

ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

๑. นิยามศัพท์

เขตเมือง ความหมายตามราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ คนขึ้นไป และความหมายตามศัพท์ทางนุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๘) หมายถึง พื้นที่ที่มีลักษณะสำคัญของความเป็นเมือง คือ มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น หรือมีจำนวนคนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ โดยประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่ใช้เกษตรกรรม

ระบบสุขภาพ (health system) หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (มาตรา ๓ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) ซึ่งมีผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ ความปลอดภัย และมีผลสัมฤทธิ์ที่ทำให้ประชาชนมีระดับสุขภาพและความเป็นธรรมเชิงสุขภาพที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพ คุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน โดยระบบสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานอย่างน้อย ๖ ประการ ได้แก่ ๑) การให้บริการสุขภาพ ๒) บุคลากรสุขภาพ ๓) สารสนเทศสุขภาพ ๔) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี ๕) การเงินการคลังสุขภาพ ๖) ภาวะผู้นำและการอภิบาล (รายละเอียดเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๘ / หลัก ๓ / ผแนวก ๑)

ระบบบริการสุขภาพ (health care systems/health service systems) หมายถึง แบบแผนของการจัดบริการสุขภาพ จัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพ มักจะใช้เพื่อหมายถึงระบบหรือโครงการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนหรือสาธารณะ โดยการลงทุนของรัฐหรือหน่วยงานเอกชนหรือร่วมกันทั้งสองภาคส่วน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ และในความหมายที่กว้าง องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพจะครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้ ๑) บริการดูแลสุขภาพรายบุคคลของบุคคลและครอบครัว ใช้บริการได้ตามโรงพยาบาล คลินิก ศูนย์สุขภาพในชุมชน ในสำนักงานแพทย์ และในบ้านของผู้รับบริการเอง ๒) บริการสาธารณสุขซึ่งจำเป็นต่อการรักษาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพเช่นการควบคุมน้ำ อาหารและยา และกฎความปลอดภัยต่าง ๆ ที่มุ่งปกป้องประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ๓) กิจกรรมฝึกอบรมสอนแนะและวิจัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วยและการรักษาโรค และ ๔) การเรียกเก็บค่าบริการจากบุคคลภายนอก เช่น จากระบบประกันสุขภาพ

๒. บทนำ

ความมีลักษณะของชุมชนเมืองเป็นปัจจัยสำคัญลำดับต้น ๆ ของระบบสาธารณสุขของโลก ในศตวรรษที่ ๒๑ ซึ่งมีผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ คาดว่ามากกว่าร้อยละ ๗๐ ของประชากรทั่วโลกจะอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้คาดประมาณจำนวนประชากรภายในประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ว่ามีประชากร

อาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ ๔๕.๙๐ ซึ่งแตกต่างจาก ประชากรเขตเมืองปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่มีอัตราส่วนเพียงร้อยละ ๓๖.๑๒ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มการมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองและใช้ชีวิตแบบเมืองเพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเขตเมือง เช่น ธรรมชาติของเขตเมือง ลักษณะของประชากร สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และที่มนุษย์สร้างขึ้น การพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจ การจัดการบริการและภาวะฉุกเฉินต่อสุขภาพ และความมั่นคงทางอาหาร

ในขณะที่ความเป็นชุมชนเมืองนำมาซึ่งโอกาสต่าง ๆ สภาวะเช่นนี้ก็สามารถนำมาซึ่งปัญหาท้าทายต่อการมีสุขภาพที่ดีกว่าเดิมของประชากรเขตเมือง เมืองต่าง ๆ ทั่วโลกในปัจจุบันนี้และพื้นที่ที่จะเติบโตเป็นเขตเมืองในอนาคตกำลังเผชิญปัญหาคุณภาพในสามเท่า เช่น ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค การติดเชื้อปอดบวม โรคอุจจาระร่วงรุนแรง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น หอบหืด โรคหัวใจ มะเร็ง และโรคเบาหวาน และการบาดเจ็บและความรุนแรง รวมถึงอันตรายและบาดเจ็บที่เกิดจากการจราจร

สำหรับประเทศไทยพบปัญหาท้าทายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเขตเมือง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งหลอดลมและปอด การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมะเร็งตับ แต่อย่างไรก็ตาม จากวิวัฒนาการของเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านต่าง ๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว เช่น เศรษฐกิจที่ผันผวน การอยู่ในสังคมที่แออัด พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของคนอาศัยอยู่ในพื้นที่เมือง ที่พบได้อย่างชัดเจน เช่น ความไม่เป็นธรรม ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ ที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาส มีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพน้อยกว่าปัญหาด้านความรุนแรงทางสังคม ปัญหายาเสพติด การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา อาหาร หรือผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัย ปัญหาความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ปัญหาการบริการจากภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง หรืออาจจะปัญหาจากการอพยพเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าว ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มากับ “การใช้ชีวิตแบบเมือง” ซึ่งจะพบได้ว่า วิถีชีวิตแบบเมือง มีความแตกต่างหลากหลายซับซ้อน และแตกต่างกับชีวิตชนบทมาก

โดยความเป็นเมืองในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชากรที่ย้ายถิ่นฐานมาจากพื้นที่ที่หลากหลายทั้งในประเทศและจากนานาชาติ ต่างมาจากเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน มีทัศนคติความเชื่อส่วนบุคคลและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นแบบแผนต่าง ๆ กัน จึงทำให้สุขภาพของคนเขตเมืองมีปัญหาต่าง ๆ ที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการจัดการด้านสาธารณสุขที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ด้อยโอกาสมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพน้อยกว่าหรือไม่ได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในโรคเรื้อรัง การทำให้สุขภาพของคนในเขตเมืองดีขึ้นกว่าเดิมจำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบสุขภาพซึ่งองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เข้มแข็งสามารถตอบสนองต่อปัญหาท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับความต้องการของประชาชนสอดคล้องตามบริบท ที่ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพขึ้นพื้นฐานใน ๓ ด้านหลัก คือ ๑) การปรับปรุงสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความดูแล ๒) การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน ๓) การคุ้มครองทางการเงินต่อภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยนานาชาติได้สนับสนุนว่าการทำให้ระบบบริการสุขภาพมี

ประสิทธิภาพตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของเขตเมือง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีบุคลากรทางวิชาชีพที่มีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ

ผลจากการขยายตัวของชุมชนเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองมีความสำคัญมากขึ้น การศึกษารูปแบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในประเทศต่าง ๆ ทำให้ได้เรียนรู้รูปแบบที่ดีและนำมาปรับใช้กับระบบบริการของประเทศได้ ซึ่งจากการศึกษาเอกสารเปรียบเทียบระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองใน ๑๔ ประเทศ ได้แก่ บราซิล แคนาดา สเปน คิวบา เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮองกง เดนมาร์ก สวีเดน เบลเยียม อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย โดยศึกษาตามกรอบแนวทางการประเมินระบบบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป พบว่า ประเทศที่มีระบบหน่วยบริการด้านหน้า ไม่ว่าจะโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะส่งผลให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือในการดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประเทศส่วนใหญ่ที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมีการจัดบริการโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นด่านหน้าคอยคัดกรองผู้ป่วย ประเทศที่ประชาชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรูปแบบประกันสุขภาพภาคบังคับจะไม่มีระบบหน่วยบริการด้านหน้า ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย แต่มีการนำระบบให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเข้ามาใช้ในการควบคุมการใช้บริการเกินความจำเป็น

ปัจจุบันประเทศไทย มีแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การจัดบริการในปัจจุบันมีหน่วยงานที่ดำเนินการหลากหลาย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการบริการสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขจัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เป็นนโยบายเร่งด่วน เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ๑๒ เขต แต่ละเขตครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด (ประชากร ๓-๖ ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ปัจจุบันองค์ประกอบของเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมภาคส่วนอื่น ๆ ครบถ้วนทุกเขต เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลภาครัฐอื่นนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดในการสนับสนุนให้มีการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

๑. คลินิกชุมชน: จัดบริการตรวจรักษาแบบคลินิกเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยเป็นการดำเนินการของภาครัฐหรือการจ้างเหมาบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงง่าย โดยมีการจัดบริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น

๒. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.): มีแพทย์ออกตรวจในเวลาราชการ ตลอด ๕-๗ วันต่อสัปดาห์ และมีพื้นที่รับผิดชอบบริการสาธารณสุข ดูแลทั้งการแพทย์ (รักษาพยาบาล) และการสาธารณสุข (ชุมชน) โดยมีทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลักในการทำงาน

๓. โรงพยาบาลเมือง: มีการสร้างหรือขยายอาคาร ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในเขตเมือง ในกรณีที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีจำนวนผู้ป่วยในหนาแน่น (อัตราครองเตียงสูง) เพื่อให้บริการทั้ง

ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขา แต่ไม่จำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย มีระบบรับและส่งต่อกับสถานบริการในระดับต่ำกว่าและโรงพยาบาลแม่ข่าย

อนึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริหารจัดการตามรูปแบบโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งที่ดำเนินการเองและร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน โดยจำแนกได้เป็น ๔ รูปแบบคือ

๑) กลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหาดใหญ่

๒) หน่วยบริการประจำมีอิสระในการบริหารจัดการ โดยโรงพยาบาลตัดโอนงบประมาณรายหัว หลังหักเงินเดือนให้เครือข่ายหน่วยบริการประจำเป็นผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และงบลงทุนค่าเสื่อม เช่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

๓) โรงพยาบาลดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการรวมกองทุนผู้ป่วยนอกใช้ร่วมกัน มีการสนับสนุนบุคลากรสุขภาพ ส่วนกองทุนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ เช่น เทศบาลนครพิษณุโลกและโรงพยาบาลพระพุทธชินราช และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

๔) โรงพยาบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนดำเนินการเอง โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายซื้อบริการจากท้องถิ่นหรือเอกชน เช่น เทศบาล คลินิกเอกชน หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

นอกจากการดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขแล้ว กฎหมายหลายฉบับได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ทำหน้าที่จัดการระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองหลายรายการ ซึ่งรวมถึง "การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว การรักษาพยาบาล" และ "การพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ" เป็นต้น ทั้งนี้พบว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอีก ๒ รูปแบบ คือ

๑. กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น ๑๔๒ แห่ง (เป็นของรัฐรวมทุกสังกัดร้อยละ ๒๘) มีคลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) เช่น เวชกรรม ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาลและผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด รวมทั้งสิ้น ๔,๕๕๘ แห่ง ในจำนวนนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๒๗๐ แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จำนวน ๙๔ แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนจำนวน ๑๗๖ แห่ง และในส่วนของกรุงเทพมหานครมีการจัดบริการระดับปฐมภูมิทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น ๑๕๓ แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัยจำนวน ๑๔๔ แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ๗๖ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ๙ แห่ง

๒. เมืองพัทยา มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น ๕ แห่ง (เมืองพัทยา ๒ แห่งและเอกชน ๓ แห่ง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยาจำนวน ๑ แห่ง คลินิกเอกชนทุกประเภท (ไม่รวมร้านขายยา) จำนวน ๒๔๙ แห่ง และร้านขายยาจำนวน ๔๘๔ แห่ง

๔. สภาพปัญหา ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองมีปัญหาหลากหลาย มีประเด็นเร่งด่วนและสำคัญที่ควรดำเนินการ โดยทุกภาคส่วน ทุกองค์กร ทุกวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวอย่างในประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ ๑ การให้บริการสุขภาพ

๑. การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมีความซ้ำซ้อนระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพทั้งในภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้การบูรณาการในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ ความเชื่อมโยงของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะระบบส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งควรจะต้องมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๒. การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองไม่ครอบคลุม ทำให้ประชาชนที่อยู่อาศัย และทำงานในบางพื้นที่ของเขตเมืองไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียม และสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มดังกล่าว

๓. ในบางพื้นที่แม้ว่าจะมีสถานบริการสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรในเขตเมืองบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น กลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี มีอัตราการได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และการให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว

๔. ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ไปรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้การให้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ เสียโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และประสิทธิภาพ

๕. หน่วยบริการสุขภาพในเขตเมืองยังมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพในเชิงของการรักษาพยาบาลและการตั้งรับมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค

๖. จากงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่สามของปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีข้อค้นพบเบื้องต้นว่าประชาชนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม กว่าร้อยละ ๔๐ ตัดสินใจที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาตนเอง และที่น่าสนใจ คือ ประชาชนกว่าร้อยละ ๕๐ จะไปรับบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนมากกว่าที่จะไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก หรือร้านยา นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกรับบริการสุขภาพของประชาชนคือ การมีเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย คุณภาพดี ได้มาตรฐาน รวมถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

๗. ประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกค่อนข้างสูง และแม้จะมีความรู้และการศึกษาโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บางส่วนยังขาดความตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับประชากร

ประเด็นที่ ๒ การเงินการคลังสุขภาพ

๑. ระบบการซื้อบริการสุขภาพของกองทุนภาครัฐยังไม่สามารถทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากใช้รูปแบบการจัดสรรเงินที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมจะต้องจัดบริการสุขภาพตามที่กำหนดซึ่งใช้กรอบอ้างอิงการทำงานในรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก จึงทำให้บางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจจะมีศักยภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคแต่ไม่มีศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมได้ ซึ่งทำให้บทบาทในการมีความใกล้ชิดกับประชาชนไม่ได้ถูกนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ โดยทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการตามจ่ายรวมถึงเกิดอุปสรรคในการบริหารจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการภาคเอกชนไปยังสถานบริการภาครัฐ รวมถึงไม่สามารถจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมในการจัดบริการสุขภาพไม่สามารถนำเงินที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการจ้างบุคลากรด้านสุขภาพมาให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ เนื่องจากมีความเห็นที่แตกต่างจากหน่วยงานตรวจสอบงบประมาณแผ่นดินว่าไม่สามารถใช้ว่าจ้างบุคลากรได้

๓. การใช้จ่ายเงินงบประมาณสำหรับกองทุนสุขภาพตำบล ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน คือ มีระเบียบรองรับการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่เมื่อหน่วยงานของรัฐที่กำหนดให้ตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณใช้ดุลพินิจตีความว่าไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ทำให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับผิดชอบงบประมาณดังกล่าวเอง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆเกิดความไม่แน่ใจและไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้กองทุนมีหลากหลายซึ่งอยู่บนฐานของการใช้ระเบียบที่แตกต่างกันทำให้เกิดความสับสนและขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ

๔. การจัดบริการสุขภาพในเขตเมืองประสบปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพ เพราะนอกจากจะให้บริการสุขภาพแก่ประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้ว ยังจะต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว และประชากรแฝง ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยหรือทำงานในพื้นที่เขตเมืองโดยไม่ได้ลงทะเบียนอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด

๕. มาตรการทางการเงินการคลังสุขภาพ ยังไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชากรในเขตเมือง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการภาคเอกชน ทำให้บางส่วนประสบปัญหาทางการเงินจากการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง และบางส่วนมีการใช้บริการสุขภาพนอกระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น ร้านยา แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ทำให้เกิดการค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่มากขึ้นโดยไม่จำเป็น

ประเด็นที่ ๓ การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (ภาวะผู้นำและการอภิบาล)

๑. การบริหารระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดกันนั้นยังมีอยู่น้อย ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีกฎหมายรองรับการดำเนินงานที่แตกต่างกัน รวมถึงการไม่มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพร่วมกัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้ในเขตที่มีพื้นที่การปกครองรูปแบบพิเศษยังขาดองค์กรนำที่เป็นแกนกลางในการประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง

๒. การวางแผนและการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านบุคลากรสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง ยังมีน้อยทำให้เกิดการลงทุนซ้ำซ้อนและไม่คุ้มค่าเท่าที่ควร

จากตัวอย่างสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในเขตเมืองรวมทั้งกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา จะเห็นได้ว่า ปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยลำพัง การบริการสุขภาพในเขตเมือง ดำเนินงานโดยหน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดกลไกการเชื่อมโยง ระบบการส่งต่อ ส่งกลับผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการเพื่อให้เกิด การพัฒนาระบบสุขภาพเขตเมืองอย่างมีส่วนร่วมมีข้อจำกัด ทั้งในด้านความแตกต่างของนโยบาย และทิศทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน โครงสร้างพื้นฐานอันหมายรวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพทั้งเรื่อง ปริมาณและคุณภาพ ความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสารสนเทศ ความพร้อมเชิงทรัพยากรต่าง ๆ ตั้งแต่ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ รูปแบบการจัดระบบบริการทางการแพทย์ รวมถึงเรื่องวงจรการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ นอกจากนี้ การขาดกลไกที่เอื้อ ต่อการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ยิ่งแสดงให้เห็นถึงการ ไม่มีความเป็นเจ้าของของระบบสุขภาพเขตเมืองโดยรวม แม้จะมีการแบ่งแยกพื้นที่ปกครองเชิงอำนาจตาม กฎหมายก็ตาม ทำให้ระบบสุขภาพโดยรวมได้รับการพัฒนาไปแบบไร้ทิศทาง จนมีผลทำให้ประชาชนที่อยู่ใน พื้นที่เขตเมืองนั้น มีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

ดังนั้น การให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ได้ร่วมกันกำหนดแผน ยุทธศาสตร์ แนวทางการพัฒนา ตลอดจนกลไกในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเขตเมือง จะทำให้การ จัดบริการสุขภาพสามารถรองรับความต้องการของประชาชนในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอ และสอดคล้องตามบริบท และความต้องการของประชาชน

๕. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๘ / ร่างมติ ๓ ระบบสุขภาพเขต เมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

๖. เอกสารอ้างอิง

๑. เขตเมือง. ๒๕๒๔. ราชบัณฑิตยสถาน หน้า ๓๑๖
๒. WHO. ๒๐๐๗. Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva. World Health Organization.
๓. ระบบบริการสุขภาพ. อ้างอิงจาก <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/Health+care+system> วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๘
๔. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ: ๒๕๕๖. รายงานภาวะโรคระดับเขตและภูมิภาคของ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒
๕. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๒๘๐๘/๑๕๓๕๗ ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๘
๖. จรวัยพร ศรีศัลักษณ์ และสายสิริ อิศรชาญวานิชย์. ๒๕๕๘. การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

๗. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และจรวัยพร ศรีศศลักษณ์. ๒๕๕๕. บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ ๒๑. พิมพ์ครั้งที่ ๑. สหพัฒนไพศาล.
๘. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. ๒๕๕๓. รายงานโครงการการพัฒนาโครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2966?locale-attribute=th>. [๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๘]
๙. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒
๑๐. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๒๘
๑๑. พระราชบัญญัติบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และประกาศคณะกรรมการพนักงานเมืองพัทยา เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารบุคคลของเมืองพัทยา (เพิ่มเติม) ลงวันที่ พ.ศ. ๒๕๕๔
๑๒. ข้อมูลหน่วยบริการกรุงเทพมหานคร. ๒๕๕๘. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
๑๓. สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๗. รายงานสถานการณ์สัดส่วนประชากรแยกตามสังกัดหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร [cited ๓ เมษายน ๒๕๕๘]. Available from: <http://dw.nhso.go.th>
๑๔. กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. การบริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และ พ.ศ. ๒๕๕๕.
๑๕. ข้อมูลหน่วยบริการเมืองพัทยา. อ้างอิงจาก <http://www.pattaya.go.th/wp-content/uploads/๒๐๑๕/๐๗/sum-pattaya-๒๕๕๗.pdf> [cited ๑ พย. ๒๕๕๘]
๑๖. ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ. ๒๕๕๘. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการศึกษาเบื้องต้น.