ผู้บริหารจะสนับสนุนช่วยเหลือบุคลากรขององค์กรทางด้านการเตรียมตัวรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กล่าวคือ การเปลี่ยน

แปลงจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มเปลี่ยนแปลงสิ่งที่จำเป็นเร่งด่วนก่อน มีการประกาศการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้าและยอมให้เวลากับบุคลากรในการปรับตัวกับวิถีทางใหม่ของการปฏิบัติงานและสนับสนุนทางด้านทรัพยากรต่างๆ กำหนดหน่วยงานในองค์กรอย่างยุติธรรม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวจะช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงได้ สำหรับวิธีการนี้เหมาะสำหรับการต่อต้านอันเนื่องมาจากปัญหาการปรับตัว หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรบุคคล เงินงบประมาณ วัสดุสิ่งของ และความรู้หรือระบบการบริหารจัดการ โดยมีประเด็นที่สำคัญที่ควรคำนึงถึง คือ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ การได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ การได้รับการสนับสนุนเรื่องระบบงาน การได้รับการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การได้รับการสนับสนุนครุภัณฑ์และวัสดุ การได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากร

4.3.6 ภาวะผู้นำในองค์กร หมายถึง กระบวนการของการมีอิทธิพลต่อกิจกรรมของบุคคลหรือของกลุ่ม เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดขึ้นตามสถานการณ์นั้นๆ (Hersey and Blanchard, 1972 : 68) ภาวะผู้นำในองค์กร ตามทฤษฎีภาวะผู้นำที่มีความสามารถพิเศษของเฮาส์ (House's charismatic leadership theory) (รังสรรค์ ประเสริฐศรี, 2544 : 51) มีประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้ได้บังคับบัญชาให้ความไว้วางใจ (trust) ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดความเชื่อถือ (beliefs) ในผู้นำ ผู้ได้บังคับบัญชายอมรับ (acceptance) การกระทำของผู้นำ ผู้ได้บังคับบัญชาชื่นชอบในตัวผู้นำ (affection) ผู้ได้บังคับบัญชาจะอยู่ในโอวาทเชื่อฟัง (obedience) ผู้ได้บังคับบัญชาเกิดการเอาอย่างผู้นำ (emulation) ผู้ได้บังคับบัญชาจะมีอารมณ์อยากทำงานร่วมกับกลุ่ม (emotion involvement) ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายระดับสูง ผู้ได้บังคับบัญชาอุทิศตนเพื่อความสำเร็จตามพันธกิจขององค์กร

จากวิธีการต่าง ๆ ในการลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในองค์กรดังกล่าวข้างต้น ถ้าพิจารณาให้ลึกซึ้งก็จะพบว่าแต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนั้นในการที่จะนำวิธีใดไปใช้จึงควรนำไปใช้ด้วยความรอบคอบระมัดระวังและให้สอดคล้องกับภาวะการณ์ ซึ่งบางกรณีอาจเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งและบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้การผสมผสานวิธีการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (ม.ป.ป.) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา ซึ่งได้เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2534 พบว่า สถานบริการลักษณะศูนย์แพทย์ชุมชนนั้นมีประโยชน์ โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นสมาชิกซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถเป็นที่พึ่งทางด้านสุขภาพสำหรับสมาชิกได้แต่มีข้อจำกัดเรื่องประชากรที่รับผิดชอบ ที่กำหนดว่าศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่งควรรับผิดชอบประชากรประมาณ 10,000 คน จึงมีการสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งที่ 2 แต่พบปัญหาการขาดแพทย์ทำงานอย่างต่อเนื่องเนื่องจากวิวัฒนาการของการเรียนแพทย์และวิวัฒนาการของระบบสาธารณสุขไทย บทบาทและหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องรับผิดชอบและทำงานในศูนย์แพทย์ชุมชนที่มีลักษณะคล้ายสถานีนามียถือว่าเป็นเรื่องแปลก และไม่ใช่ว่าสิ่งที่คาดหวังกันว่าแพทย์จะมาทำงานในลักษณะ โครงสร้างแบบนี้ และปัญหาที่สำคัญสำหรับการมีแพทย์ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนคือเรื่องรายได้ ความก้าวหน้าในชีวิต การงาน ศักดิ์ศรี และความพึงพอใจกับงานที่ทำ ซึ่งจะดีกว่าสำหรับแพทย์ที่ไปทำงานในระดับโรงพยาบาล ซึ่งทางโครงการได้แก้ไขปัญหานี้โดยการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อมาทำงานแทนแพทย์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งที่ 2 ซึ่งยังมีความกังวลใจจากหลายฝ่ายในศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติที่มาทำงานแทนแพทย์ แต่เมื่อยังมีความจำเป็นต้องใช้พยาบาลแทนแพทย์ ทีมงานก็ได้ตั้งสมมติฐานถึงข้อดีของการให้พยาบาลทำหน้าที่แทนแพทย์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนซึ่งต้องการการพิสูจน์ดังต่อไปนี้

(1) ระบบดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ที่เป็นผู้นิเทศและพยาบาลที่เป็นผู้รับบริการนิเทศ จนกระทั่งสามารถสร้างมาตรฐานร่วมกันเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริการผู้ป่วยต่อไป

(2) เป็นการเพิ่มศักดิ์ศรี (prestige) ของพยาบาลที่ทำงานแทนแพทย์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนทั้งในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

(3) สำหรับการให้บริการสุขภาพในบางกรณี เช่น เป็นโรคต่างๆ ในความหมายทั่วไปหรือการมารับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค แพทย์ทั่วไปอาจให้บริการด้วยความรู้สึกที่ไม่ทำทายเป็นหรือเกิดความรู้สึกน่าเบื่อ แต่ถ้าเป็นการให้บริการกรณีเดียวกันโดยพยาบาล ความรู้สึกที่น่าเบื่อที่จะต้องให้บริการอาจมีน้อยกว่าและแรงจูงใจที่จะให้บริการอาจมีมากกว่า

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2539) ได้ทำการประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย โดยในส่วนของการบริหารงบประมาณพบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นหนักไปในการพัฒนาโครงสร้าง โดยมีกิจกรรมหลักคือการก่อสร้างสถานีนามัยขนาดใหญ่และการสนับสนุนครุภัณฑ์ให้กับสถานีนามัยขนาดใหญ่ ส่วนการสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาด้านวิชาการและเทคโนโลยี การพัฒนาระบบงานเพื่อพัฒนาบริการของสถานีนามัยยังไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร และยังคงมีปัญหาคาดแคลนบุคลากรในสถานีนามัย ซึ่งตามกรอบอัตราค่าจ้าง คือ 3-5 คนต่อแห่ง แต่ในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจริงเฉลี่ย 3.08 คนต่อแห่ง (ข้อมูลปี 2539) ซึ่งเกิดจากนโยบายในการจำกัดการขยายตัวของข้าราชการประกอบกับมีการก่อสร้างสถานีนามัยเพิ่มขึ้นตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ทำให้มีความจำเป็นต้องเกลี้ยบุคลากรไปปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่สร้างขึ้นใหม่ จนเกิดเป็นปัญหาคาดแคลนบุคลากรในภาพรวม

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (2542) ได้วิเคราะห์ถึงเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศไทย โดยใช้กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลป่ง จังหวัดพะเยา โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่งคือ ศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวได้แก่

- (1) ความใกล้ชิดประชาชนใกล้บ้านและใกล้ใจ
- (2) การขึ้นทะเบียนสมาชิกเพื่อให้เกิดความชัดเจน
- (3) การทำงานเป็นทีมกระตือรือร้นและทำงานได้หลายด้านทั้งรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (4) การเยี่ยมบ้าน ทำให้เจ้าหน้าที่ได้รู้จักกับชีวิต ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ที่มารับบริการมากขึ้น และช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความศรัทธาของประชาชนต่อสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว
- (5) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของผู้มารับบริการ เช่น แบบบันทึกอนามัยครอบครัว

เบญจา รอดชาย (2544) ได้ศึกษาถึงความพร้อมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการทำงานและตัดสินใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาสายงานบังคับบัญชาใช้การสั่งการในแนวดิ่งและสร้างภาพให้ทุกคนได้รับทราบข้อมูลแต่ไม่ได้เปิดช่องทางให้เจ้าหน้าที่เข้าไปร่วมแสดงความคิดเห็น ส่วนปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ผกผันกับความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของดาบทิพย์ รุติพงษ์พาณิชย์ (2539) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการที่เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติเป็นปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการคุณภาพโดยรวม

เนลสันและคณะ ได้สำรวจวิจัยถึงความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงบทบาทและโครงสร้างขององค์กรด้านสาธารณสุขใน Cobb County แอตแลนต้า สหรัฐอเมริกา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมมากที่สุดคือภาวะผู้นำ รองลงมาคือ การวางแผน การทำงานเป็นทีม พันธกิจ ข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติงานตามลำดับ (Nelson, et al., 1998)

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

