

การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ



ปริญญาณิพนธ์
ของ
จรรยา สร้อยน้ำทิพย์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการการประเมิน

มิถุนายน 2555

การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการการประเมิน

มิถุนายน 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการการประเมิน

มิถุนายน 2555

จรรยา สร้อยน้ำทิพย์. (2555). การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ. ปรินต์งานพิมพ์ วท.ม.(วิทยาการการประเมิน).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:
รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธีวรรณ พิรศักดิ์โสภณ, อาจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปกษิณ.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อการประเมินผลลัพธ์ของการบริการด้านสุขภาพ ภายใต้
นโยบาย หลักประกันสุขภาพ มีประเด็นการประเมิน 3 ประเด็นคือ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
คุณภาพการบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือผู้บริหาร ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกัน
สุขภาพ และประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 342 คน
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร แบบสอบถามความคิดเห็นผู้ให้บริการ
และประชาชนโดยการประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินระบบสุขภาพ PRECEDE – PROCEED
Model และการกำหนดค่านำหนักในการประเมิน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย จากการวิจัยพบว่า

1. ผลการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาตามรายประเด็น
ย่อยพบว่าความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการบริการ และคุณลักษณะของ
ผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ส่วนความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ และความครอบคลุม
ของการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลคือคุณลักษณะของผู้รับบริการที่ส่วนใหญ่เป็น
ผู้สูงอายุ มีความหลากหลายทางภาวะสุขภาพ และความพิการในการเคลื่อนไหวที่เป็นอุปสรรคต่อ
การเดินทางเข้าถึงหน่วยบริการตามสิทธิ

2. ผลการประเมินคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก
เมื่อพิจารณาตามรายประเด็นย่อย พบว่าอยู่ในระดับมากทุกประเด็น ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของ
การบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ และความเข้าใจ
รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ เนื่องจากการควบคุมกำกับคุณภาพการบริการ และการ
พัฒนาของหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อ
พิจารณาตามรายประเด็นย่อย พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการ
วางแผน การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับมาก
ส่วนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ ภาวะ
สุขภาพ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการด้านสุขภาพภายในชุมชน

โดยสรุป ในภาพรวมการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้
หลักประกันสุขภาพ อยู่ในระดับมากทั้งการเข้าถึงบริการ คุณภาพของการบริการ และการมีส่วนร่วม
ในการดูแลสุขภาพ

ASSESSMENT OF COMMUNITY HEALTH SERVICES IN RAJ PRACHA SAMASAI
COMMUNITY BENEATH GUARATY HEALTH POLICY



Presented in Partial Fulfillment of the Requirement for the
Master of Science Degree in Evaluation Methodology
at Srinakharinwirot University

June 2012

Chariya Soinumtip. (2012). *Assessment of community health services in Raj Pracha Samasai community beneath guaranty health policy*. Thesis, M.S. (Evaluation Methodology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr.Suthiwan Peerasaksopol, Dr.Suwanee laworpuksin.

The research this time have the purpose for result assessment of community health services beneath guaranty health policy. There are 3 assessment issues are accessibility of health services , quality services and participating of the community in health care. The 346 samples of this studies be the executive pertaining to system guaranty, facilitator is health and people in Raj Pracha Samasai community, Samut Prakan province. Qualitative and Quantitative research tools amounts in the saving collect the data are like to interview the executive opinion facilitator questionnaire and people by applying trend system health assessment PRECEDE-PROCEED Model of Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter. (1991) and value weight specification in the assessment the statistics that use in data analysis is frequency percentage average.

The evaluation result found that 1)The accessibility of health services beneath guaranty health policy found that in the overall evaluation is in high level when consider follow any issue digests to found that change the assessment in suitability issue of the arrangement serves, the equality of the serve and the quality of the user. The issue digests that don't change the assessment be the convenience of the travel arrives at a place serves and the coverage of the serves, the factor that affect to is the quality of the user who the majority is old people there is the variety many condition health way and the deformation in the movement that is an obstacle build the travel appreciate the division serve to follow. 2)The assessment quality of health serve found that in the overall evaluation is high level when consider follow lay the issue digests found that stay in every many issue levels for example the become visible of the serve the confidence can trust the reaction builds the user reliability and the understanding knowledge acknowledge, the requirement of the user because of there is the supervision controls serve quality and the development of the division serves. 3)The continuously participating in assessment in health care in the overall evaluation found that participating in the making a decision solves a problem participating in planning participating in starting ministers stay in high levels, participating in situation analysis is in the average the factor that affect for example health condition behavior environment and the administration manages health side within the community in conclusion in overall evaluation of health care service in Raj Pracha Samasai community

beneath a pillar guarantee the health stay in many both of appreciating levels serve the quality of the serve and participating in health care.

Keyword: assessment community health services. Raj Pracha Samasai community, guaranty health policy.



ประกาศคุณูปการ

ปริญญาโทฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุทธีวรรณ พีรศักดิ์โสภณ ประธานกรรมการควบคุมปริญญาโท และอาจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักษิณ กรรมการควบคุมปริญญาโท ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการจัดทำ ให้กำลังใจ และให้การดูแลเอาใจใส่อย่างดี ทำให้ผลงานสำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยได้รับ ประสพการณ์ในการทำงานวิจัยรู้ถึงคุณค่าของงานวิจัย และจุดประกายความมุ่งมั่นที่จะนำไปพัฒนาใน สาขาวิชาชีพ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัชย์ มีชาญ ที่รับเป็นกรรมการสอบปากเปล่าที่กรุณาให้คำแนะนำ และการแก้ไขปรับปรุงที่เป็น ประโยชน์ ทำให้ปริญญาโทฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา รวมทั้ง รองศาสตราจารย์เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์ อาจารย์ ดร.อุไร จักตริมงคล ดร.นฤมล ใจดี นักวิชาการ สาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในพื้นที่ ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ได้กรุณา อนุเคราะห์รับเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และคณาจารย์ทุกท่านใน การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการการประเมิน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ดีและมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักทดสอบทาง การศึกษาและจิตวิทยาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่สนับสนุนเวลาในการศึกษา และอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่ให้การ สนับสนุน และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณผู้ที่กรุณาให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ อย่างดีในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ รวมทั้งทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ ห่วงใย และเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้ปริญญาโทฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ ไตๆ อันพึงเกิด ผู้วิจัยขอมอบให้บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

จริยา สร้อยน้ำทิพย์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย	4
รูปแบบและขอบเขตของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดด้านการประเมิน.....	10
นโยบายหลักประกันสุขภาพ.....	19
การบริการด้านสุขภาพผู้ป่วยประสบปัญหาจากโรคเรื้อน	24
การติดตามประเมินผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ.....	38
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
3 วิธีดำเนินการวิจัย	64
การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	64
กรอบการประเมิน.....	65
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
การสรุปผลการประเมิน	74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
ความมุ่งหมายของการวิจัย	99
ขอบเขตของการวิจัย	99
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
สรุปผลการวิจัย	99
อภิปรายผล	107
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	112
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	112
ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร	113
ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ให้บริการ	113
บรรณานุกรม.....	115
ภาคผนวก	121
ประวัติย่อผู้วิจัย	123

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 นิคมโรคเรื้อรัง 12 นิคม กระจายตามภาคต่างๆ ทั่วประเทศไทย.....	31
2 สถิติจำนวนผู้เข้ารับบริการและค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2550-2554)..	36
3 การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ.....	44
4 การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ.....	50
5 การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ.....	55
6 แหล่งข้อมูลประชากร และ สัดส่วนของประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
7 กรอบการประเมินการบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันรชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ	66
8 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร.....	75
9 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการที่ให้ข้อมูล.....	76
10 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในชุมชนสถาบันรชประชาสมาสัย.....	77
11 สรุปภาพรวมผลการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันรช ประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ.....	86
12 ข้อมูลความคิดเห็นด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร.....	87
13 สรุปภาพรวมผลการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบัน รชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ.....	91
14 ข้อมูลความคิดเห็นด้านคุณภาพการบริการด้านสุขภาพสุขภาพจากการ สัมภาษณ์ผู้บริหาร.....	92
15 สรุปภาพรวมผลการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบัน รชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ.....	94
16 ข้อมูลความคิดเห็นด้านคุณภาพการบริการด้านสุขภาพสุขภาพจากการ สัมภาษณ์ผู้บริหาร.....	95
17 สรุปผลการประเมินการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันรชประชาสมาสัย...	97

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

แนวคิดเรื่อง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ได้รับการนำเสนอในวงการสาธารณสุขมาเป็นเวลานานนับสิบปี ตามนโยบายของรัฐบาลแต่ละสมัย เริ่มจากโครงการ การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ในปีพ.ศ. 2518 จนกระทั่งได้รับการผลักดันอย่างเป็นทางการ เป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2545 ตามมาตรา 5 ระบุว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และได้รับการประกาศเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล มาตรา 29 มาตรา 35 และมาตรา 48 ในรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากระบบสวัสดิการสุขภาพที่สำคัญ 5 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ การประกันสุขภาพภาคบังคับ และการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ แต่ละระบบมีวิธีทางการคลัง การชำระค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาล ผู้ให้บริการ แหล่งการใช้บริการ และสิทธิประโยชน์ต่างๆแตกต่างกันไป ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลต่อระบบสุขภาพในด้านประสิทธิภาพและความเสมอภาคในด้านหลักประกันสุขภาพและการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนคนไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544)

ปัจจัยที่ทำให้คนไทยต้องมีหลักประกันสุขภาพ เนื่องจาก เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่าย จนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัว ร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนักประชาชนจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ และประชาชนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบการสงเคราะห์ ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพ ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พึงพอใจ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรี นอกจากนี้ตลาดเสรีขาดประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากประชาชน ขาดข้อมูลและความเข้าใจที่เพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล ขาดอำนาจในการต่อรอง ไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ซึ่งยุทธศาสตร์การสร้างหลักประกันสุขภาพ จะช่วยให้บรรลุการสร้างความเท่าเทียมดังกล่าว รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และ ความเสมอภาคของการจัดสรรทรัพยากรของระบบสุขภาพ หลักประกันสุขภาพจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขความยากจน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544)

จากความจำเป็นดังกล่าวรัฐบาลจึงได้ออกเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นกลไกในการบริหาร โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 4 ประการได้แก่ 1) ความเสมอภาคนอกเหนือจากความเสมอภาคในแง่เป็นสิทธิ ตามกฎหมาย ความเสมอภาครวมถึงการได้รับการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ในด้าน

การรักษาพยาบาล การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า เป็นธรรมและการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูงเพียงพออย่างเสมอหน้า 2) ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพกล่าวคือเป็นการใช้ทรัพยากร อย่างประหยัด คุ่มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นการบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ 3) ทางเลือกในการรับบริการประชาชนควรมีสติเลือกบริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การ"สร้าง"ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพมุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนไทยเข้าถึงด้วยความมั่นใจ และเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นที่มีคุณภาพ มาตรฐานได้เท่าเทียมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพดำเนินการภายใต้หลักการที่สำคัญ คือ การส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนมั่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข การส่งเสริมสนับสนุนประชาชน การคุ้มครองสิทธิและการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนให้เข้าใจสิทธิและหน้าที่ รวมถึงการบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2551)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินผลโครงการการพัฒนางานด้านสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งด้านภูมิศาสตร์ สวัสดิการการรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพการฟื้นฟูสภาพการเยี่ยมบ้าน คุณภาพการบริการ ความครบถ้วน ครอบคลุมของการให้บริการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทของชุมชน การประสานงานระหว่างสถานบริการในเครือข่าย การส่งต่อข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างปลอดภัยได้ตามมาตรฐาน การบริการทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นประเด็นที่ควรคำนึงถึงอย่างยิ่ง นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ และความเสมอภาคในการบริการ พฤติกรรมการเลือกใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล

ล้วนเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพจากการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดพิษณุโลก (อรทัย เขียวเจริญและคณะ. 2549:364) โดยใช้ประเด็นความพึงพอใจ ความคาดหวังของผู้รับบริการ และความเสมอภาคในการบริการ พบว่าใน 3 ของผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเห็นว่าตนเองได้รับการแตกต่างจากสิทธิอื่นๆ จึงเป็นจุดที่ควรพัฒนาศักยภาพของการบริการให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ ตามเป้าหมายต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาส เด็ก ผู้สูงอายุ และแรงงาน จะได้รับความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว

ในระยะแรกของการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะหน่วยบริการด้านสุขภาพที่อยู่นอกระบบหลักประกันสุขภาพ อาทิเช่น สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง ซึ่งอาศัยในชุมชนมานานกว่า 50ปี ก่อนการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ

เกิดความสับสนในบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ขาดประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ตามที่นโยบายหลักประกันสุขภาพกำหนด โดยเฉพาะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนไม่ยอมรับการบริการจากหน่วยงานคู่สัญญา และมองว่าเป็นหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัย ต้องรับผิดชอบดูแลภาระค่าใช้จ่ายจึงตกเป็นหน้าที่ของสถาบันฯ ที่ต้องรับผิดชอบในการให้บริการผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากการถูกรวบจากสังคม ไม่สามารถมีที่ยืนในสังคมอย่างภาคภูมิใจในฐานะประชาชนคนไทยคนหนึ่ง ถึงแม้จะได้รับการรักษาจนไม่สามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อนได้แล้วก็ตาม การเป็นที่รังเกียจของสังคมทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัว และที่สำคัญถึงแม้กระบวนการในการรักษาจะครบสมบูรณ์แล้วแต่ด้วยความจำเพาะของโรค ทำให้คงความพิการในผู้ป่วย ซึ่งต้องทรมาณแสนสาหัสกับความพิการที่เกิดขึ้น ไม่สามารถประกอบอาชีพการงาน ไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลปัจจุบัน ทรงเล็งเห็นความเดือดร้อนของผู้ป่วย ทรงมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น จัดตั้งสถาบันราชประชาสมาสัยขึ้นเป็นสถานพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 และได้ทรงตรัสกับเจ้าหน้าที่ ที่ทำงานด้านโรคเรื้อนที่ได้เข้าเฝ้าและรับกระแสพระราชดำรัสตั้งความตอนหนึ่งว่า “งานโรคเรื้อนเป็นงานที่ยาก ต้องใช้ความอดทนและความร่วมแรงร่วมใจของทุกๆ ฝ่าย รวมทั้งความมีจิตใจเมตตา เอื้ออาทรต่อความทุกข์ของผู้ป่วย” ภารกิจหลักของสถาบันราชประชาสมาสัยคือให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศไทย จัดตั้งเป็นนิคมโรคเรื้อนกระจายตามภาคต่างๆ เพื่อให้การสงเคราะห์แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน โดยมีเครือข่ายการดำเนินงาน ผ่านหน่วยงานสุขภาพในจังหวัดต่างๆ มีการกำกับดูแลจากสำนักงานควบคุมโรคแต่ละเขตทั่วประเทศทุกภาคของประเทศไทย โดยสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นศูนย์ในการประสานงาน การดูแลรักษา การให้คำปรึกษา รับการส่งต่อ รวมทั้งการดูแลฟื้นฟูด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการประกอบอาชีพหลังการรักษาหายจากโรค

หลังการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนทุกคนจะได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาค มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลสุขภาพทั้งการให้บริการ การบริหารงบประมาณ การส่งต่อการรักษา ฯลฯ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนได้รับผลกระทบจากระบบการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ตั้งแต่การขึ้นทะเบียนเพื่อรักษาสิทธิ โดยการตรวจสอบจากเลขบัตรประชาชน พบว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ไม่มีบัตรประชาชน จากหลายสาเหตุที่ล้วนเป็นผลกระทบจากการถูกตีตราว่าเป็น “โรคเรื้อน” บางส่วนเป็นบุคคลสาบสูญทางนิตินัย ไม่สามารถกลับไปสู่ครอบครัวและสังคมภายนอกได้ ถูกทอดทิ้ง ญาติไม่สามารถรับไปดูแลได้ ความชราภาพและสภาพความพิการและเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ที่จำเป็นต้องเดินทางไปรับการรักษาตามระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงโดยผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายที่ได้รับการวางระบบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ จากการสำรวจสุขภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2550 พบว่าร้อยละ 65 เป็นผู้สูงอายุ รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพแทรกซ้อนเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสื่อมของกระดูกและข้อ ภาวะไตเสื่อมสมรรถภาพ และความพิการด้านการเคลื่อนไหว

อย่างไรก็ตามการพัฒนากระบวนการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงเป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การศึกษาประเมินผลการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้หลักประกันสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นโดยตั้งประเด็นคำถามถึงความเหมาะสมกับบริบทของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยมากน้อยเพียงใด สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพได้แก่การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของการบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน อะไรเป็นสาเหตุ หรือ อุปสรรคในการดำเนินงานการบริการด้านสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินครอบคลุมผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการด้านสุขภาพดังกล่าว ร่วมกับการประยุกต์แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ในการวางแผนและประเมินระบบสุขภาพของกรีน และครูเตอร์ (Lawrence W. Green & Marshall W. Krewter 1991 อ้างในวสันต์ ศิลปะสุวรรณ. 2542:77) เป็นแนวทางในการประเมินซึ่งครอบคลุมและเจาะลึกถึงบริบทของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศ ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร และพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของการบริการและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยประยุกต์จากแบบจำลองการประเมินระบบสุขภาพ PRECEDE – PROCEED Model ของกรีน และครูเตอร์

1. การประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในประเด็นของสภาพบริบทและสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ และระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม และ หน่วยบุคคลและการศึกษา
2. การประเมินการบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ
3. การประเมินผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในประเด็นของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญของการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ

1. ได้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนระดับนโยบาย การพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

2. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพในชุมชน

รูปแบบและขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประเด็นการประเมิน

ประเด็นที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ ประยุกต์จากแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ในการวางแผนและประเมินระบบสุขภาพของกรีน และครูเตอร์ โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก และ 9 ประเด็นย่อย ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีแนวทางการประเมินแยกเป็นประเด็นย่อย 4 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1.1 ประเมินสภาพบริบทและสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว บ้านที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่พักอาศัยในชุมชน การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว/ชุมชน

ประเด็นย่อยที่ 1.2 ประเมินภาวะสุขภาพและระบาดวิทยา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ระบาดวิทยาของภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว และโรคเรื้อรัง

ประเด็นย่อยที่ 1.3 ประเมินพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ เจตคติต่อพฤติกรรมการบริการของผู้ให้บริการ

ประเด็นย่อยที่ 1.4 ประเมินหน่วยบุคคลและการศึกษา ได้แก่ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้นโยบาย ทักษะส่วนบุคคล ความสามารถในการเข้ารับบริการ และลักษณะของการจัดบริการ ส่วนปัจจัยเสริมแรง วัฒนธรรมของชุมชน พฤติกรรมการพึ่งพิง

ประเด็นที่ 2 การบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยมีแนวทางการประเมินแยกเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 2.1 ความเหมาะสมสอดคล้องของนโยบาย ได้แก่ การกำหนดนโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน

ประเด็นย่อยที่ 2.2 ศักยภาพและความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากร และการจัดรูปแบบองค์กร ในการบริการด้านสุขภาพสำหรับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ประเด็นที่ 3 ผลประเมินการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีแนวทางการประเมินแยกเป็นประเด็นย่อย 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 3.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ได้แก่ ความสะดวกของการเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการ ความครอบคลุมของการให้บริการ ความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการจัดบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ

ประเด็นย่อยที่ 3.2 คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ และการเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ

ประเด็นย่อยที่ 3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหา ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการลงมือปฏิบัติ และ ด้านการประเมินผล

2. ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในการประเมินครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพจำนวน 3 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้างานประกันสุขภาพของจังหวัด ผู้รับผิดชอบนโยบายหลักประกันสุขภาพของจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหน่วยบริการคู่สัญญา ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย หัวหน้าสถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 12 คน

2.2 ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพของจังหวัด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพของหน่วยบริการคู่สัญญา เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการประสานงานและการส่งต่อ จำนวน 30 คน

2.3 ผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 800 คน

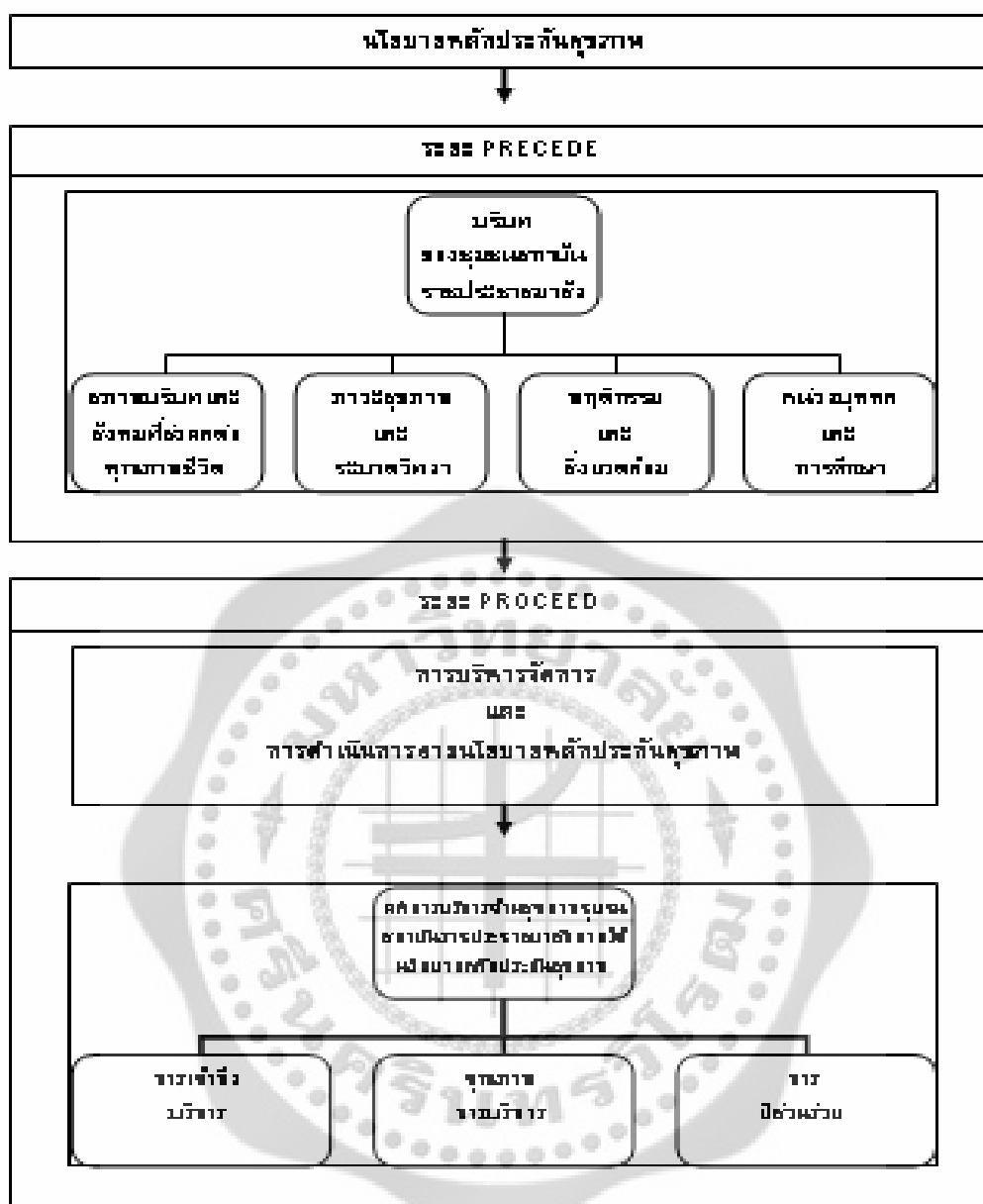
3. ขอบเขตด้านเวลา

การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ดำเนินงานในปีงบประมาณ 2555 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน 2555

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากความมุ่งหวังของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของการบริการและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยประยุกต์จากแบบจำลองการประเมินระบบสุขภาพ PRECEDE – PROCEED Model ของกรีน และครูเตอร์

(Lawrence W. Green & Marshall W. Krewter 1991: อ่างโนวสันต์ ศิลปะสุวรรณ . 2542) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการประเมิน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 โดยประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการสุขภาพได้

2. **ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย** หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ตั้งอยู่เลขที่ 15 หมู่ 7 ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นชุมชนที่ภาครัฐจัดสรรให้กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและ

ครอบครัวเข้าพักอาศัยเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคเรื้อนตามนโยบายของรัฐบาลเมื่อปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา

3. ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคเรื้อนและได้รับการรักษาจนครบตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ตรวจไม่พบเชื้อโรคเรื้อนในร่างกาย ไม่สามารถแพร่เชื้อโรคเรื้อนได้ แต่ได้รับผลกระทบจากการทำลายเส้นประสาทจากเชื้อโรคเรื้อน ทำให้มีความพิการที่มองเห็นได้

4. การประเมินบริการด้านสุขภาพ ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพ หมายถึง การประเมินการบริการด้านสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลผ่านการวิเคราะห์แล้วมาประกอบการตัดสินใจ โดยประยุกต์แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ในการวางแผนและประเมินการบริการด้านสุขภาพของกรีน และครูเตอร์ เป็นแนวทางในการประเมิน โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลักหลักดังนี้

4.1 ประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น สาเหตุของพฤติกรรมมารับบริการด้านสุขภาพ ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีการประเมินแยกเป็นประเด็นย่อยดังนี้

4.1.1 สภาพบริบทและสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพปัญหาของสังคมในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่อาจจะเชื่อมโยง หรือส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพ หรือ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมทั้งผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว บ้านที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่พำนักอาศัยในชุมชน การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว/ชุมชน

4.1.2 ภาวะสุขภาพและระดับความวิตกกังวล หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มประชาชนในชุมชน ระดับความวิตกกังวลของภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว และโรคเรื้อรัง

4.1.3 พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ เจตคติต่อพฤติกรรมการบริการของผู้ให้บริการ

4.1.4 หน่วยบุคคลและการศึกษาหมายถึง เป็นการประเมินสาเหตุและสิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้นโยบาย ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล ความสามารถในการเข้ารับบริการ และลักษณะของการจัดบริการ และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ได้แก่ วัฒนธรรมของชุมชน พฤติกรรมการพึ่งพิง

4.2 การบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยมีแนวทางการประเมินแยกเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

4.2.1 ความเหมาะสมสอดคล้องของนโยบาย หมายถึง การกำหนดนโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจของสถาบันราชประชาสมาสัยที่มุ่งเน้นการให้บริการผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

4.2.2 ศักยภาพและความพร้อมของทรัพยากร หมายถึง ความพร้อม ความพอเพียงของบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การจัดสรรทรัพยากร และการจัดรูปแบบองค์กร ในการบริการด้านสุขภาพสำหรับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

4.3 ประเมินผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยมีการประเมินแยกเป็นประเด็นย่อยดังนี้

4.3.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย สามารถเข้าถึงแหล่งบริการตามสิทธิได้สะดวก ได้รับบริการตามความจำเป็นอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีคุณภาพตามมาตรฐานของการบริการ ตามหลักการทั่วไปของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความสะดวกของการเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการ ความครอบคลุมของการให้บริการความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการจัดบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ

4.3.2 คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของหน่วยบริการในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยเปรียบเทียบกับความรู้จากบริการที่ได้รับ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ และ การเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ

4.3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่บุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการการแก้ไขปัญหาของตนเองตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมิน โดยลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหา ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการลงมือปฏิบัติ และ ด้านการประเมินผล

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้
นโยบายหลักประกันสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การประเมิน
2. นโยบายหลักประกันสุขภาพ
3. การบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
4. การติดตามประเมินผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การประเมิน

1.1 ความหมายการประเมิน

การประเมิน เป็นคำที่มีความหมายกว้างและนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายไว้ดังนี
องค์การอนามัยโลก (1981) ได้ให้ความหมายว่า การประเมินผล คือ วิธีการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ
จากประสบการณ์และการใช้บทเรียนที่เรียนรู้แล้วนำมาใช้ปรับปรุงกิจกรรมต่างๆในปัจจุบัน และ
ส่งเสริมการวางแผนให้ดียิ่งขึ้น โดยการคัดเลือกอย่างระมัดระวังซึ่งทางเลือกต่าง ๆ สำหรับนำไป
ปฏิบัติในอนาคต ดังนั้นการประเมินผลจึงเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มุ่งจะให้บริการสาธารณสุขอย่าง
เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์ (2530) สรุปว่า การประเมิน หมายถึง กระบวนการมุ่งแสวงหา
คำตอบสำหรับคำถามว่านโยบาย แผนงาน โครงการ บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่และ
ระดับใด

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2535) ได้ให้ความหมายของการประเมินว่าเป็นการตัดสินคุณค่าสิ่ง
ใดสิ่งหนึ่งหรือเป็นกระบวนการให้ได้มาซึ่งสารสนเทศสำหรับการตัดสินใจ

นิตา ชูโต (2536) ได้ให้ความหมายการประเมินว่า เป็นกระบวนการแสวงหาข้อเท็จจริง
เกี่ยวกับการนำนโยบาย แผนงาน หรือโครงการไปปฏิบัติแล้วบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แต่แรก
หรือไม่เพียงใด

สมคิด พรหมจ้อย (2542) ให้ความหมายของการประเมินว่า หมายถึง การตรวจสอบ
ความก้าวหน้าของโครงการหรือแผนงาน ตลอดจนการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ของโครงการนั้นว่ามีมาก
น้อยเพียงใด

สุวิมล ทิรกานันท์ (2543) ได้ให้ความหมายการประเมินผลว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทุก
ขั้นตอนของการทำงานเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สามารถใช้ในการพิจารณาการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้
การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างทันท่วงที

สรุปได้ว่า การประเมิน หมายถึง กระบวนการศึกษา จัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานนั้นๆให้เหมาะสม บรรลุตามวัตถุประสงค์

1.2 รูปแบบการประเมิน

รูปแบบของการประเมิน เป็นกรอบหรือแนวความคิดที่สำคัญที่แสดงให้เห็นกระบวนการหรือรายการประเมิน ซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งนักวิชาการทางด้านการศึกษาได้เสนอกรอบความคิดให้นักประเมินได้เลือกใช้หลายรูปแบบ รูปแบบการประเมินโดยทั่วไปนิยมแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (อ้างในสมคิด พรหมจ้อย 2546) คือ

1. รูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective Based Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการตรวจสอบผลที่คาดหวังเกิดขึ้นหรือไม่ หรือการประเมินโดยการตรวจสอบผลที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายเป็นหลัก โดยดูว่าผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ให้หรือไม่ ได้แก่รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ ครอนบาค และเคริกแพตทริก
2. รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าและโครงการนั้นได้แก่รูปแบบการประเมินของ สเตค สคริฟเวน และโพรวิส
3. รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ (Decision – Oriented Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายที่ได้มาซึ่งข้อมูล และข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องได้แก่รูปแบบการประเมิน ของเวลส์ สตัฟเฟิร์ม และอัลคิน

1.3 การกำหนดประเด็นในการประเมิน

การกำหนดประเด็นหรือสิ่งที่จะประเมินสามารถกำหนดได้หลายวิธี สุวิมล ติรกานันท์ (2543) ได้สรุปว่าการกำหนดประเด็นในการประเมินจะพิจารณาในสิ่งต่อไปนี้

1. พิจารณาวัตถุประสงค์ของโครงการ
2. พิจารณาจากความต้องการของผู้ใช้ผลการประเมิน
3. พิจารณาจากประสบการณ์ของผู้ประเมิน
4. พิจารณาจากสิ่งที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
5. อาศัยแบบจำลอง

1.4 แนวคิดการประเมินโดยใช้แนวคิด ทฤษฎี ที่ประยุกต์ในงานการส่งเสริมสุขภาพ

การประเมินการบริการทางด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นการประเมินการบริการด้านสุขภาพภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นโครงการของรัฐบาลที่มุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของชุมชน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์เข้ากับการประเมิน

บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นฐานของข้อมูล สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการให้เหมาะสมกับ ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างจากประชากรในภาพรวมของประเทศไทย ผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อนมีความจำเพาะในด้านบริบท จำเป็น ต้องเจาะให้ลึกถึงแก่นแท้ของสาเหตุ และปัจจัย ต่างๆที่อาจส่งผลต่อความเหมาะสมของการบริหารจัดการการบริการระบบสุขภาพภายใต้นโยบาย หลักประกันสุขภาพ โดยวัตถุประสงค์หลักของการประเมินครั้งนี้ เพื่อประเมินบริการด้านสุขภาพว่ามี ความเหมาะสมกับบริบทของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยมาก น้อยเพียงใด สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด อะไร เป็นสาเหตุ หรืออุปสรรคในการดำเนินงานการบริการด้านสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรจากนโยบาย หลักประกันสุขภาพ และความเป็นไปได้ของการดำเนินการบริการด้านสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน กรอบแนวคิดต่างๆที่นำมาประยุกต์ในการประเมินระบบสุขภาพ มีหลากหลาย ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดต่างๆ พบว่าแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED MODEL ในการวางแผนและประเมิน ระบบสุขภาพของกรีน และครูเตอร์ มีความเหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางในการประเมินและ การวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน อันเนื่องมาจากปัจจัย นำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อเป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา และการประเมินด้านการกำหนด นโยบาย กฎข้อบังคับ การจัดองค์กร เพื่อพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม ในที่นี้หมายถึงการรับรู้ ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ภาครัฐจัดบริการให้ ความเหมาะสมของบริบททางด้านสิ่งแวดล้อม ภายในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย การดำเนินงานตามมาตรฐานของการจัดบริการด้านสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ ประเมินผลผลิตที่ได้ สามารถบรรลุตามจุดมุ่งหมายของการบริการ สุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสารสนเทศ ประกอบการตัดสินใจ คุณค่าของการประเมินบริการด้านสุขภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพต่อไป

1.5 แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ของกรีน และครูเตอร์ (วสันต์

ศิลปสุวรรณ . 2542; อ้างอิงจาก Lawrence W. Green; & Marshall W. Krewter. 1991)

แบบจำลอง (Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่ เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 จนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE– PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W.Green และ Marshall Krueter PRECEDE– PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของ อาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้น ผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหา ของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใดแบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมี

รากฐาน มาจากสังคมศาสตร์/พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่นปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธี/วิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green และ Krueter ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไป เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษา/สุขศึกษาแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครองการดำเนินชีวิตที่มีสุข และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุซึ่งปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์ มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาค การเลือกปฏิบัติ สภาพชุมชน สังคม และการเมือง จากเป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED Model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ มากกว่าปัจจัยนำเข้า โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีความจำเพาะของชุมชน ผู้วิจัยจึงวางแผนในการประเมินโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการระบุปัญหาที่ชัดเจน สามารถระบุแนวทางการพัฒนา การดำเนินการแก้ปัญหาที่ได้ผล และเกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน รวมทั้งอาจนำไปเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม เป็นประเด็นสำคัญในการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์สาเหตุปัญหา อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ หรือด้านบริบทของชุมชน เพื่อนำมาประกอบการประเมินเป็นข้อมูลสารสนเทศเพื่อวางแผนพัฒนา และปรับปรุงการบริการด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis) จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภครบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง โดยที่สุขภาพมีความสัมพันธ์กับสังคมและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะ 2 ทิศทาง คือ ปัญหาสุขภาพมีผลกระทบต่อปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตกับสังคมมีผลกระทบต่อสุขภาพด้วยเช่นกัน วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม การสำรวจ และการสัมภาษณ์เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาดเป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบต่อปัญหาสังคม เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากรตัวอย่าง โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วหรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นมาใหม่โดยวิธีการต่างๆ แล้วเลือกปัญหาสุขภาพที่มีส่วนก่อให้เกิดปัญหา ที่ควรได้รับการแก้ไขโดยอาศัยวิธีการวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาด ข้อมูลที่ได้จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค ความชุกของโรค การกระจายของความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน จุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะระบุปัจจัยสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

1. กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร
3. มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกัน

นอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหายังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่นระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียชีวิต เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย/ เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis) ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้อาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญ ของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้ โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้รับระบุชี้ไว้ในระยะที่ 1 – 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและปัญหาที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสำรวจพฤติกรรมภายหลังจากที่ได้จำแนกปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ประเภทออกจากกัน และทำการวิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรที่เป็นปัจจัยของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมต่างๆที่เป็นปัจจัยของปัญหาว่าพฤติกรรมใดมีความสำคัญมากหรือน้อยกว่ากันอย่างไร กล่าวคือพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆนั้นมีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาแตกต่างกันอย่างไร และเพียงใด

ขั้นตอนที่ 4 จัดลำดับพฤติกรรมการสภาพการเปลี่ยนแปลง โดยวิเคราะห์ดูว่าพฤติกรรมต่างๆที่จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยากเพียงใด และโดยวิธีการอย่างไร

ขั้นตอนที่ 5 เลือกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยพิจารณาจากรายการพฤติกรรมที่ได้จัดจำแนกตามความสำคัญและสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน เป้าหมายรองลงไปได้แก่ พฤติกรรมที่มีความสำคัญแต่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และพฤติกรรมที่มีความสำคัญในลำดับรองลงไปแต่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามลำดับ

ตัวชี้วัดของพฤติกรรมได้แก่ แบบแผนต่างๆของการบริโภคของผู้ใช้บริการ การคิดแก้ปัญหา การดูแลตนเอง การใช้บริการด้านสุขภาพ ส่วนตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อมได้แก่ เศรษฐกิจ กายภาพ บริการต่างๆและสังคม เป็นต้น

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา และการจัดองค์กร /บริการ (Education and Organization Diagnosis) ในระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง

(reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง จะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบ ต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมและการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมนั้นๆ

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Management and Policy) ในระยะนี้จะ มุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กร ซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตาม แผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่างๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การ จัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันอื่นๆ และชุมชน การวินิจฉัยด้านการบริหารจัดการ คือการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และ สถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ ส่วนการวินิจฉัยนโยบาย เป็น การประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่ เพื่อสร้างความเข้าใจในการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตรงตาม วัตถุประสงค์องค์กรและผู้บริหารงานสามารถกำหนดภารกิจ แนวทางการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง และเป็นไปตามระเบียบของนโยบาย

PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 6 การประเมินผลการดำเนินงาน (Implementation) หมายถึง ดำเนินงานตาม กลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติ กิจกรรม การดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพของหน่วยบริการคู่สัญญาให้บริการครอบคลุมตาม มาตรฐานของหน่วยบริการที่เข้าร่วมบริการตามนโยบายของหลักประกันสุขภาพมีการตรวจประเมิน จากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด เปิดให้บริการตามสิทธิในทุก กลุ่มประชาชน ได้แก่ สิทธิของประชาชนทั่วไป สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ระยะที่ 7 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการที่ ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชา สมายภายใต้หลักประกันสุขภาพ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิผลของ แผนงานการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมายภายใต้หลักประกันสุขภาพตาม วัตถุประสงค์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Out-come Evaluation) เป็นการประเมินผลรวบยอดของ วัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลัก ประกันสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพการบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จะเห็นได้ว่าแนวทางการประเมินตามโมเดล PRECEDE-PROCEED มีรายละเอียดครอบคลุมการบริการในชุมชน โดยเฉพาะชุมชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุที่แตกต่างจากชุมชนอื่นๆ เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงและตรงกับวิถีของชุมชนให้มากที่สุด เป็นข้อมูลเพื่อการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์เป็นแนวทางในการประเมินครั้งนี้โดยส่วนของ PRECEDE เป็นข้อมูลด้านบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งหน่วยบุคคลและการศึกษา ซึ่งเป็นข้อมูลปัจจัยที่สามารถนำมาอภิปรายผลการให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ในส่วนของ PROCEED ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการประเมินในด้านการบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ และผลลัพธ์ของการบริการด้านสุขภาพในชุมชน เนื่องจากความจำเพาะของบริษัท คุณลักษณะของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยรวมทั้งวิเคราะห์การบริการด้านสุขภาพในชุมชนเบื้องต้นจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของการประเมินในลำดับต่อไป ดังภาพประกอบ 2



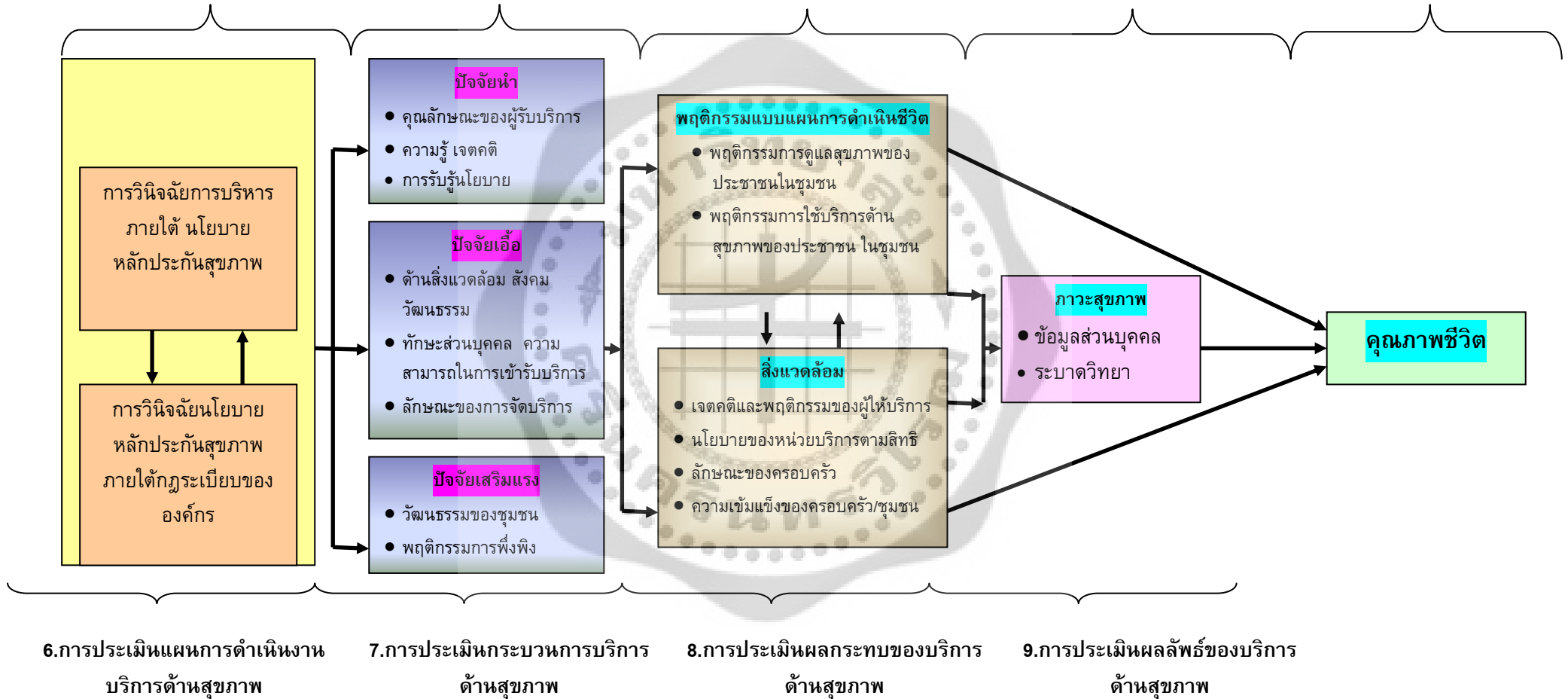
5.การประเมินวินิจฉัยทางการบริหาร
จัดการและนโยบาย

4.การประเมินวินิจฉัยหน่วยบุคคล
องค์กรและการศึกษา

3.การประเมินวินิจฉัยทาง
พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

2.การประเมินวินิจฉัย
ทางระบาดวิทยา

1.การประเมินวินิจฉัยสังคม



ภาพประกอบ 2 การวิเคราะห์การบริการสุขภาพตามแนวทางของ PRECEED – PROCEED Model ของกรีน และครูเตอร์

ที่มา: วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. (2542). การวางแผนประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ:ทฤษฎีและการปฏิบัติ.

2. นโยบายหลักประกันสุขภาพ

2.1 ปรัชญาหลักประกันสุขภาพ

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพคือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ชั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” โดยประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” นั้น จึงจะต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขตามทีระบบประกันสุขภาพดังกล่าวให้เกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. ด้านความเสมอภาค (Equity) นอกเหนือจากความเสมอภาคในแง่เป็นสิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาครวมถึงการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ในด้านการรักษาพยาบาล การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า เป็นธรรม และการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูงเพียงพออย่างเสมอหน้า
2. ด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) ในระบบสุขภาพกล่าวคือเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด คุ่มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นการบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care network) ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ
3. ด้านทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกบริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพมุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่สามารถเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal health care)

2.2 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพ

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน
2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)

4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ)

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้น สถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพ จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด (Open End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

2.3 การรับบริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ

ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ กรณีอุบัติเหตุผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี หรือตามที่คณะกรรมการกำหนดผู้มีสิทธิที่ไปรับบริการทางการแพทย์ เว้นแต่การรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

2.4 บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง

ความคุ้มครองค่าการบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าบริการ ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค
2. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
3. การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
4. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ
5. การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
6. ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ
7. การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ
8. การบริการทางการแพทย์หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

2.5 ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) ที่จัดตั้งขึ้นตามนโยบายฯ จะเป็นหน่วยที่รับภาระงานการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคเกือบทั้งหมดไว้ ฉะนั้นโครงสร้าง กิจกรรมและบุคลากรที่ดีของ CUP จึงมีผลอย่างมากต่องานการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตว่าจะดีขึ้นหรือไม่ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมา อัลตา ปี ค.ศ. 1978 กำหนดว่าหมายถึง “บริการระดับแรก ที่บุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นส่วนที่นำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานของประชาชน มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้” แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึงบริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็น ให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการบริบาลดูแล (Care) มากกว่าการรักษาโรคให้หาย หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัวซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียวหรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main Contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (Sub-Contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการได้ไม่ครบทุกประเภท

2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care, CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary Care, CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง

2.6 ระบบการบริการปฐมภูมิ

ระบบการบริการปฐมภูมิ (Primary care) ตามประกาศของอัลมา อัลตา ปี ค.ศ. 1978 กำหนดว่าหมายถึง บริการระดับแรกทีบุคคลแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นส่วนที่นำเอาบริการดูแลสุขภาพเข้ามาใกล้ชิดกับสถานที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานของประชาชนมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

ระบบการบริการปฐมภูมิ (สมชาติ ไตรรักษา. 2547) หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ในลักษณะที่ผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งทำหน้าที่ประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่ใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็นให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการดูแล (Care) มากกว่าการรักษาโรคให้หาย (Cure)

ส่วนที่เป็นการพัฒนาภายในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรง ได้แก่ สถานที่ตั้งของสถานพยาบาลควรตั้งอยู่ในชุมชน สะดวกต่อการมารับบริการ มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสาน มีการจัดการเงินที่ส่งเสริมการมารับบริการด้านแรกก่อน มีการเชื่อมโยงกับบริการทุติยภูมิและมีการจัดสถานที่บรรยากาศการให้บริการที่สร้างความเป็นกันเองส่วนที่เป็นระบบสนับสนุนจากภายนอก ได้แก่ ระบบบริหารจัดการที่คล่องตัว ทีมให้บริการมีอำนาจจัดการและตัดสินใจในการปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้ การสนับสนุนงบประมาณ และการพัฒนาบุคลากรในด้านความคิด ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลกับโรงพยาบาล การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการจัดบริการให้กับประชาชนอย่างสอดคล้อง ยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ มาตรฐานขั้นต่ำในการรับสัญญาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ด้านที่ตั้งและประชากร

1.1 ประชากรรับผิดชอบไม่ควรเกิน 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2 สถานที่ตั้งของหน่วยต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้

สะดวกภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

2. ด้านขีดความสามารถ

2.1 มีการให้บริการที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

2.2 มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

2.3 มีการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน ที่การทำเองได้และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว (ตามเกณฑ์มาตรฐาน)

2.4 มีระยะเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด)

3. ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรให้บริการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความ สามารถตามเกณฑ์มาตรฐาน

3.1 มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 ต่อประชากร 1,250 คน โดยที่พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คนต่อประชากร 5,000 คน (อัตราส่วนนี้เป็นเฉพาะระยะแรก ในอนาคตควรพัฒนาให้มีบุคลากรในอัตราส่วน 1 ต่อประชากร 900 คน) และบุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยร้อยละ 75

3.2 ในระยะแรกให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื่องเต็มเวลา ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน ในอนาคตควรพัฒนาให้มีแพทย์มากขึ้นในอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 ต่อ 3,000 คน

3.3 ในพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ ความสามารถเหมาะสม ตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจากข้อ 3.1 รวมเป็นอัตราส่วนอย่างน้อย 1 ต่อประชากร 1,000 คน ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ที่ดูแลประชากร รวมทั้งหมดไม่เกิน 1 ต่อประชากร 20,000 คน

3.4 มีทันตแพทย์ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 ต่อประชากร 20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพออาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 ต่อประชากร 20,000 คน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์

4. ด้านการจัดการ

4.1 ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการเช่นระบบการติดตาม จัดระบบข้อมูล

4.2 ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว เช่นประชาชนได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมาถึงสถานพยาบาล

4.3 ให้มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

4.4 ให้มีระบบการกำกับ และพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

5. ด้านอุปกรณ์ อาคารและสถานที่

5.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ

5.2 มีการจัดการให้มียานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

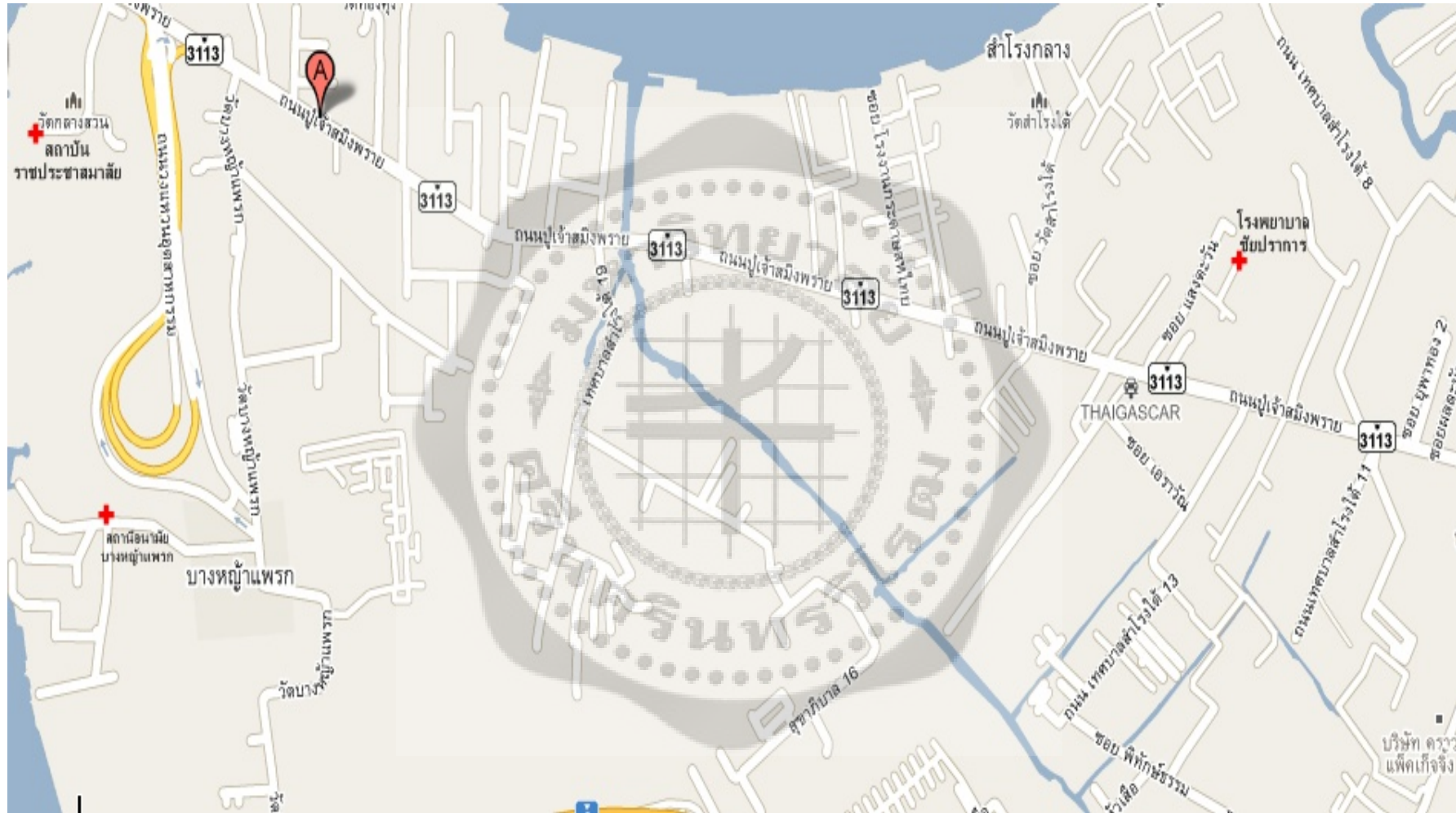
5.3 มีอาคารให้บริการที่สะดวก สะอาดปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

6. มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการและด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง

3. การบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

3.1 ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ตั้งอยู่เลขที่ 15 หมู่ 7 ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นชุมชนที่อยู่ในอาณาเขตของสถาบันราชประชาสมาสัยซึ่งเป็นศูนย์รวมเครือข่ายการส่งต่อเพื่อการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและให้บริการประชาชนทั่วไปในลักษณะสถานพยาบาล จำนวน 250เตียงการบริการด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับดูแลของโรงพยาบาลเอกชน คู่สัญญาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการที่จัดสรรงบประมาณโดยการแบ่งตามเขตพื้นที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ คือ สถานีอนามัยตำบลบางหญ้าแพรก การเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการดังกล่าวทางรถยนต์ใช้เวลาในการเดินทาง 30 นาที แต่เนื่องจากชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยตั้งอยู่ในซอยวัดกลางสวน ต้องเดินทางอ้อมออกทางถนนปู่เจ้าสมิงพรายเข้าซอยวัดบางหญ้าแพรก เพื่อไปรับบริการที่สถานีอนามัยตำบลบางหญ้าแพรก ไม่มีรถประจำทางผ่านต้องใช้บริการรถรับจ้าง ค่าใช้จ่ายที่ถูกที่สุดประมาณ 50 – 60 บาทต่อการเดินทาง 1 เที่ยว ส่วนการเดินทางต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา อยู่ห่างจากชุมชนสถาบันระยะทาง 5 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาเดินทาง 45 ถึง 50 นาที เนื่องจากถนน ปู่เจ้าสมิงพรายเป็นถนนที่รองรับเขตอุตสาหกรรม การจราจรค่อนข้างหนาแน่น ค่าใช้จ่ายที่ถูกที่สุดประมาณ 100 – 120 บาทต่อการเดินทาง 1 เที่ยว



ภาพประกอบ 3 แผนที่ของหน่วยบริการที่รองรับการบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

3.2 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งซึ่งมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ผิวหนังและเส้นประสาท ถ้าเพียงแต่มีอาการทางผิวหนังอย่างเดียวโรคเรื้อนคงไม่ทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขมากนัก ผู้ป่วยก็คงมารับการรักษาจากสถานพยาบาลต่างๆได้โดยง่าย ไม่เป็นที่รังเกียจจากผู้อื่นแต่การณมิได้เป็นเช่นนั้น โรคเรื้อนยังมีอาการแสดงทางเส้นประสาท ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดความพิการ ความพิการที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อนนั้น นับเป็นความผิดปกติหรือความบกพร่อง (Impairment) ทางกายที่เกิดจากเส้นประสาทส่วนปลายโดยเฉพาะใบหน้า ตา มือ และเท้า ทำให้เกิดอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนกำลังจนสูญเสียหน้าที่ ทำให้เกิดความพิการของตา มือ และเท้า ดังนี้

1. ตา ได้แก่ กระจกตา บริเวณตาดำชา ตาหลับไม่ลง หากผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองอย่างถูกวิธี จะมีอาการตาอักเสบ กระจกตาเป็นแผล อาจทำให้ตาบอดได้ในที่สุด

2. มือ กล้ามเนื้อนิ้วมืออ่อนแรง ข้อมือตกร ฝ่ามือชา ไม่มีเหงื่อ หากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในการทำงาน ไม่นวดบริหารกล้ามเนื้อนิ้วมือ ทำให้นิ้วมืองอ ข้อติดแข็ง มีปัญหาต่อการดำรงชีวิต หรือไม่ดูแลฝ่ามือที่แห้งจําทำให้เกิดหนังแข็ง เกิดรอยแตกแผลอักเสบเรื้อรัง ส่งผลให้การติดเชื้อลุกลามถึงชั้นกระดูก ส่งผลให้นิ้วมือกุด

3. เท้า ได้แก่ เท้าตกร นิ้วเท้างอฝ่าเท้าชา ไม่มีเหงื่อ หากผู้ป่วยไม่ระมัดระวังในการเดินและการทำมาหากิน ไม่นวดบริหารกล้ามเนื้อ ไม่ดูแลฝ่าเท้าจนทำให้เกิดหนังแข็ง ตาปลา รอยแตก กลายเป็นแผลเรื้อรังข้อเท้าบวมผิดรูปปร่าง นิ้วเท้างอ ข้อติดแข็ง และนิ้วเท้ากุดด้วน

คณะทำงานพัฒนาบุคลากรด้านสังคมสงเคราะห์ กรมควบคุมโรค ได้สรุปภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวมีดังนี้

1. ปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุข การบำบัดรักษาโรคเรื้อนในอดีตที่ผ่านมาต้องใช้เวลาในการวินิจฉัยประมาณ 5-10 ปี ทำให้เกิดปัญหาความเรื้อรังของโรค และความพิการของผู้ป่วยภายหลังได้มีการพัฒนายาที่มีประสิทธิภาพสามารถรักษาโรคให้หายได้ภายใน 6 เดือนถึง 2 ปี อัตราการระบาดของโรคเรื้อนได้ลดต่ำลงจนไม่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอีกต่อไป ตั้งแต่ปี 2537 แต่ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วยังคงความพิการจากการที่เส้นประสาทถูกทำลายส่งผลต่ออวัยวะดังกล่าวมาข้างต้น ความพิการที่ปรากฏหากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง การประกอบอาชีพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันล้วนมีผลต่อการเกิดความพิการซ้ำซ้อนได้

2. ปัญหาทางสังคม-เศรษฐกิจ แม้ว่าผู้ป่วยจะรักษาหายปราศจากเชื้อแล้ว แต่จากสภาพความพิการที่ปรากฏให้เห็นตามมือ เท้า ตา และ ใบหน้า ที่ขาดหายและผิดรูปตลอดจนร่องรอยทางผิวหนังซึ่งเปรียบเสมือนตราบาป (Stigma) ติดตัวตลอดชีวิต ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจะถูกรังเกียจ (Prejudice) จากครอบครัว ชุมชนและสังคม ไม่มีผู้คบค้าสมาคมด้วย และต้องหลบซ่อนตัว ไม่กล้าออกมารับยาและขาดการรักษา หรือต้องเลือกสถานบริการที่ห่างไกลที่อยู่ เป็นปัญหากระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการอย่าร้าง การออกจากงาน ผู้ป่วยที่มีความพิการตา มือ เท้า มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ การมีรายได้ไม่เพียงพอทำให้ต้องเร่ร่อน

3. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นผลต่อเนื่องจากปัญหาทางสังคมและร่างกาย การเป็นโรคที่สังคมรังเกียจและมีความเป็นมาของอดีตที่ยาวนานของความเชื่อว่า “เป็นโรคเวรโรคกรรม” หรือ“เป็นกรรมพันธุ์”ทำให้ผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อนเกิดปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทอดอาลัยตายอยาก และอยากฆ่าตัวตาย มีปมด้อย รู้สึกหวาดระแวง ต้องแยกตัวออกจากครอบครัว และสังคม ดังนั้นการดำเนินงานโรคเรื้อน จึงต้องอาศัยสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีมาตรการการดูแลทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ ร่วมกับมาตรการการแพทย์และสาธารณสุขด้วย

จากสภาพปัญหาและผลกระทบข้างต้นจะเห็นว่า โรคเรื้อนนอกจากจะทำให้เกิดความพิการ ส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยลงแล้ว โรคเรื้อนยังสร้างตราบาททางสังคมให้แก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนทั้งที่มีความพิการชัดเจน หรือไม่ปรากฏความพิการ ทำให้ถูกรังเกียจตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน เนื่องจากความเชื่อ เจตคติของสังคมซึ่งมีต่อคนโรคเรื้อน โดยเห็นว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่น่ารังเกียจ น่ากลัว รวมทั้งตัวผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเองก็เกิดปมด้อย อับอาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอยู่ในชุมชนปกติได้ เป็นผลให้เกิดปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจและจิตใจ เนื่องจากการถูกกีดกันทางสังคม จนต้องหลบหนีจากครอบครัว ชุมชน หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่อสังคม ทั้งที่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเหล่านี้ใช้ว่าจะไร้ความสามารถในการดำรงชีวิต สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้คนพิการจากโรคเรื้อนสามารถยืนหยัดหรือพึ่งพาตนเองได้ คือ การยอมรับและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งตัวผู้พิการเองต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน อย่างน้อยตามสิทธิพื้นฐานที่พึงได้รับ นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในรูปแบบโครงการชำนาญพิเศษ เมื่อ พ.ศ. 2498 ขณะนั้นอัตราความชุกโรคเท่ากับ 50 คนต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน ซึ่งสะท้อนถึงขนาดของปัญหาโรคเรื้อนอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนขณะนั้นประสบปัญหาและความยุ่งยากในการรักษาควบคุมโรคเนื่องจากในอดีตการรักษาโรคเรื้อนต้องใช้เวลานานถึง 5-10 ปี และขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการรักษาประการสำคัญอาการแสดงของโรคเรื้อน ไม่เพียงมีอาการทางผิวหนังอย่างเดียว แต่เชื้อโรคเรื้อนยังอาจทำลายเส้นประสาทส่วนปลายจนสูญเสียหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดความพิการขึ้นด้วย ซึ่งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนปรากฏเห็นได้ตามใบหน้า ตา มือ และเท้า หากขาดการดูแลอย่างถูกต้องจะทำให้พิการมาก เช่นงมูกยุบ ตาหลับไม่ลง กล้ามเนื้อมือเท้าลีบ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กุดตัวน ลักษณะความพิการจากโรคเรื้อนดังกล่าวเป็นที่รังเกียจกลัวของประชาชนทั่วไป และแม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมไม่สามารถประกอบอาชีพหรือปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอยู่ในชุมชนปกติได้เช่นเดิมเป็นผลให้ต้องประสบปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจและจิตใจ เนื่องจากถูกกีดกันทางสังคม จนต้องหลบหนีจากชุมชนแยกตัวออกจากสังคมกลายเป็นคนชายขอบ บางคนออกไปใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวและยากไร้ หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่อต้านสังคม และเกิดความกลัวไม่กล้าไปรับการรักษาทำให้แพร่โรคแก่ครอบครัว ญาติและผู้ใกล้ชิด รวมทั้งความพิการมากจนไม่สามารถแก้ไขได้

กลวิธีการควบคุมโรคเรื้อนในระยะที่สถานการณ์ความชุกโรคสูงจึงได้มุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยเร็ว ก่อนที่จะเกิดความพิการ เพื่อให้การรักษาครอบคลุมทั่วประเทศได้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรคเรื้อนออกไปค้นหาผู้ป่วยใหม่ให้การรักษา ให้สุขศึกษา ฝ้าระวังโรค จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2527 ได้มีการนำยาผสมแบบใหม่ (Multi-drug Therapy: MDT) มาใช้ในการรักษาโรคเรื้อน ทำให้ระยะเวลาการรักษาโรคเรื้อนใช้เวลาสั้นลง เหลือเพียง 6 เดือนถึง 2 ปี ขณะเดียวกันได้มีการโอนมอบงานโรคเรื้อนเข้าสู่ระบบสาธารณสุขมูลฐานทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมากจนอัตราความชุกลดลงต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 10,000 คน ในปีพ.ศ. 2537 ซึ่งองค์การอนามัยโลก ถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้ว

ปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินงานปฏิรูประบบสุขภาพ และบูรณาการด้านการบริการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รวมกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนอยู่ใยความรับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ แต่เมื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่แล้ว โรคเรื้อนมักถูกจัดลำดับความสำคัญไว้ลำดับหลังหรือไม่เป็นโรคที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน ทำให้งานควบคุมโรคเรื้อนไม่ได้รับความสนใจ ทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติการ รวมทั้งประชาชนทั่วไปก็ขาดความตระหนักไม่เห็นความจำเป็นในการดูแลป้องกันตนเองจากโรคเรื้อน

3.3 ระบบบริการสาธารณสุขในงานโรคเรื้อน

สถานบริการแห่งแรกที่จัดตั้งขึ้นในประเทศไทยและนับเป็นแห่งแรกในทวีปเอเชียที่รักษาและสังเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนคือ โรงพยาบาลแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งก่อตั้งในปีพ.ศ. 2451 โดยดอกเตอร์เจมส์ แมคเคนและคณะมิชชันนารีจากประเทศสหรัฐอเมริกา การควบคุมโรคเรื้อนในอดีตจะดำเนินการคล้ายคลึงกับโรคติดต่ออื่นๆ คือการกักกันผู้ป่วยจนกระทั่งการรักษาผู้ป่วยตามบ้านด้วยยาดีดีเอสได้พัฒนาขึ้นและงานโครงการชำนาญพิเศษได้ดำเนินการในพื้นที่จนอัตราการระบาดลดลง จึงผสมผสานเข้าสู่การดูแลของชุมชนและงานสาธารณสุขมูลฐาน ในการดำเนินการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีการพัฒนาเข้าสู่ระยะต่างๆ ดังนี้

1. ระยะของการแยกผู้ป่วยเพื่อกักกัน (Isolation Phase) พ.ศ.2451 – 2494 เกิดสถานพยาบาลและนิคมโรคเรื้อนหลายแห่งเพื่อแยกผู้ป่วยที่เชื้อกำเริบและที่เรื้อนไรที่พึ่งเข้ารับการรักษาแลสังเคราะห์ ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยอาสาสมัครและหมอสอนศาสนาจากต่างประเทศต่างๆ การรักษาโรคเรื้อนในสมัยนั้นรักษาโดยใช้สารสกัดจากเมล็ดกระเบาเป็นยาหลัก (Hydrosopes Therapy)

2. ระยะรักษาตามบ้านด้วยยาแดปโซน (Domiciliary Treatment with Dapsone) พ.ศ. 2497ถึง2526 ในปี พ.ศ. 2497 ได้มีการพัฒนายาตัวใหม่ชนิดรับประทานชื่อ Dapsone ซึ่งมีการทดลองแล้วพบว่าได้ผลและสะดวกในการรักษา จึงได้เริ่มมีการเร่งรัดงานควบคุมโรคเรื้อนโดยเริ่มโครงการชำนาญพิเศษ (Vertical Programmed) มีกิจกรรมการสำรวจค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน และ

ให้มีการรักษาตามบ้าน และ จุดบำบัดที่เจ้าหน้าที่โรคเรื้อนนัดหมาย โครงการสามารถครอบคลุมทั่วประเทศในปี 2519 และระหว่างปีพ.ศ. 2515 ถึง 2526 ได้ใช้กลวิธีผสมผสานงานควบคุมโรคเรื้อนเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุขท้องถิ่น ภายใต้การดูแลของศูนย์โรคเรื้อนเขตต่างๆ มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น และโอนมอบพนักงานบำบัดโรคเรื้อนไปจังหวัดต่างๆ และเริ่มขยายงานควบคุมโรคเรื้อนเข้าไปในงานสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 เพื่อให้การบริการเข้าถึงชุมชน (Accessibility)

3. การรักษาตามบ้านด้วยยาผสมแบบใหม่MDT (Domiciliary Treatment with MDT) พ.ศ. 2527ถึงปัจจุบัน ช่วงกลางแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้มีการนำเอาการรักษาด้วยยาผสมระยะสั้น (Multi drug therapy) ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้เวลาในการรักษาเพียง6เดือน-2 ปี มาใช้ในการรักษาบำบัดโรคเรื้อน และสามารถขยายผลการรักษาด้วยยาผสมระยะสั้น จนครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ ในปี 2532 ส่งผลให้สถานการณ์ความชุกโรคเรื้อนลดลงอย่างรวดเร็วจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข คืออัตราความชุกโดยเฉลี่ยทั่วประเทศต่ำกว่า 1 ต่อ10,000 ประชากร ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การดำเนินงานด้านสาธารณสุข สอดรับกับแผนพัฒนาฉบับที่6-7 (พ.ศ. 2530 – 2539)เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า หารสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงมีแผนการขยายงานป้องกันความพิการรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในทุกสถานบริการที่เกี่ยวข้อง โดยมีการอบรมแพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในเรื่องการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันความพิการซึ่งตรงกับแนวความคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ วีระ รามสูต เกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยเน้นการฟังฟังและการดูแลตนเองในชุมชนเป็นหลัก เป็นการสร้างระบบการทำงานและสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

จากนั้นในช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8-9ได้น้อมนำกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ โดยยึดหลักทางสายกลาง เพื่อให้ประเทศรอดพ้นจากวิกฤติ สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน งานด้านการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนเน้นการพัฒนาด้านคุณภาพของการให้บริการ และการมุ่งกำจัดโรคเรื้อนแบบยั่งยืน มีการจัดโครงการปีรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศล ทรงครองราชย์ครบ 50 ปี (ป.ร.ร.50) เพื่อเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ยังหลงเหลือให้รีบออกมารับการตรวจรักษาซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบของการรณรงค์ในงานโรคเรื้อน เพื่อให้ประชาชน ชุมชน น้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณและร่วมกันค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังหลงเหลือในชุมชนเพื่อโดยเสด็จพระราชกุศล ในการกำจัดแหล่งแพร่โรคในชุมชนให้หมดสิ้นไป

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการปฏิรูประบบราชการและปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ระบบงาน และบทบาท ภารกิจของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ และเป็นที่น่ายินดีและภาคภูมิใจที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง"สถาบันราชประชาสมาสัย"เป็นสถาบันโรค

เรือนแห่งชาติที่เป็นหน่วยราชการถาวรในการควบคุมโรค ที่ปฏิรูปใหม่ในปี 2546 โดยรวมโครงสร้างและทรัพยากรของกองโรคเรื้อนกับโรงพยาบาลพระประแดงเข้าด้วยกัน เพื่อรองรับการดำเนินงานโรคเรื้อน ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าโรคเรื้อนจะไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศ แต่เนื่องจากยังมีการตรวจพบว่ามีร้อยละ 13-15 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการระดับ 2 ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการตรวจพบล่าช้า รวมทั้งยังมีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก แสดงว่ายังมีการแพร่เชื้ออยู่ในชุมชน ดังนั้นการดำเนินงานโรคเรื้อนจึงยังคงต้องดำเนินการเพื่อกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพในด้านการควบคุมป้องกันรักษา และฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวังสู่อาคต สามารถหาเลี้ยงชีพได้ไม่เป็นภาระแก่สังคม การรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศล เป็นแรงผลักดันสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนสมดังพระราชปณิธาน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเมื่อจบโครงการสามารถค้นพบผู้ป่วยใหม่ได้มากถึง 2,366 ราย โดยพบผู้ป่วยได้มากกว่าในช่วงเวลาเดียวกัน ถึงร้อยละ 20 แต่ในขณะเดียวกัน ก็พบว่าผู้ป่วยใหม่มีความพิการสูงถึงร้อยละ 14 สะท้อนถึงความล่าช้าในการค้นหา และคุณภาพการให้บริการยังไม่ได้มาตรฐาน การที่ประเทศไทยได้ดำเนินการโครงการกำจัดโรคเรื้อนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกแล้ว จนเข้าสู่ระยะหลังของการกำจัดโรคเรื้อนในระดับประเทศ มาสู่ระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายที่ชัดเจน และสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

3.4 การบริการด้านสุขภาพของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนภายใต้นโยบาย

หลักประกันสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้พัฒนามาจนเป็นพระราชบัญญัติประกาศใช้ทั่วประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 นั้น เป็นขบวนการเคลื่อนไหวในระบบสุขภาพของประเทศไทยครั้งใหญ่ที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ มีผลกระทบถึงการเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านสุขภาพของคนไทยอย่างรุนแรงและกว้างขวาง เปลี่ยนแปลงระบบการจัดการสุขภาพของทั้งประเทศในทุกระดับและทุกระบบย่อยที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบใหญ่ทางสุขภาพ (นิตยา จันทรเรืองมหาผล: 2549) ต้องยอมรับว่าเดิมระบบบริการด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสเช่น คนพิการ ผู้ที่มีรายได้น้อยเกิดช่องว่างของความไม่เสมอภาคในสังคม ถึงแม้รัฐบาลจะพยายามแก้ไขด้วยนโยบายต่างๆ แล้วก็ตาม ยังมีคนอีกหลายกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนก็เช่นเดียวกัน เป็นกลุ่มประชากรที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากการถูกตราบาปจากสังคม ไม่สามารถมีที่ยืนในสังคมอย่างภาคภูมิใจในฐานะประชาชนคนไทยคนหนึ่ง (สงกรานต์ ภูพุกก์; และคณะ. 2544) การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ทั่วประเทศโดยประกันว่าทุกคนต้องมีสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกันนั้น อาจส่งผลต่อการให้บริการด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อนระบบเดิมผู้ป่วยโรคเรื้อน ได้รับการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ทั้งที่อยู่อาศัยที่รัฐจัดหาให้ก่อตั้งเป็นนิคมโรคเรื้อนที่มีประวัติยาวนานเกือบทศวรรษ มีการพัฒนาบทบาทหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยโรค

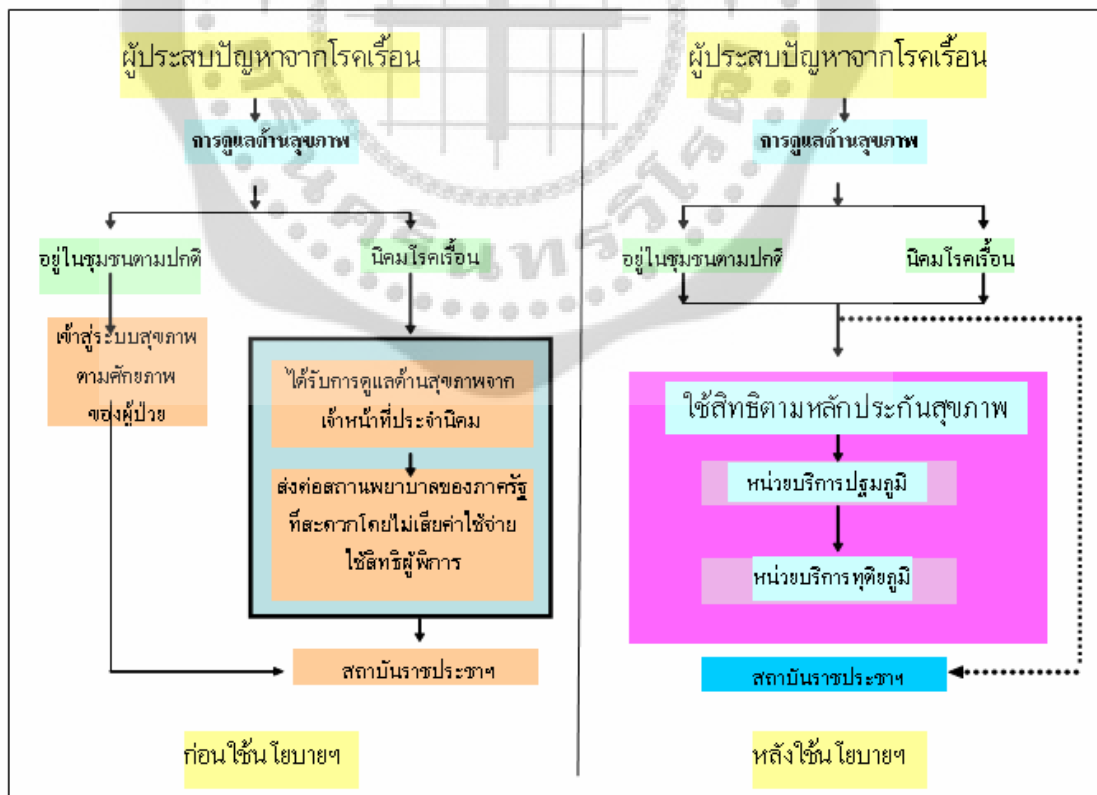
เรือน มีการจัดการสงเคราะห์เบี้ยเลี้ยง การรักษาพยาบาล สาธารณูปโภคต่างๆ รวมไปถึงญาติ และ บุตรหลานของผู้ป่วยได้รับสวัสดิการด้านสังคม หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับสิทธิคนพิการไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น และมีหน่วยงานเครือข่ายของกรมควบคุมโรคให้บริการดูแลอย่างทั่วถึง ผู้ที่รักษาหายจากโรคได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันความพิการซ้ำซ้อนอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรค การส่งเสริมอาชีพ การศึกษา และอื่นๆที่บริการของรัฐจัดทำให้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความพิการของผู้ป่วยแต่ละคน

วิวัฒนาการของการพัฒนางานโรคเรื้อรันทยาวนาน ตั้งแต่ปีพ.ศ.2450 คณะมิชชันนารีอเมริกา ได้มาตั้งโรงพยาบาลโรคเรื้อรังจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อรักษาและสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นเป็นครั้งแรก ต่อมาจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับความเดือดร้อนเรื่องการดูแลรักษาทวีมากขึ้นโดยเฉพาะใน ส่วนกลาง จึงได้มีการก่อตั้งโรงพยาบาลโรคเรื้อรังพระประแดง ขึ้นในปี 2466 ต่อมาในปี 2494 กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาเห็นว่าขณะนั้นได้มียารักษาโรคเรื้อรังแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องควบคุมดูแลผู้ป่วยอยู่ในสถานพยาบาลอีกต่อไป จึงมีการจัดโครงการชำนาญพิเศษ ก่อตั้งนิคมโรคเรื้อรังทั่วประเทศ ในปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 12 นิคม ดังนี้

ตาราง 1 นิคมโรคเรื้อรัง จำนวน 12 นิคม กระจายตามภาคต่างๆทั่วประเทศไทย

ภาค	นิคม	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	นิคมปราสาท จ.สุรินทร์	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 5
	นิคมบ้านหัน จ.มหาสารคาม	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 6
	นิคมโนนสมบูรณ์ จ.ขอนแก่น	
	นิคมเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด	
ภาคเหนือ	นิคมอำนาจเจริญ	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 7
	จ.อำนาจเจริญ	
	นิคมบ้านกร่าง	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 9
	จ. พิษณุโลก	
ภาคตะวันออก	นิคมแม่ทะ จ. ลำปาง	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 10
	นิคมแม่ลาว จ. เชียงราย	
	นิคมฝายแก้ว จ. น่าน	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 3
	นิคมแพ่งขาค้าง จ.จันทบุรี	
ภาคใต้	นิคมดงทับ จ.จันทบุรี	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เขต ที่ 12
	นิคมพุดทอง จ.นครศรีธรรมราช	

รูปแบบการบริการด้านสุขภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ เน้นการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับนโยบายของระบบสาธารณสุข มีการผสมผสานเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจุบันเป็นยุคที่สี่ของการควบคุมโรคเรื้อนที่สามารถควบคุมสภาวะการระบาดของโรคได้ ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขในปี 2537 เป็นต้นมา แต่ยังมีที่ความชุกแม้จะต่ำลงในระดับมหภาคหรือจังหวัด แต่ยังคงกระจุกตัวเป็นหย่อมๆ และมีปัญหาในระดับจุลภาคในบางอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่แม้จะมีจำนวนน้อยลง แต่การกระจายที่ห่างไกลทั่วไปทำให้ยากในการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขในระบบการผสมผสาน ขณะเดียวกันก็ยังมีปัญหาผู้ป่วยเกิดใหม่และผู้ป่วยพิการคงอยู่ รวมทั้งผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพ ระบบราชการและการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งให้เกิดระบบสุขภาพที่พอเพียงทั้งสุขภาพ ประชาชน ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งสุขภาพะทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานควบคุมโรคเรื้อนและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องลงทะเบียนบัตรทองและเข้ารับบริการแบบผสมผสานทั้งเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันควบคุม รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งระบบการส่งต่อตามเครือข่าย



ภาพประกอบ 4 ระบบการดูแลด้านสุขภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนก่อนและหลังการใช้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ

3.5 ระบบการบริการด้านสุขภาพภายในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นหน่วยงานของกรมควบคุมโรคมีบทบาทในการเป็น ศูนย์กลางของประเทศในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยมีสำนักงานในส่วนกลาง 3 ส่วน ได้แก่

1. สถาบันราชประชาสมาสัยส่วนพระประแดง ตั้งอยู่เลขที่ 15 หมู่ที่ 7 ถนนปู่เจ้าสมิงพราย อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
2. สถาบันราชประชาสมาสัยส่วนนนทบุรี ตั้งอยู่ในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
3. สถาบันราชประชาสมาสัยส่วนวัดมกุฏกษัตริยาราม ตั้งอยู่เลขที่ 277 ถนนประชาธิปไตย แขวงบางขุนพรหม เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานผ่านระบบการใช้จ่ายเงินงบประมาณ และเงินบำรุงที่ได้จากการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป มีศักยภาพรองรับผู้ป่วยนอกได้วันละ 500 คนมีจำนวนเตียงผู้ป่วยใน 200 เตียง มี บุคลากร 450คน (จาก ข้อมูล ปีงบประมาณ 2553) ได้รับการประเมินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ให้ขึ้นทะเบียนเป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อ ระดับตติยภูมิในเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ บริการเฉพาะทางด้านโรคเรื้อน ด้านโรคผิวหนัง ด้านจักษุ และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

บทบาทและหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัย

1. ศึกษาวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม ตรวจสอบ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. กำหนดและพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจสอบ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน
3. ให้บริการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัยรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนในระดับตติยภูมิ
4. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจสอบ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
5. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ
6. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบกลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อน
7. เป็นสถานกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อน
8. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

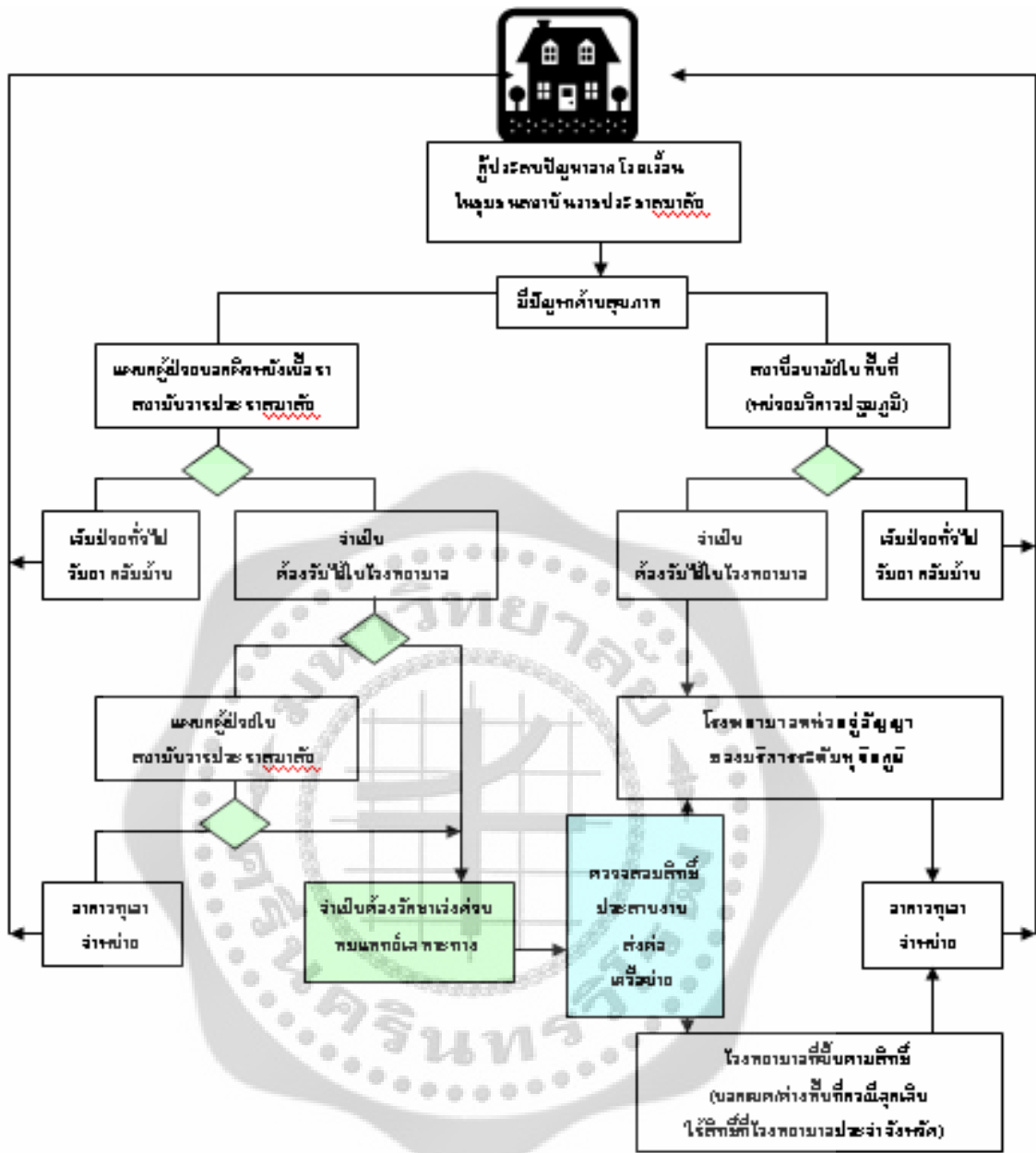
งบประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อน

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ได้มาจาก งบประมาณประจำปีของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การเสนองบประมาณจากการเสนอ แผนงานด้านบริหาร บริการ และวิชาการ ปริมาณผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลดลง รวมทั้งการค้นพบผู้ป่วย ใหม่ หรือการควบคุมการระบาดของโรคประสบผลสำเร็จ อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่เหลือเพียง 0.5 ต่อประชากร 10,000 คน หรือ 5 คนต่อประชากร 1 แสนคน ทำให้สถานการณ์การควบคุมโรคเรื้อน ถูกลดความสำคัญ ประกอบกับปัจจุบันมีโรคอุบัติใหม่ โรคติดต่ออื่น ๆ ที่มีความสำคัญยิ่งกว่า เช่น โรคเอดส์ โรคไข้หวัดนก ทำให้มีผลต่อการได้รับการจัดสรรงบประมาณ

ระบบการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ก่อตั้งพร้อม ๆ กับการก่อตั้งสถาบันราชประชาสมาสัย เมื่อ 50 ปีก่อน โดยผู้ป่วยที่รับการรักษา จำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ ประกอบกับการถูก สังคมรังเกียจจากการเป็นโรค ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถกลับไปสู่อุปการะครอบครัวเดิมได้ หลายคน สร้างครอบครัวใหม่ด้วยความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจากการประสบชะตากรรมเดียวกัน เกิดเป็น ครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และครอบครัวอาศัยอยู่ 300 กว่าหลังคาเรือน จำนวนสมาชิกในชุมชนจำนวน 600 คน (ข้อมูล ณ ปี 2552) การรับบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากชุมชนอยู่ในเขตของสถาบันราชประชาสมาสัย การ เดินทางเข้ารับบริการที่สถาบันจึงเป็นสิ่งที่ถือปฏิบัติด้วยความเคยชินมาช้านาน เมื่อผู้ประสบปัญหา โรคเรื้อนในชุมชนเจ็บป่วย มีระบบการให้บริการ เหมือนกับโรงพยาบาลทั่วไป สถาบันฯ เปิด ให้บริการครบวงจรทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก ทันตกรรม และกายภาพบำบัด ซึ่งการบริการทั้งหมดนี้ผู้ประสบปัญหาจากโรค เรื้อนในชุมชนสถาบันฯ สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่คิดมูลค่า จากการสงเคราะห์ของภาครัฐ ภายหลังการปฏิรูประบบสุขภาพ ปี พ.ศ. 2547 มีการกระจายอำนาจการบริการสุขภาพ และการ ดำเนินนโยบายภายใต้หลักประกันสุขภาพ โดยการแบ่งระดับของสถานบริการตามศักยภาพ และ แบ่งพื้นที่การให้บริการตามแนวทางของสำนักงานสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด

จังหวัดสมุทรปราการได้แบ่งพื้นที่ให้บริการตามความเหมาะสมของจำนวนประชากร และ ศักยภาพของสถานบริการที่มีอยู่ในจังหวัด ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ถือเป็นประชากรในความ ดูแลของจังหวัดสมุทรปราการเช่นกัน ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย หมู่ที่ 7 ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง ขึ้นกับหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ สถานีอนามัยตำบลบางหญ้าแพรก หน่วยงานที่ รองรับในระดับทุติยภูมิคือโรงพยาบาลชัชพรปราการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา ความซ้ำซ้อน ของระบบทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนและครอบครัวเกิดความสับสน ระบบการเข้า รับบริการด้านสุขภาพเปลี่ยนไปจากเดิม ในขณะที่เดียวกันการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง รวมทั้งอีก หลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงบริการตามที่ คาดหวังได้



ภาพประกอบ 5 การบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ

สถานการณ์การให้บริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไป

ภายหลังจากการนำโครงการหลักประกันสุขภาพมาใช้ในช่วงแรก คือระหว่างปี 2544 ถึง 2549 รัฐบาลสมัยนั้น ใช้นโยบาย”30 บาทรักษาทุกโรค” ประชาชนรวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกำหนดให้ใช้สิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ ผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะแรกคือผู้ป่วยมีปัญหาจากโรคเรื้อรังไม่สามารถใช้สิทธิตามที่รัฐบาลกำหนดได้ เนื่องจากต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และต้องเดินทางไปใช้สิทธิตามสถานบริการที่กำหนดในบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายคนไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน หรือ ถ้ามีก็ขาดการติดต่อจากครอบครัวเป็น

เวลาหลายสิบปี เนื่องจากทราบที่เกิดจากการเป็นโรคเรื้อรังนั่นเอง เกิดความสับสนและไม่สามารถเข้าถึงบริการตามที่ภาครัฐคาดหวัง ถึงแม้ในปัจจุบัน ยังมีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ สังเกตจากสถิติของการมาใช้บริการในสถาบันราชประชาสมาสัยของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่นอกสถาบันฯ ไม่ผ่านระบบการส่งตัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานของระบบประกันสุขภาพ เปรียบเทียบย้อนหลัง 5 ปีหลังมีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพมาใช้ มากกว่าร้อยละ 20 โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในนิคมที่สามารถเดินทางเข้ามาสถาบันฯ โดยสะดวกเช่น นิคมแพรงซาหยั่ง จังหวัดจันทบุรี, นิคมบ้านกว้าง จังหวัดพิษณุโลก

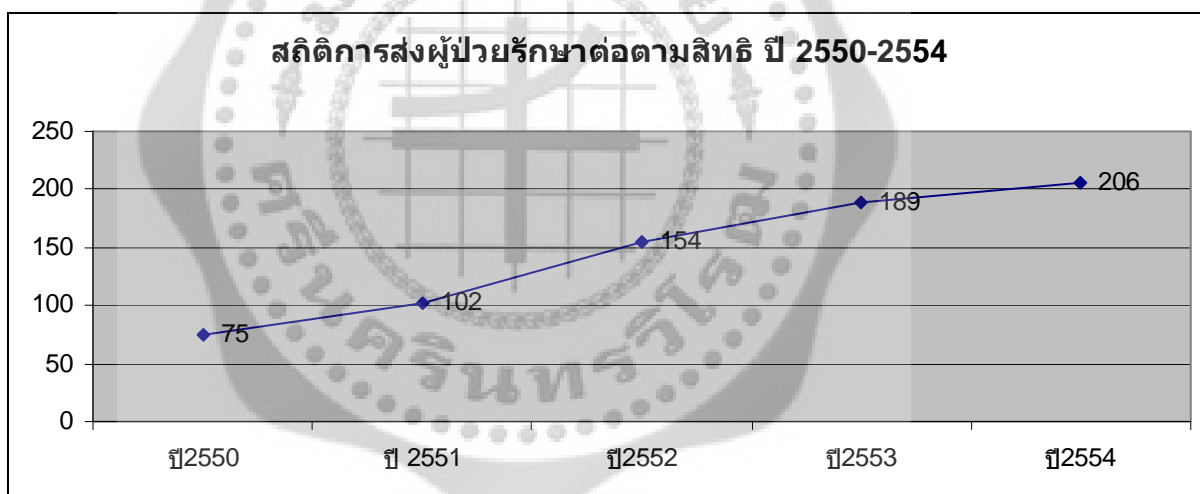
จากสถานการณ์ดังกล่าวมีผลต่อการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เดินทางมาจากนิคมต่างๆมาสถาบันราชประชาสมาสัย โดยไม่ผ่านระบบการส่งตัวของหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งจากการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก และบริการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จากสถิติจำนวนผู้เข้ารับบริการ และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2550 – 2554)

ตาราง 2 สถิติจำนวนผู้เข้ารับบริการและค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2550-2554)

การบริการ	จำนวน/ ค่าใช้จ่าย	2550	2551	2552	2553	2554
ผู้มารับบริการ	จำนวน (คน)	65,623	71,592	81,536	84,117	86,577
ผู้ป่วยนอก (โรคเรื้อรัง)	จำนวน (คน)	12,512	18,993	18,427	16,035	11,286
	ค่าใช้จ่าย	4.3 ล้าน	6.6 ล้าน	6.4 ล้าน	5.6 ล้าน	3.9 ล้าน
ผู้ป่วยนอก (ในชุมชนสถาบันฯ)	จำนวน (คน)	3,821	5,081	4,921	4,096	3,973
	ค่าใช้จ่าย	1.3 ล้าน	1.7 ล้าน	1.7 ล้าน	1.4 ล้าน	1.3 ล้าน
ผู้ป่วยนอก (จากนิคมอื่นๆ)	จำนวน (คน)	2,013	1,961	1,649	1,337	1,052
	ค่าใช้จ่าย	0.70 ล้าน	0.47 ล้าน	0.57 ล้าน	0.46 ล้าน	0.36 ล้าน
ผู้ป่วยใน (โรคเรื้อรัง)	จำนวน (คน)	408	385	596	458	362
	ค่าใช้จ่าย	1.8 ล้าน	2.5 ล้าน	2.6 ล้าน	2.0 ล้าน	1.7 ล้าน
ผู้ป่วยใน (จากนิคมอื่นๆ)	จำนวน (คน)	52	68	73	60	42
	ค่าใช้จ่าย	234,000	306,000	328,500	270,000	189,000

จากสถิติการให้บริการผู้ประสบปัญหาจากนอกสถาบันฯ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะเห็นได้ว่าสถาบันราชประชาสมาสัยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย ปีละประมาณ 1.8 – 2.6 ล้านบาทซึ่งผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังที่มารับบริการต่างพื้นที่ ล้วนมีสิทธิในการเข้ารับบริการในเขตที่นิคมของตน ตั้งอยู่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเหล่านี้รับผิดชอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแล้ว สถาบันฯ ไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยเหล่านี้ได้ จำเป็นต้องให้การสงเคราะห์ถึงแม้

การไม่มีใบส่งตัวอยู่นอกเหนือระเบียบที่วางไว้ ผู้ป่วยที่อยู่ในนิคมส่วนใหญ่นอกจากความพิการแล้ว บางรายสูงอายุมากขึ้น มีโรคแทรกซ้อน ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในนิคมเพียงลำพังได้ รวมทั้งไม่มีญาติคอยดูแล พยายามที่จะเข้ามาอยู่ในสถาบันฯ ในลักษณะของผู้ป่วยในเรื้อรัง ไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านหรือชุมชนได้ เป็นปัญหาต่ออัตราการครองเตียงและภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น เมื่อมีปัญหาโรคแทรกซ้อนเกินศักยภาพที่สถาบันฯ จะดูแลได้ มีปัญหาในระบบส่งต่อจากการใช้สิทธิข้ามจังหวัด กลุ่มที่สถาบันฯ รับผิดชอบในการส่งรักษาต่อได้แก่ผู้ป่วยในชุมชนสถาบันฯ ที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการในหน่วยบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคที่มีความซับซ้อนไม่สามารถเดินทาง เข้ารับบริการได้ด้วยตัวเอง จากความพิการและสูงอายุ มีปัญหาด้านการรับรู้ หลงลืม การเคลื่อนไหว และเอกสารที่ไม่ครบถ้วนเมื่อต้องไปใช้บริการตามสิทธิ เป็นภาระของสถาบันฯ ที่ต้องให้บริการแทนญาติ ทั้งการจัดหาพาหนะในการเดินทาง การจัดเจ้าหน้าที่ดูแลระหว่างไปรับบริการ การช่วยเหลือติดตาม ให้ได้รับการตรวจรักษาต่างๆ ตามนัดหมายของแพทย์ จากสถิติการส่งรักษาต่อผู้ป่วยไปใช้บริการตามสิทธิ ย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ.2550 – 2554) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังภาพประกอบที่ 5



ภาพประกอบ 6 สถิติการส่งผู้ป่วยรักษาต่อตามสิทธิ ปี 2550-2554

กลุ่มผู้ป่วยในชุมชนสถาบันฯ ราชประชาสมาสัยที่ไม่มีบัตรประชาชน ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในชุมชน สืบเนื่องมาจากกฎระเบียบในการกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อสมัย 50 ปีก่อน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อจากญาติ และครอบครัว บางคนเป็นบุคคลสาบสูญ บางคนกลัวญาติอับอายจึงปกปิดตัวตนที่แท้จริง ถึงแม้ก่อนการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพเมื่อปีพ.ศ. 2547 สถาบันฯ จะดำเนินการจัดทำบัตรประจำตัวประชาชนให้ก็ตาม ยังมีผู้ป่วยในชุมชนบางส่วนที่ไม่ยอมรับ และถือว่ามิสถาบันฯ ดูแลให้บริการอยู่แล้ว บางคนถูกจับมาเนื่องจากขอทาน เป็นบุคคลเร่ร่อนไม่มีบัตรประชาชน เมื่อมี

ความจำเป็นต้องสงครักษาต่อตามสิทธิ สถาบันฯต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกรังเรียน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและอาศัยในชุมชนสถาบันฯที่ค่อนข้างมีความรู้และเป็นปากเสียงให้กับผู้ป่วยอื่นๆ บางคนเคยเข้าทำงานในตำแหน่งคนงาน และเป็นผู้นำในการเรียกร้องสิทธิต่างๆ เช่นการขึ้นอัตราเบี้ยเลี้ยง ค่าครองชีพ ปฏิเสธการใช้สิทธิการรักษาของตนเอง เรียกร้องการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลตามต้องการโดยให้สถาบันฯเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

4. การติดตามประเมินผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

นโยบายหลักประกันสุขภาพ เป็นนโยบายสาธารณะที่เกิดจากความต้องการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ได้คุณภาพ และมีมาตรฐานภายใต้งบประมาณที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ระยะ 5 ปีแรกของการดำเนินงานมีปัญหาและอุปสรรคมากมาย มีนักวิชาการหลายท่านได้ติดตามประเมินผลมุมมองต่างๆ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการติดตามประเมินผลคือคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่ของประเทศ ยกกระตือการบริการด้านสุขภาพทัดเทียมมาตรฐานประเทศ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในมุมมองของการประเมินนโยบายสาธารณะที่ผ่านมา มีแนวทางในการประเมินโดยการมุ่งเน้นการวัดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การวัดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

นักวิชาการด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติหลายท่านได้กล่าวถึง การวัดหรือเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ไว้ดังนี้

นากามูระ และสะมอลูวู ได้เสนอเกณฑ์ในการวัดหรือประเมินความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้ 5 ประการ คือ

1. เกณฑ์การบรรลุเป้าหมายของนโยบาย เป็นการวัดผลที่มองเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบรรลุเป้าหมายของนโยบายหรือไม่ ซึ่งมักจะอาศัยวิธีการเชิงปริมาณมาวัดผลผลิต เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. เกณฑ์ประสิทธิภาพ เป็นการประเมินคุณภาพของการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย มักใช้กับกรณีซึ่งผลผลิตของนโยบายที่ไม่ชัดเจน เช่น นโยบายด้านความปลอดภัย นโยบายด้านการป้องกันประเทศ เป็นต้น

3. เกณฑ์ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการพิจารณาถึงความพึงพอใจของประชาชนต่อนโยบาย โดยพิจารณาจากความพึงพอใจและการร้องเรียนที่เกิดขึ้น

4. เกณฑ์การตอบสนองความต้องการของลูกค้า เป็นการพิจารณาถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเหมาะกับหน่วยงานประเภทให้บริการประชาชน เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานีตำรวจ เป็นต้น

5. เกณฑ์การดำรงอยู่ของระบบ จะเป็นการพิจารณาถึงความสอดคล้องภายในองค์กร การพิจารณาการจตุการสรรการใช้ทรัพยากรขององค์กร

เอ็ดเวิร์ด ซุซแมน ได้เสนอเกณฑ์วัดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้ 5 ประการคือ

1. เกณฑ์ความพยายาม เป็นการประเมินจากปริมาณ และคุณภาพของกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาจากปัจจัยนำเข้า หรือพลังงานที่ใช้ไปโดยที่สนใจผลผลิต

2. เกณฑ์การปฏิบัติงาน เป็นการประเมินจากการกระทำหรือการปฏิบัติงานโดยมองที่ผลลัพธ์ของความพยายาม

3. เกณฑ์ความเพียงพอ เป็นการประเมินพิจารณาว่าการปฏิบัติงานทั้งหมดเพียงพอต่อความต้องการของสาธารณชนหรือไม่

4. เกณฑ์ประสิทธิภาพ เป็นการประเมินโดยมองในด้านค่าใช้จ่าย

5. เกณฑ์กระบวนการ เป็นการประเมินความสำเร็จหรือล้มเหลว โดยดูว่าโครงการหนึ่งทำงานได้ผลหรือไม่ อย่างไร ทำไม่ถึงเป็นเช่นนั้น

จากแนวความคิดที่กล่าวมา เมื่อนำมาพิจารณากับกรณีของนโยบายหลักประกันสุขภาพ เห็นว่าการประเมินความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติควรใช้เกณฑ์การพิจารณา คือ เกณฑ์การบรรลุเป้าหมายของนโยบายหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ คุณภาพของการให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกๆระดับเพื่อการบรรลุประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพไปปฏิบัติ

4.1 แนวคิดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนของทุกคน ซึ่งปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) มาตราที่ 25 ได้ระบุว่า "บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้อยู่ในที่ที่มีมาตรฐานอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ ความเป็นอยู่ของตัวบุคคลนั้นและครอบครัว ทั้งนี้รวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย การดูแลรักษาทางการแพทย์ และความมั่นคงในชีวิต เมื่อต้องประสบกับการเจ็บป่วยหรือความพิการ" (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. 2543)

ในปัจจุบันรัฐได้มีความพยายามที่จะปฏิรูปและพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและได้ประโยชน์มากที่สุด แต่สิ่งที่สำคัญที่จะทำให้การพัฒนานั้นได้ผลคุ้มค่าคือการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่ง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization ในประเทศสหรัฐอเมริกา (JCAHO, 1989 อ้างใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล . 2543) ได้ระบุว่าความสามารถใน

การเข้าถึง (accessability) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญประการหนึ่งในการบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของแหล่งที่ให้บริการนั้น และให้ความหมายของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพว่า เป็นความสะดวกที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกเวลา ถูกสถานที่

การเข้าถึงบริการ คือการที่ผู้มารับบริการเมื่อมีความต้องการใช้บริการจะมาใช้บริการที่สถานที่บริการแห่งนั้นด้วยความสะดวกทั้งกายใจและสังคม และเสนอตัวชี้วัดความสามารถในการเข้าถึงบริการไว้ดังนี้

1. อัตราการใช้บริการของผู้มารับบริการ
2. อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
3. ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
4. ระยะห่างไกลของสถานบริการ
5. ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ
6. การสื่อสารและประชาสัมพันธ์การให้บริการ
7. คุณภาพการให้บริการ ด้านมาตรฐานการบริการ ด้านความพร้อมความสะดวกของบริการ การบริการที่ราคาเหมาะสม รวดเร็ว รักษาหาย เสมอภาค เป็นธรรมและตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ
8. ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มอาชีพ ทุกเพศ ทุกศาสนา ทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบมาใช้บริการ
9. การมีส่วนร่วมคิดการจั้ดบริการของหน่วยงาน/องค์การที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนทั่วไป

พลีษฐ์ แป้นเหมือน (2542) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการสุขภาพโดยสะดวก ของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ รูปแบบการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายของบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความเพียงพอของบุคลากรให้บริการ ช่วงเวลาที่ใช้บริการ และการยอมรับ ศรัทธา เชื่อถือบริการ

บำรุง ชันกลสิกร (2545) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพว่า หมายถึง การที่ประชาชนสามารถได้รับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคเป็นธรรมและทั่วถึงทั้งทางด้านการศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

จันทิมา มงคลอุปถัมภ์ (2546) ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการว่านอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคด้านการกระจายด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้า และเป็นธรรม รวมทั้งการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูงเพียงพออย่างเสมอหน้า

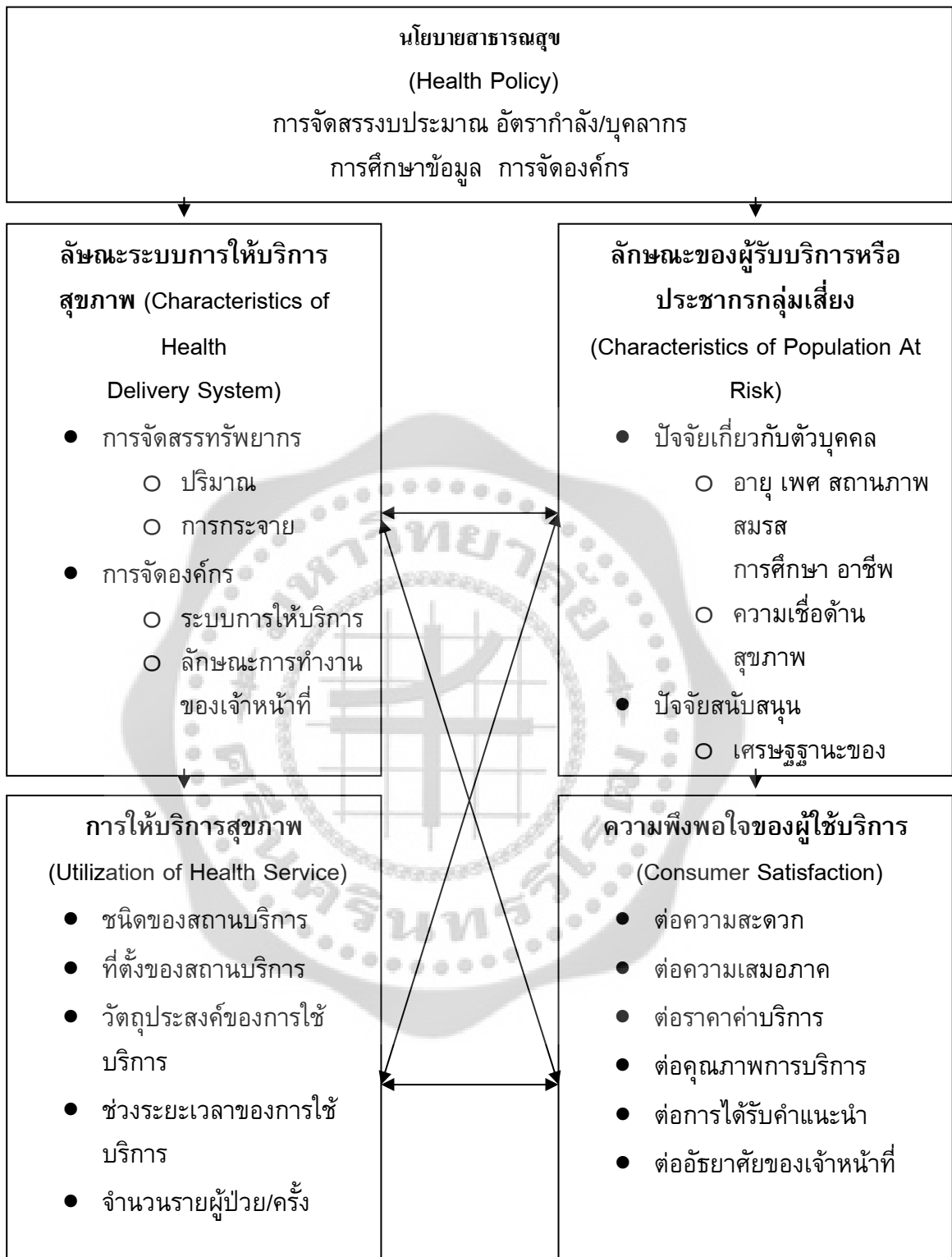
สุรางค์ศรี คีตมโนชญ์ (2549) ศึกษาปัจจัยของการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และจำนวนประเภทของการใช้

บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ (2532) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการซึ่งสามารถ สะท้อนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 ประการ คือ

1. ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ ขนาดครอบครัวและสถานภาพ สมรส
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น
3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ให้ความสำคัญกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทาง สังคม ทศนคติ ความเชื่อที่มีต่อเรื่องสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตของ บุคคล และแรงจูงใจในด้านสุขภาพของบุคคล
4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว ได้แก่ รายได้ของครอบครัวส่วนรวม
5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ชนิดและประเภทของบริการ จำนวน บุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ของสถานที่บริการ ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบาย
6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ การจัดรูปแบบ กระบวนการ การให้บริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมถึงราคา ค่าบริการ ค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพการบริการและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า อันได้แก่ นโยบายสาธารณสุข ด้านการเมือง งบประมาณหรือทรัพยากร ที่ได้รับจัดสรร ด้านกระบวนการได้แก่รูปแบบและกลวิธีใน การจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ สุดท้ายคือผลผลิต และผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณสุข นั้นๆ

เลอ แอน อดี และ โรแนล แอนเดอร์เซน (1984) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการศึกษาการ เข้าถึงบริการของประชาชน (A Framework for the Study of Access to Medical Care) ซึ่งกล่าวถึง การใช้บริการสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย (Health Policy) ลักษณะระบบการให้บริการสุขภาพ (Characteristics of Health Delivery System) ลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง (Characteristics of Population At Risk) การ ใช้บริการสุขภาพ (Utilization of Health Service) และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer Satisfaction) ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 รูปแบบการให้บริการสุขภาพตามแนวคิดของเลอ แอน อเดย์ และโรแนล แอนเดอร์
เซน

จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (ตามตาราง 3 หน้า 60) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการประเมินบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพ สรุปลงได้ดังนี้

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก ได้รับบริการตามความจำเป็นอย่างถูกต้องเหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดประเด็นการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของการประเมินบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้หลักประกันสุขภาพ ดังนี้

1. ความสะดวกของการเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการ หมายถึง สถานที่ตั้งของหน่วยต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์ ความสะดวกในการเดินทาง ความพร้อมของผู้รับบริการและญาติ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
2. ความครอบคลุมของการจัดบริการ หมายถึง การพิจารณาความครอบคลุมครบถ้วนของ ประเภทของบริการที่หน่วยบริการต้องมี ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพพื้นฐาน และการควบคุมป้องกันโรค
3. ความเหมาะสมของการจัดบริการ หมายถึง การพิจารณากระบวนการจัดบริการ ตั้งแต่ความเหมาะสมของการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย การจัดสรรทรัพยากร การจัดรูปแบบองค์กร และการจัดระบบการให้บริการด้านสุขภาพ
4. ความเสมอภาคของการบริการ หมายถึง ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิที่มี การให้บริการมีความเสมอภาค ปฏิบัติให้เท่ากัน สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน ไม่เลือกปฏิบัติ
5. คุณลักษณะของผู้รับบริการ หมายถึง การพิจารณาคูณสมบัติของผู้รับบริการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและครอบครัว ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความครบถ้วนของการมีบัตรประชาชน การรับนโยบายหลักประกันสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ เจตคติต่อการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ตาราง 3 การศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล	บำรุง ชันกลีกร	จันทนา มงคลอุปถัมภ์	พลิชฐ์ แป้นเหมือน	สุรางค์ศรี คีตมโนชญ์	เลอ แอนด์ อเดย์ และ โรแนลแอนเดอร์เซน	ประเด็นของการ ประเมิน
ความสะดวกของ ผู้รับบริการในการเจ้า ถึงแหล่งบริการ			เดินทางไปใช้แหล่ง บริการได้โดยสะดวก ค่าใช้จ่ายในการ เดินทาง ระยะทาง	ความต้องการในการดูแล การเดินทาง	ความสะดวกของการใช้ บริการ ชนิด ที่ตั้ง ของ สถานบริการ	ความสะดวกในการ เดินทางเข้าถึงแหล่ง บริการ
การดูแลรักษา พยาบาลตาม ความจำเป็น	การรักษาพยาบาล ครอบคลุม 4มิติ รักษา,ส่งเสริม ป้องกัน,ฟื้นฟู	การบริการที่ได้มาตรฐาน สูงเพียงพอ	รูปแบบการให้บริการ	ความพร้อมของบริการ ที่มีอยู่	คุณภาพการบริการ การได้รับคำแนะนำ คุณลักษณะของ ผู้รับบริการ	ความครอบคลุมของ การบริการ
การได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง ถูกเวลา			ช่วงเวลาที่ไปใช้บริการ ความเพียงพอของ บุคลากร	จำนวนประเภทของการ ให้บริการ	นโยบายการจัดบริการ ราคาค่าบริการ วัตถุประสงค์/ช่วง ระยะเวลาของการใช้ บริการ	กระบวนการของการ จัดบริการ
	ประชาชนเข้าถึงอย่าง เสมอภาคเป็นธรรม และทั่วถึง	ความเสมอภาคในแง่สิทธิ ตามกฎหมาย การ กระจายด้านค่า ใช้จ่าย อย่างเสมอหน้า	การยอมรับ ศรัทธา เชื่อถือบริการ		ความเสมอภาค	ความเสมอภาค ของการบริการ

4.2 แนวคิดคุณภาพการบริการ

ความหมายของคุณภาพการบริการ

จากความคาดหวังของนโยบายหลักประกันสุขภาพเพื่อเกิดผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการบริการที่หมายถึงการใช้ทรัพยากร อย่างประหยัด คุ่มค่าที่สุด โดยใช้ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด และเน้นการบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ ซึ่งได้มีการนำแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2545) ให้ความหมายของประสิทธิภาพ (Efficiency) ในระบบสาธารณสุข โดยอ้างถึงประเด็นที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างประหยัด และถือเป็นต้นทุน การผลิตหรือการเลือกที่จะใช้ทรัพยากรจึงควรสร้างให้เกิดผลผลิต (Product) หรือ ประโยชน์ (Utility) จากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นให้สูงสุด และกล่าวว่า เรื่องของคุณภาพมีความใกล้เคียงกับประสิทธิภาพมาก การประเมินครั้งนี้จึงนำแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการมาเพื่อสะท้อนผลของประสิทธิภาพในการบริการด้านสุขภาพในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังกายใต้้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2541) กล่าวไว้ในการบริการ เป็นการบริหารความแตกต่างทางการแข่งขัน การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งสามารถทำได้ในลักษณะต่างๆ คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความแตกต่างทางธุรกิจ คือการรักษาระดับการให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งขึ้น โดยเสนอคุณภาพให้บริการตามที่ลูกค้าคาดหวังไว้

บ็องร คนกลาง ให้ความหมายของคุณภาพการบริการ หมายถึงความสามารถในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยการเปรียบเทียบกับการรับรู้จากบริการที่ได้รับ

พาราสุรามัน ซีสฮอล์ม และเบอรรี่ (สุนันทา ยอดเณร . 2551; อ้างอิงจาก Parasuraman, Zeithaml; & Berry. 1985) กล่าวว่าคุณภาพบริการในสายตาผู้บริโภคเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ที่ได้รับจากการบริการ และสามารถจำแนกคุณลักษณะการบริการของผู้รับบริการออกเป็น 10 ประการ ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรม (Tangible) คือสิ่งที่สามารถจับต้องได้ เช่น สถานที่ อาคาร สำนักงาน การตกแต่ง และบริเวณที่ให้ลูกค้า อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ทันสมัย อหยาตย์ไมตรีของผู้ให้บริการ การแต่งกายของผู้ให้บริการ
2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) คือการบริการที่สามารถนำเสนอได้อย่างถูกต้อง การให้บริการตามที่สัญญาไว้ และมีความน่าเชื่อถือ
3. ความกระตือรือร้น (Responsiveness) คือการแสดงความใส่ใจ ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการและพร้อมที่จะให้บริการได้ในทันที ให้ความสนใจกับปัญหาของผู้รับบริการ
4. ความเชี่ยวชาญ (Competence) คือ การเรียนรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานที่

รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการเห็นว่าตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

5. ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) คือ ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจ และมีความเป็นมิตร เห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ

6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ ซื่อตรงของผู้ให้บริการ ซึ่งผู้รับบริการรับรู้ได้จากการพูดปากต่อปาก

7. ความปลอดภัย (Security) คือ ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย ในชีวิต ทรัพย์สิน ชื่อเสียง ปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งการรักษา เช่นการรักษาความลับของผู้รับบริการ

8. การเข้าถึงบริการ (Access) คือการที่ผู้รับบริการสามารถติดต่อเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากผู้ให้บริการ

9. การติดต่อสื่อสาร (Communication) คือการให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่ผู้รับบริการเข้าใจ และรับฟังเรื่องราวต่างๆจากผู้รับบริการ

10. การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding & Knowing the customer) ผู้ให้บริการควรทำความรู้จักและเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ

วิชัย วัฒนพานิชย์ (2553) กล่าวว่าคุณภาพบริการหมายถึง ระดับความสามารถของผลิตภัณฑ์หรือบริการในการบำบัดความต้องการของลูกค้า ที่มีคุณลักษณะได้มาตรฐานปราศจากข้อบกพร่อง และสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าถึงขั้นเป็นที่พึงพอใจ

หลักสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสรุปได้เป็น 9 ประการ คือ

1. ความเสมอภาคในการให้บริการ
2. มาตรฐานการให้บริการชัดเจน
3. ข้อมูลข่าวสารมีประสิทธิภาพและเปิดเผยแก่ผู้รับบริการ
4. การจัดทางเลือกให้บริการและให้บริการด้วยความเอื้ออาทร
5. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ
6. การปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
7. การปรับปรุงระบบสนับสนุนบริการ
8. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หากตอบสนองไม่ได้ทันทีต้องระบุเวลาที่ชัดเจน
9. การใช้ข้อมูลย้อนกลับและการฟังเสียงผู้รับบริการ

การประเมินคุณภาพการบริการ

ในปี 1990 พาราสุรามันและคณะ (บัจอร คนกลาง. 2546. อ้างอิงจาก Parasuraman; et al.) ได้พัฒนาและสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพ เรียกว่า SERVQUAL (Service Quality) สรุปมิติการประเมินคุณภาพ จาก 10 ด้านเหลือเพียง 5 ด้านดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร และการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัส และการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมและรับรู้ได้

2. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

3. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงทีที่ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4. การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยา ท่าทาง และมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

5. การเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน

วิชัย ธัญพานิชย์ (2553) กล่าวว่า คุณภาพบริการ อาจพิจารณาได้เป็น 2 มิติ คือ

1. คุณภาพที่ต้องมี (Must be quality) เป็นสิ่งที่ลูกค้าคาดหวัง หากไม่ได้รับการตอบสนองลูกค้าจะไม่พอใจอย่างมาก เป็นระดับที่ยอมรับขั้นต่ำ

2. คุณภาพที่ประทับใจ (Attractive quality) เป็นสิ่งที่ลูกค้าไม่ได้คาดหวัง แม้ไม่มีก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าหากมีจะได้รับการชื่นชมประทับใจ แต่เมื่อเวลาผ่านไปสิ่งนี้จะกลายเป็นความคาดหวังของลูกค้าเป็นคุณภาพที่ต้องมี ระบบการบริการทั้งหลายมีดีคุณภาพจึงอาจพิจารณาจากลักษณะของระบบบริการซึ่งประกอบด้วย การให้บริการด้วยทักษะที่ถูกต้อง เท่าเทียมกัน ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุดนั้นมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (Competency) ที่สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องตามเทคนิคการให้บริการ

2.2 กระบวนการ (Process) ความเหมาะสมของการให้บริการ (Appropriateness) ที่สามารถให้บริการแก่ผู้ใช้บริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย

2.3 การเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึงประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยความสะดวกรวดเร็ว คือ สามารถรับบริการได้ง่าย และไม่ต้องรอนานจนเกินสมควร

2.4 ความปลอดภัย (Safety) หมายถึงความปลอดภัยและอบอุ่นใจในการใช้บริการทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) การยอมรับของผู้รับบริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับของผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการนั้น ประกอบด้วย

3.1 ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ผู้ใช้บริการได้รับสิ่งที่ต้องการภายหลังการรับบริการ

3.2 ประสิทธิภาพ (Efficiency) คุ่มคำหมายถึง ผู้รับบริการรู้สึกคุ่มคำกับการจ่ายเงิน เพื่อแลกกับการให้บริการที่ได้รับ บริการที่ดีต้องมีค่าบริการที่เหมาะสมไม่สูงจนทำให้บุคคลบางกลุ่ม ถูกกีดกัน

3.3 ความเสมอภาค (Equity) หมายถึงความเสมอภาคในการให้บริการแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีข้อยกเว้น หรือไม่มีรายได้เปรียบเสียเปรียบในการไปใช้บริการ

กัญญา กาญจนบุรานนท์ (อ้างในพิสิษฐ์ เป้นเหมือน. 2542) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริการสาธารณสุขหรือการบริการด้านสุขภาพ คือการจัดบริการการแพทย์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย และเป็นการยกระดับสุขภาพอนามัยประชาชนให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพอนามัยที่ดี คือ จะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยที่รัฐพยายามจัดการบริการสุขภาพให้ทั่วถึง และครอบคลุมประชากรทั้งในเมืองและชนบท ตลอดจนหาแนวทางให้ประชาชนบริการตนเอง ครอบครัว และชุมชนในเรื่องของสุขภาพอนามัย

เรณูวรรณ หาญวาทธี (อ้างในพัสิฐตา โรจน์ทองคำ. 2546) กล่าวว่าองค์ประกอบของการบริการด้านสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

พิสิษฐ์ เป้นเหมือน (2542) กล่าวว่า ในขณะนี้ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งต้องมีการปรับระบบต่าง ๆ หลายระบบให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้สถานบริการของรัฐสามารถให้บริการได้ครอบคลุม บูรณาการ และสอดคล้องกับพื้นที่ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 และสามารถเป็นที่พึ่งของประชาชน เมื่อเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ กล่าวว่า สถานบริการที่ดีควรมีคุณสมบัติ 3 ประการคือ

1. สถานบริการต้องอยู่ใกล้ประชาชน คือ สถานบริการสาธารณสุขควรอยู่ใกล้ประชาชนให้มากที่สุด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย

2. สถานบริการต้องให้บริการได้ตลอดเวลา คือ สถานบริการนั้นควรจะต้องพร้อมให้บริการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เพราะการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจไม่ใช่เวลาราชการ

3. สถานบริการต้องให้บริการทั้งรักษาและส่งเสริมป้องกัน คือ สถานบริการนั้นต้องมีบุคลากรที่ทำงานได้หลายด้าน และให้บริการทั้งด้านรักษา ส่งเสริมและป้องกันโรคและการดูแลผู้ป่วยที่ดี ควรมีคุณสมบัติ 3 ข้อ คือ

3.1 การดูแลต่อเนื่อง คือ การดูแลผู้ช่วยต้องมีความต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นงานด้านการรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ

3.2 การดูแลแบบผสมผสาน คือ การดูแลนั้นจะต้องทำทั้งการรักษาพร้อมทั้งให้ความรู้ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคไปด้วย ในจุดนี้จะเน้นถึงการที่จะให้มีเวลาให้สุศึกษาและได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วย

3.3 การดูแลแบบองค์รวม คือ การให้บริการที่คำนึงถึงสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้เข้าใจสภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ (ตามตาราง 4 หน้า 67) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการประเมินบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของหน่วยบริการในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยการเปรียบเทียบกับการรับรู้จากบริการที่ได้รับ ตามองค์ประกอบต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็นการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของการประเมินบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้หลักประกันสุขภาพดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้ผู้รับบริการเห็นถึงความสะดวกต่างๆ ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการสื่อสาร รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และตั้งใจในการให้บริการ
2. ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ หมายถึง ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการให้บริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีค่าน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้
3. การตอบสนองต่อผู้รับบริการ หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปทั่วถึง รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน
4. ความน่าเชื่อถือ หมายถึง ความสามารถของผู้ให้บริการในการให้บริการเป็นที่ประจักษ์ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยา ท่าทาง และมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด
5. การเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ หมายถึง ความสามารถในการดูแลความเอื้ออาทร เอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละคน

ตาราง 4 การศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ

พารามิเตอร์ ชี้ออร์นและเบอร์รี่	ดร.วิชัย รัชฎพานิชย์	พลีษฐ์ แป้นเหมือน	ประเด็นของการประเมิน
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	ความเสมอภาคในการให้บริการ	สถานบริการต้องอยู่ใกล้ประชาชน	ความเป็นรูปธรรมของการบริการ
ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้	มาตรฐานการให้บริการชัดเจน	สถานบริการต้องให้บริการได้ตลอดเวลา	ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้
การตอบสนองความต้องการของลูกค้า	ข้อมูลข่าวสารมีประสิทธิภาพและเปิดเผย ผู้รับบริการ	สถานบริการต้องให้บริการทั้งรักษาและส่งเสริมป้องกัน	การตอบสนองความต้องการของลูกค้า
การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ	การจัดทางเลือกให้บริการแลให้บริการด้วยความเอื้ออาทร	การดูแลต่อเนื่อง	การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ
การเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ	การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ	การดูแลแบบผสมผสาน	การเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ
	การปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	การดูแลแบบองค์รวม	
	การปรับปรุงระบบสนับสนุนบริการ		
	การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หากตอบสนองไม่ได้ทันทีต้องระบุเวลาที่ชัดเจน		
	การใช้ข้อมูลย้อนกลับและการพึงเสียงผู้รับบริการ		

4.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม

จอห์น เอ็ม โคนเฮนและนอร์แมน ที อัปฮอร์ฟ (อ้างในสุนิเทศ ไชยกุล , 2546)ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า คือ กระบวนการทางสังคม ซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจและมีความต้องการร่วมกัน ภายใต้สภาพพื้นที่หรือท้องถิ่นเดียวกันทำการตัดสินใจและสร้างกลไกในการกำหนดความต้องการเหล่านั้น

องค์กรอนามัยโลก (ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล. 2545; อ้างอิงจาก WHO. 1978) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า คือ กระบวนการที่บุคคล ครอบครัว มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสวัสดิการในชุมชนของเขา เป็นการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนเพื่อการจัดการให้สถานการณ์ชีวิตดีขึ้น และส่งเสริมการแก้ไขปัญหาชุมชนด้วยตัวเองแทนการเป็นผู้ที่รอรับผลจากการพัฒนา ประชาชนสามารถกำหนดความต้องการ ความจำเป็นด้วยตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมความสถานการณ์ ได้แก่ การที่ประชาชนสามารถประเมินสถานการณ์ตนเอง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และมีทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ และคณะ (2531) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Planning) การดำเนินการ (implementation) และการประเมินผล (evaluation) ทั้งนั้นเป็นการตัดสินใจของบุคคลครอบครัว และชุมชนที่เข้าร่วมด้วยตนเอง

เมธี จันท์จารุภรณ์ (2541) การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนมีโอกาสในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ไข และร่วมในการประเมินผล ตลอดทั้งกระบวนการ และได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยการริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมการปฏิบัติ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ด้านวัสดุ ด้านสังคม และ บุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

สุนิเทศ ไชยกุล (2546) การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาส ได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องร่วมคิด แนวทาง ร่วมการแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วน การพัฒนา แบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ คือ

1. ระดับการให้ข้อมูล เป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว แต่เป็นระดับที่สำคัญ เพราะเป็นการเริ่มต้นที่ส่วนราชการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการอื่นๆ ต่อไป

2. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการรับฟังความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น บอกรายปัญหา และข้อเสนอแนะต่างๆ กับส่วนราชการ

3. ระดับการเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ อาจดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้ามาร่วม

4. ระดับการร่วมมือ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทหรือฐานะหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ

5. ระดับการเสริมอำนาจประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นระดับของการมอบอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชนเป็นผู้กำหนด

ในงานด้านสุขภาพ (ทรงสุตา ไตรปรภณกุล. 2545; อ้างอิงจาก Oakley; & Marsden. n.d.) ได้สรุปว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสุขภาพที่ประเทศต่าง ดำเนินการมีความหมายในแง่ของการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปใช้ในความหมายของการระดมทรัพยากร (mobilization) การให้คำปรึกษา (consultation) รวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการดูแลรักษาอุปกรณ์และการบริการอนามัยให้คงอยู่ต่อไป ในส่วนที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสาเหตุของปัญหาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นแทบไม่มีการเกิดขึ้นเลย ทั้งนี้เพราะการดำเนินการในโครงการสุขภาพเหล่านี้ มีเพียงการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมอย่างกว้างๆ และเน้นหนักในประเด็นของกิจกรรมที่ทำมากกว่าที่จะกล่าวถึงว่ามีวิธีการดำเนินงานอย่างไร ดังมีตัวอย่าง ต่อไปนี้

1. การเข้าร่วมสำรวจ การขอความช่วยเหลือจากคนในท้องถิ่น
2. การชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ
3. การระดมพลัง กระตุ้นให้เกิดการรับรู้และสนใจในโครงการ
4. การโฆษณา รณรงค์
5. การก่อตั้งองค์กรในท้องถิ่น
6. การให้ชุมชนทำนุบำรุงเครื่องมืออุปกรณ์ทางด้านอนามัย

จากความหมายการมีส่วนร่วมดังกล่าว สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาของตนเองตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมิน โดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง กระบวนการนี้ช่วยให้เขาเกิดพลังอำนาจในตนเอง มีความมั่นใจ และกล้าที่จะตัดสินใจในการพัฒนางานด้านอื่นๆ ต่อไป

การประเมินการบริการด้านสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพครั้งนี้ ได้รวบรวมแนวคิดของการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน โดยแยกเป็นการมีส่วนร่วมในระดับบุคคลและครอบครัว ระดับชุมชน และระดับองค์กร ในมุมมองของบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือ อำนาจในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา การร่วมกันดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้บริการผู้ประสบ

ปัญหาจากโรคเรื้อนทั้งภายในและภายนอกชุมชน การเปิดโอกาสให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน รวมถึงการรับผิดชอบตนเองในการป้องกันโรค และการมีเจตคติที่ดีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน สามารถวัดได้จากการประเมินคำพูดและการกระทำ ซึ่งการประเมินด้านคำพูด ได้แก่ ความสามารถในการบอกถึงปัญหา ความเข้าใจในปัญหา สาเหตุที่แท้จริงแห่งปัญหา ความเชื่อมโยงของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาให้เหตุผลในทางเลือกได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ของชุมชน ยอมรับข้อดี ข้อด้อยตนเองและคนอื่น ส่วนในด้านการกระทำ ประเมินจากความกระตือรือร้นในการทำงาน การช่วยเหลือกันของกลุ่มในการปฏิบัติงาน และมีการปฏิบัติงานและประเมินผลการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องในประเด็นด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน (ตามตาราง 5) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการประเมินบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพ สรุปลงได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน หมายถึงกระบวนการที่บุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ได้มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการแก้ไขปัญหาของตนเอง ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ไขปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมิน โดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง กระบวนการนี้ช่วยให้ชุมชนเกิดพลังอำนาจในตนเอง มีความมั่นใจและกล้าที่จะตัดสินใจในการพัฒนางานด้านอื่นๆต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ในการประเมินบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้หลักประกันสุขภาพดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ระบุปัญหา ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ หรือปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยเริ่มจากระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชน มีการริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ถึงระดับชุมชน
3. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชน หลังผ่านการตัดสินใจแก้ปัญหา เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน หาแนวทางในการเตรียมตัวเพื่อลงมือปฏิบัติ แก้ปัญหาด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน / โครงการ การมีส่วนร่วมในระดับนี้อาจดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
4. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชน ร่วมลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ การรับผิดชอบ

ตนเองในการป้องกันโรค การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดบริการด้านสุขภาพทั้งภายในและ
ภายนอกชุมชน การรวมกันดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน

5. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล
หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชน ร่วมตัดสินคุณค่าของผลการปฏิบัติจากโครงการต่างๆที่
เกิดขึ้นในชุมชน



ตาราง 5 การศึกษาเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์และคณะ (2531)	เมธี จันท์จารุภรณ์ (2541)	สุนิเทศ ไชยกุล (2546)	Oakey & Marsden อ่างใน ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล (2545)	ประเด็นของการประเมิน
การมีส่วนร่วมในการวางแผน	การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	การมีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้	การมีส่วนร่วมในวิเคราะห์ สถานการณ์ / ระบุปัญหา	การมีส่วนร่วมในวิเคราะห์ สถานการณ์ระบุปัญหา
การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน	การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	การมีส่วนร่วมในกาทำความเข้าใจ แสดงทัศนะ เสนอ ปัญหา	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แก้ปัญหา	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แก้ปัญหา
การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล	การมีส่วนร่วมใน ผลประโยชน์	การมีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหา	การมีส่วนร่วมในการวางแผน	การมีส่วนร่วมในการ วางแผน
	การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล	การมีส่วนร่วมในกระบวนการ ตัดสินใจ	การมีส่วนร่วมในการลงมือ ปฏิบัติ	การมีส่วนร่วมในการลงมือ ปฏิบัติ
		การมีส่วนร่วมในการพัฒนา ในฐานะหุ้นส่วน	การมีส่วนร่วมในการประเมิน	การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ

บัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยประเภทขอฟรีจังหวัดขอนแก่นพบว่าการใช้สิทธิในการรักษามีสาเหตุหลักที่ผู้มีสิทธิแต่ไม่ยอมใช้สิทธิเนื่องมาจากหลักฐานไม่ครบหรือลืมนำหลักฐานมา ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือผู้ที่ไม่ได้ส่งต่อตามขั้นตอนและเป็นการใช้บริการข้ามเขต ร้อยละ 24.3 และ 21.7 ตามลำดับ และทัศนคติของผู้ที่มีบัตรฟรีมาใช้บริการพบว่ารู้สึกต่ำต้อย หรืออับอายถ้าต้องขอฟรีหรือแม้แต่บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยแล้วก็ตาม

สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข (2544) ได้ประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 พบว่า เหตุผลหนึ่งที่บุคคลมีหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะบัตรฟรีที่ต้องยอมเสียค่ารักษาพยาบาลเองเป็นเพราะเมื่อใช้แล้วเกรงว่าจะได้รับการรักษาที่ด้อยคุณภาพหรือได้ยาที่มีประสิทธิภาพต่ำ บางส่วนมีเหตุผลเนื่องจากสถานบริการไม่สามารถให้ความคุ้มครองได้ และบางส่วนต้องจ่ายเองเพราะไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาล

ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน (2544) พบว่ามีประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพจำนวนมากที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิของตนที่มีอยู่ ด้วยเหตุสำคัญ 3 ประการ ประการแรกไม่สนใจยื่นขอรับสิทธิโดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์ที่ปัจจุบันสามารถใช้บริการฟรีได้ โดยไม่เห็นความจำเป็นต้องยื่นบัตร ประการที่สองไม่สามารถทำบัตรได้เนื่องจากไม่เป็นไปตามระเบียบหรือกฎเกณฑ์ของระบบ เช่น ไม่มีทะเบียนบ้านหรือประชาชนไม่ทราบวิธีการที่จะขอมีบัตร ประการที่สามมีบัตรแต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ เช่นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นจะไม่สามารถมาใช้บริการเองได้ และนอกจากนี้บางคนลังเลที่จะใช้บัตรเพราะอาจถูกมองว่าจนหรืออาจได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำ

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (2544) เรื่อง หวงไข่-ผลักไข่-ดูดไข่ความห่วงใยทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดน่านอง พบว่าการไม่คำนึงถึงผู้ป่วยที่ข้ามเขตบริการมีผลต่อการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวที่คลาดเคลื่อน โดยจุดอ่อนของการให้สถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นผู้ถืองบประมาณที่คิดบนพื้นฐานอัตราเหมาจ่ายรายหัว คือประชาชนในระดับอำเภอข้ามเขตไปใช้บริการโรงพยาบาลระดับจังหวัดโดยไม่อาศัยระบบส่งต่อมากกว่ากลุ่มที่ไปตามระบบส่งต่อถึง 4 เท่า จะส่งผลกระทบต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพเพราะผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะหวงไข่ คือการไม่ยอมส่งต่อผู้ป่วย หรือกรณีที่ส่งแล้วคือการผลักไข่ หมายถึงการส่งผู้ป่วยไปรักษาที่อื่นกรณีที่รักษาเองแล้วจะขาดทุน หรือการดูดไข่ คือกรณีที่สถานพยาบาลมีชื่อเสียงและความสามารถในการรักษาโรคนานๆ จะจูงใจให้ผู้ป่วยในเขตอื่นข้ามเขตมาใช้บริการของตนแต่จะผลักไข่กรณีที่ไม่ได้รับเงินที่เหมาะสม

บารุง ชันกลีกร (2545) ศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนผู้ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ (สปร.) ประเภทผู้มีรายได้น้อย ในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่าประชากรส่วนใหญ่ได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขทุกครั้งทั้งเจ็บป่วย ได้รับการรักษาพยาบาลเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย มีการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และประชากรสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ที่มีความพิการส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่

ณรงค์ สายวงศ์ และคณะ (2547) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองบัวลำภูภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งด้านภูมิศาสตร์ สวัสดิการการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้าน ความพึงพอใจบริการและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล พบว่าสามในสี่ของผู้ตอบแบบสอบถามอายุ 21-60 ปี สองในสามอาชีพทำนา และส่วนมากจบประถมศึกษา ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ ทำให้ทุกคนเข้าถึงบริการภายใน 30 นาที ร้อยละ 79 ใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 82.8 ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดทำแฟ้มประจำครอบครัว ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสได้รับบริการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 61.8 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดและร้อยละ 99 มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล ซึ่งร้อยละ 82 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้รับบริการพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาลทั้งด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ คุณภาพบริการ รวมทั้งระบบงานและขั้นตอนการบริการ โดยค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลทั่วไประดับเดียวกัน

ศรีสุนทร วิระยะวิภาต (2548) ได้ศึกษาเชิงสำรวจเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นิคมโนนสมบูรณ์ ขอนแก่น เพื่อนำไปพิจารณาในการศึกษาแนวทางการบริหารนิคมโรคเรื้อรังหลังการถ่ายโอนภารกิจให้อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อไป วิธีการศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างเป็นระบบผู้ป่วยภายในรวม 247 ราย เป็นชายร้อยละ 59.50 และหญิงร้อยละ 40.50 โดยเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 82.60 อยู่ในกลุ่มอายุ 61-75 ปี ร้อยละ 89.07 และพิการเกรด 2 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 83.76 ของผู้ป่วยที่เข้าอยู่ในนิคมนาน 31-40 ปี และร้อยละ 50.60 เห็นว่าสังคมยังรังเกียจไม่ยอมรับตนเอง ร้อยละ 45.91 ยังไม่เห็นด้วยที่จะโอนภารกิจการดูแลนิคมให้องค์การบริหารส่วนตำบล และร้อยละ 55.06 ไม่เห็นด้วยที่จะเปลี่ยนชื่อนิคมโนนสมบูรณ์ เป็นหมู่บ้านที่ 10 และ 11 เหมือนหมู่บ้านปกติโดยรอบและร้อยละ 93.39 ไม่เห็นด้วยที่จะส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนาเดิมโดยยังคงได้รับเบี้ยเลี้ยง ร้อยละ 89.26 ไม่เห็นด้วยต่อการรับทุนประกอบอาชีพ โดยต้องการเพียงเงินสงเคราะห์ผู้พิการ ร้อยละ 85.77 เห็นว่าเมื่อตนเองเสียชีวิตที่ดินควรให้สิทธิแก่บุตรของตนทำประโยชน์ต่อไป โดยสรุปร้อยละ 88.06 เห็นว่าควรให้ผู้ป่วยอยู่ในนิคมต่อไป และขอรับเงินสงเคราะห์ค่าอาหาร ส่วนค่าสาธารณูปโภคจะขอจ่ายเอง ผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษาไปประกอบการพิจารณาพร้อมกับผลการศึกษาจากการสำรวจความคิดเห็นของประชากรที่เกี่ยวข้องเช่นประชากรโดยรอบที่อยู่นอกนิคมโนนสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่นิคมโนนสมบูรณ์ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ และกลุ่มผู้นำชุมชนตำบลโนนสมบูรณ์เพื่อนำไปสู่การศึกษาแนวทางในการบริหารนิคมโนนสมบูรณ์ หลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์ต่อไป

ศีลธรรม เสริมฤทธิ์และคณะ. (2549) ศึกษาเชิงคุณภาพในนิคมโรคเรื้อนจังหวัดมหาสารคามพบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังรังเกียจผู้ป่วยโรคเรื้อน เนื่องจากเชื่อว่าสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพความพิการมากส่วนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ที่ยังไม่มีความพิการกลัวการแพร่กระจายให้กับญาติและครอบครัวการถูกรังเกียจจากความพิการของโรคเรื้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนไม่มั่นใจในการออกไปรับบริการร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ ในสถานบริการตามสิทธิ

ประเด็นการเข้าถึงบริการ

สุรางค์ศรี คีตมโนชญ์ และคณะ (2549) ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดภูเก็ตจำนวน 388 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ ความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปว่าความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ความพอเพียงและจำนวนประเภทของบริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพมากที่สุด ได้เสนอแนะว่าผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขเช่นแพทย์ พยาบาล ให้มีสัดส่วนต่อประชากรใกล้เคียงกันทั้งในเขตเมืองและชนบท เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทุกสถานบริการและผู้ปฏิบัติงานควรมีการจัดบริการสุขภาพทั้งด้านปริมาณและชนิดหรือประเภทของบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยมีการสำรวจความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2549) ศึกษาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย ประสพการณ์ของผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขต่อนโยบายสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพไทย ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ และด้านสถานะสุขภาพ ใช้ระเบียบวิธี วิจัยเชิงพรรณนา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้บริหารระดับ 9 และ 10 ที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 80 ราย พบว่าผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญกับนโยบายสุขภาพ 3 ลำดับแรก คือความเพียงพอของการคลังคุณภาพการบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนยากจน นโยบายที่บรรลุผลสูงสุดคือการเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า แต่่นโยบายการเกลี้ยทรัพยากรสุขภาพจากที่มีทรัพยากรหนาแน่นไปยังที่มีทรัพยากรน้อย และจากเขตเมืองไปยังชนบทที่ห่างไกล ยังไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร ผู้บริหารระดับสูงส่วนใหญ่เห็นว่าควรเพิ่มบทบาทในทุกด้านของการบริการสุขภาพ ในประเด็นด้านความเป็นธรรม การคลังในระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าสนับสนุนค่าใช้จ่ายน้อย

เกินไป การจ่ายค่าบริการ หรือภาระด้านการคลัง สุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย กล่าวคือคนที่มียาได้สูงควรจ่ายค่าบริการสุขภาพมากกว่าคนที่มียาได้มากกว่าคนที่มียาได้การจ่ายค่าบริการ หรือภาระด้านการคลัง ต่ำกว่าสำหรับบริการสุขภาพเดียวกัน ในกรณีถ้ารัฐมีงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รัฐควรให้ความสำคัญกับการลงทุนสถานพยาบาลระดับต้นโดยให้ความเห็นว่าเป็นการพัฒนาสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และบริการสุขภาพประเภทนี้มีต้นทุนต่ำกว่าบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิในประเด็นความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพนั้น ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญมากกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ไม่ว่ากรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และเห็นด้วยกับการลดช่องว่างของระดับชนชั้นทางสังคมและพื้นที่

ชัชวาลย์ บัณฑิต และคณะสถาบันราชประชาสมาสัย (2550) ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อประสิทธิภาพของงานควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรังใน 12 จังหวัดที่มีความชุกสูง (อัตราความชุกสูงกว่า 0.5 ต่อประชากร 1 หมื่นคน ระหว่างปี 2544-2548) พบว่า การนำนโยบายตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้นับแต่ปี 2544 นั้น จะมีส่วน/ก่อผลและผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรังในจังหวัดที่มีความชุกสูง 12 จังหวัดในระดับมากถึงมากที่สุด ในเรื่องการเลือกสถานพยาบาลใกล้บ้านสะดวกในการเดินทาง รองลงมาคือความเสมอภาคที่ประชาชนจะเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน ตามลำดับ การนำนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้มีผลกระทบทางลบหรือผลเสียหายต่อประสิทธิภาพในการสนับสนุนส่งเสริมให้การดำเนินการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรังที่บูรณาการ ในเรื่อง 1) การลดความสำคัญของโรคเรื้อรังมองว่าไม่ใช่โรคที่เป็นปัญหา 2) บุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังลดลงและมีภาระงานมาก 3) ประสิทธิภาพในการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรังลดลง ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมและป้องกันโรค ติดตามการรักษาทำได้ยากขึ้น กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยลดลง ระบบการส่งต่อทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาและเสียโอกาสในการรักษา 4) ได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง 5) แนวทางในการทำงานไม่ชัดเจน 6) ตัวผู้รับบริการเองไม่เชื่อมั่นในการรักษา ไม่นิยมรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกในขณะที่ก่อนหน้านี้อาศัยฟรี

ประเด็นคุณภาพการบริการ

รุจิรา มังคละศิริ (2541) ศึกษาการประเมินผลคุณภาพบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยใช้การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความต่อเนื่องของบริการ การดูแลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า สถานพยาบาลดังกล่าวสามารถรองรับผู้ป่วยได้ ร้อยละ 63 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีอัตราส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพียงร้อยละ 1.6 โดยผู้ใช้บริการร้อยละ 98 พอใจที่มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ 73 พอใจที่สถานพยาบาลตั้งใกล้บ้าน ร้อยละ 56 พอใจในความสะดวกในการให้บริการจากการทบทวนสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการ

สุขภาพของผู้มีหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประเภทบัตร ประสบการณ์ในการมารับบริการ ปัจจัยด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์หลักของการบริการ การจัดบริการในสถานบริการ ปัจจัยด้าน เจตคติ ได้แก่ เจตคติจากการบริการที่ได้รับเมื่อใช้บัตร การจัดตั้งสถานบริการ ผู้ให้บริการ ความพึงพอใจในบริการที่เคยได้รับ ปัจจัยด้านการเข้าถึง บริการทางสุขภาพ ได้แก่ ความสะดวกในการไปใช้บริการ ระยะเวลาในการไปใช้บริการ ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย วิธีการและขั้นตอนในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ ปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรม การใช้บริการ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน บุคคลทางการแพทย์และสาธารณสุข สื่อมวลชนต่างๆ การจัดบริการภายใต้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนให้แก่สถานบริการจัดการเองทำให้สถานพยาบาลต้องรับความเสี่ยงด้านการเงินที่เกิดจากการใช้บริการ การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดแรงจูงใจในการควบคุมต้นทุนก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการบริการทางสุขภาพ

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ (2543) ศึกษาลักษณะปัญหาการรับบริการโดยใช้วิธีผสมผสานทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าผลการศึกษาเชิงปริมาณมีการซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันสุขภาพ เฉพาะอย่างยิ่งผู้มีประกันสุขภาพเอกชนจะมีหลักประกันสุขภาพในระบบอื่นๆ ถึงร้อยละ 57.9 และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีความประสงค์จะใช้บัตร สปร.และบัตรสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะไปใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐ ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 76 ต้องจ่ายเงินเอง ในด้านความเสมอภาคเมื่อไปรับบริการไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงถึงปัญหาในการรับบริการ ผู้มีสิทธิข้าราชการเห็นว่าประสิทธิภาพของผู้ให้บริการควรที่จะปรับปรุง ผู้ใช้บัตรประกันสังคมเห็นว่าอาจได้รับยาที่มีคุณภาพต่ำ ผู้ใช้บัตรสุขภาพเห็นว่าได้รับบริการด้อยกว่าข้าราชการหรือผู้ที่จ่ายเอง ผู้ใช้บัตรสปร.มีปัญหาเรื่องการส่งต่อ ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเห็นว่าสิทธิบัตรฯ ไม่ดีเท่ากับการจ่ายเองแต่ก็มีทุกข์จากค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน นอกจากนี้พบปัญหาการรับบริการอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ไม่มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย และไม่ให้อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานบริการที่กำหนดไม่สะดวกในการเดินทาง ระเบียบการส่งต่อยุ่งยาก มีความวิตกในเรื่องคุณภาพของยาที่ได้รับ และไม่มั่นใจในคำวินิจฉัยโรคเป็นต้น

ศรีพิจิตร ธาตุเพชร (2543) พบว่าเหตุผลสำคัญของผู้มีบัตรประกันสุขภาพที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อจากสถานีอนามัย เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะโรคที่เคยรักษาแล้วไม่หายหรือไม่ดีขึ้นรองลงมาคือความสะดวกในการเดินทาง และเหตุผลจากสถานบริการ ร้อยละ 16.2 มีความเห็นว่ายาที่ได้รับไม่มีคุณภาพ เมื่อจำแนกเหตุผลการใช้บริการตามกลุ่มโรคพบว่า 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการของประชาชนโดยกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้สำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 3 พบว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

ประชาชนนิยมไปรักษาที่สถานเอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 44.1 รองลงมาคือโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 15.7 เหตุผลการไปใช้ที่สถานเอนามัยของครัวเรือนนอกเขตเทศบาลคือเดินทางสะดวก ค่าใช้จ่ายน้อย และเชื่อว่ารักษาหาย ร้อยละ 74.0 52.5 และร้อยละ 32.6 ตามลำดับ และเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 80.2 มีบางส่วนใช้บริการที่สถานเอนามัย ร้อยละ 6.1 ด้วยเหตุผลที่ว่าเชื่อว่ารักษาหายมากที่สุด ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือการเดินทางสะดวกร้อยละ 43.4

ประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล (2545) นำกระบวนการแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเข้าแก้ไขปัญหาสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน พบว่าได้ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวในการพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาในชุมชนมากขึ้น มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แต่พบว่ากระบวนการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวิจัยได้แก่ ผู้วิจัยขาดทักษะและบทบาทในการกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ชุมชนมีความขัดแย้งของกลุ่มอำนาจในชุมชน และปัญหาที่เลือกมีความยากและความซับซ้อนซึ่งเชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและค่านิยมในกลุ่มเยาวชน บทเรียนในการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติคือ ความเข้าใจในการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติที่ถูกต้อง ความตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทผู้วิจัยในฐานะผู้สนับสนุน (Facilitator)

เฟลน และคณะ (ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล. 2545; อ้างอิงจาก Flynn; et al. 1994) ได้วิจัยในโครงการเมืองนำอยู่โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนเป็นการศึกษาถึงพลังการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ความสามารถของประชาชนที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจ โดยใช้ City Net Healthy City เป็นรูปแบบในการพัฒนาความเป็นผู้นำของชุมชนในการแก้ไขปัญหา และใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดตั้งกรรมการจากบุคคลที่เป็นตัวแทนในส่วนต่างๆ ของชุมชน คณะกรรมการได้รับโอกาสสำหรับการสะท้อนประชุมพูดคุยในปัญหาและความมั่นคงชุมชน กระบวนการส่วนใหญ่ใช้การเสวนา เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิด “ความตระหนัก” เพื่อวิจารณ์และวิเคราะห์ถึงมูลเหตุแท้จริงในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ภายใต้ได้บริบทที่เป็นจริงของสังคม มีการกำหนดปัญหาารวมและวิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญปัญหา ดำเนินการ ติดตามความก้าวหน้ารวมทั้งประเมินผลเพื่อการค้นพบ และการวางแผนในการดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เป็นวิธีการที่ทำให้ประชาชนมีบทบาทหลักในกิจกรรมการกำหนดปัญหาและการแก้ไขปัญหา เป็นการเพิ่มทักษะทั้งในระดับบุคคลและกลุ่ม การวิจัยนี้สรุปว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนได้

เฮอร์เบิร์ต (ทรงสุตา ไตรปรกรณ์กุล. 2545. อ้างอิงจาก Herbert 1996) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาความเข้าใจในความเชื่อของชุมชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนที่ขึ้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. เลือกชุมชนที่มีความจำเป็น คือ ชุมชนที่มีการเกิดอุบัติการณ์โรคเบาหวานสูง
2. ทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างทีมวิจัยจากภายนอกกับทีมของตัวแทนชุมชนในลักษณะของการทำวิจัย

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนไปพูดคุยปรึกษากับตัวแทนชุมชนโดยชุมชนมีอิสระในการเลือกแก้ไขปัญหา ซึ่งขั้นตอนการให้ข้อมูลที่เป็นจริงของชุมชนมีความสำคัญมากในการวิจัยนี้ใช้การสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือในการทำให้ชุมชนเข้าใจถึงสภาพปัญหาปัจจุบันที่มีการเชื่อมโยงถึงอดีตที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ผลจากการดำเนินการทำให้ทราบแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุโรค ข้อมูลนี้ได้สะท้อนกลับไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมีความเข้าใจชุมชน อีกทั้งให้ความกระจ่างในแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติการปฏิบัติอีกครั้ง โดยให้ชุมชนดูแลจัดสรรงบประมาณการดำเนินการจัดการและป้องกันโรคด้วยตนเอง ผู้วิจัยจากภายนอกได้ตระหนักถึงการทำงานโดยให้การศึกษาแก่ชุมชน ในการเพิ่มการแสดงออกต่อปัญหาและมีทักษะในการตัดสินใจด้วยตนเอง

วิทยา กุลสมบูรณ์ และอุษาวดี มาลีวงศ์ (2547) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่: กรณีศึกษาคลินิกรัฐบาลอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ในช่วงระยะก่อนและระหว่างที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล – นายกองัดการบริหารส่วนท้องถิ่นตำบลธนู ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกรัฐบาล ตัวแทนคณะกรรมการคลินิกรัฐบาลและผู้ใช้บริการ พบว่ามีรูปแบบที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเป็นรายปี ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดแนวคิดความร่วมมือประกอบด้วย บุคลิกภาพของผู้นำ การมีส่วนร่วมทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมถึงภาคีเครือข่ายภาคประชาชน กระบวนการ รูปแบบระบบที่สนับสนุน และลักษณะของข้อตกลง เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีความชัดเจนและยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดบทบาทความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนให้ชัดเจน รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพต้องมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้บรรลุผล บทเรียนจากกรณีศึกษาที่สามารถใช้ในการพัฒนาประกอบการถ่ายทอดนโยบาย การกำหนดระดับและบริบทของการมีส่วนร่วม และการส่งเสริมการถ่ายทอดบทเรียนเพื่อการขยายผลต่อไป

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ และคณะ (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพระดับชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจะนะ กับศูนย์สวัสดิการสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา วิธีการศึกษามี 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างตัวแบบโดยกระบวนการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการจริงให้เกิด"กองทุนสุขภาพชุมชน"และมีการประเมินรูปแบบการ

บริหารจัดการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการศึกษาพบว่าทุกภาคส่วนเห็นด้วยกับแนวคิดในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลน้ำขาวโดยการร่วมระดมทุนจากทั้ง 3 ภาคส่วน คือ องค์กรการเงินและกลุ่มต่างๆของชุมชน เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ ภาคส่วนสาธารณสุข และภาคส่วนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น. เงินสมทบจากองค์กรการเงินชุมชนนั้นเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกองทุนสำคัญยิ่ง คณะกรรมการของกองทุนประกอบด้วยบุคคลจากทุกภาคส่วนเป็นกรรมการ มีการใช้กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ในการจัดสรรงบประมาณกองทุนฯ ซึ่งทำให้แผนงานของกองทุนฯมีมิติการสร้างเสริมสุขภาพที่กว้างกว่ามิติสาธารณสุข



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การประเมินบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบัน ราชประชาสมาสัยในประเด็น การเข้าถึงบริการ คุณภาพของการบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพ โดยแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ของกรีน และครูเตอร์ เป็น แนวทางในการประเมิน

การกำหนดประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากร

ประชากรผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้าน สุขภาพจำนวน 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้างานประกันสุขภาพของจังหวัด ผู้รับผิดชอบนโยบายหลักประกันสุขภาพของจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหน่วยบริการ คู่สัญญา ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย หัวหน้าสถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิใน พื้นที่ และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 12 คน
2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพของจังหวัด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ประกันสุขภาพของหน่วยบริการคู่สัญญา เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เจ้าหน้าที่ผู้ให้ บริการประสานงานและการส่งต่อ จำนวน 30 คน
3. ผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 800 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนของ ผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ผู้บริหารและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ หัวหน้างานประกันสุขภาพผู้รับผิดชอบนโยบายหลักประกันสุขภาพของจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหน่วยบริการคู่สัญญา, ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย หัวหน้าสถานีอนามัยที่ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 12 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน

2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ในเขตรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของหน่วยบริการคฤหาญ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการประสานงานและการส่งต่อ จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน

3. ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 800 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie&Morgan) ที่ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systemic Random Sampling) โดยการเลือกนับบ้านที่ปลูกในชุมชนแบบหลังเว้นหลังจากครัวเรือนที่อยู่ในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 150 ครัวเรือน เลือกครัวเรือนละ 2 คน ซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง 1 คน และครอบครัว 1 คน และเลือกครัวเรือนหลังอื่นเพิ่มแทนครัวเรือนที่มีผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ครบตามกำหนด รวมประชาชนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 300 คน

ตาราง 6 แหล่งผู้ให้ข้อมูล และ สัดส่วนของประชากรและขนาดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

แหล่งผู้ให้ข้อมูล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มผู้ให้ ข้อมูล (คน)
1. ผู้บริหาร	12	12
2. ผู้ให้บริการ	30	30
3. ผู้รับบริการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย	800	300

กรอบการประเมิน

การประเมินบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพการบริการด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยประยุกต์แบบจำลองของ PRECEDE-PROCEED Model มาเป็นแนวทางในการประเมิน เพื่อวิเคราะห์สภาพบริบท ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับบริการด้านสุขภาพ กำหนดประเด็นในการประเมิน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การวิเคราะห์เอกสาร รายงานผลการบริการด้านสุขภาพที่ผ่านมาร่วมกับการทบทวนเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้กรอบการประเมินดังนี้

ตาราง 7 การประเมินบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	เกณฑ์/แนวทางในการประเมิน
1. การประเมินระยะ PRECEDE ของ การบริการด้าน สุขภาพในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย	- สภาพบริบทและสังคม ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต	- ลักษณะของครอบครัว / ที่อยู่อาศัย - ระยะเวลาที่พักอาศัยในชุมชน - การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว/ชุมชน - วัฒนธรรมของชุมชน	- ผู้รับบริการ	แบบสอบถาม	- ค่าร้อยละนำมาสรุปอภิปรายและนำมา พิจารณาร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)
	- ภาวะสุขภาพและ ระบาดวิทยา	- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล - ระบาดวิทยาของภาวะสุขภาพ - โรคประจำตัว และโรคเรื้อรัง - การประเมินภาวะสุขภาพ	- ผู้รับบริการ	แบบสอบถาม	- ค่าร้อยละนำมาสรุปอภิปรายและนำมา พิจารณาร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)
	- พฤติกรรมและ สิ่งแวดล้อม	- สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม - พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ - ลักษณะของการจัดบริการ	- ผู้รับบริการ	แบบสอบถาม	- ค่าร้อยละนำมาสรุปอภิปรายและนำมา พิจารณาร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)
	- หน่วยบุคคลและ การศึกษา	- คุณลักษณะของผู้รับบริการ - ความรู้ เจตคติ และการรับนโยบาย - ความสามารถในการเข้ารับบริการ - พฤติกรรมการฟังฟัง	- ผู้รับบริการ	แบบสอบถาม	- ค่าร้อยละนำมาสรุปอภิปรายและนำมา พิจารณาร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)

ตาราง 7 (ต่อ)

	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	เกณฑ์/แนวทางในการประเมิน
2.การประเมินระยะ PROCEED ของ การบริการด้าน สุขภาพในชุมชน สถาบันราชประชา สมาสัยภายใต้ นโยบาย หลักประกันสุขภาพ	2.1 การบริหารจัดการ และนโยบายการบริการ ด้านสุขภาพ	- ความเหมาะสมสอดคล้องของ นโยบาย - ศักยภาพ ความพร้อมของทรัพยากร	-ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ	-แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม	-วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)
	2.2 กระบวนการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม	- การเตรียมความพร้อมของชุมชน - การสื่อสารประชาสัมพันธ์ - การประสานงานเครือข่าย /การส่งต่อ	-ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ	-แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม	-วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)
	2.3 ผลการบริการด้าน สุขภาพในชุมชน	- ความครบถ้วนของการดำเนินงาน ตามแผนการให้บริการด้านสุขภาพ - คุณภาพของการให้บริการอย่าง ต่อเนื่อง	-ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ	-แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม	-วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)
	2.4 ผลกระทบและ ประสิทธิผลของการ บริการด้านสุขภาพ	- ความคิดเห็นต่อการบริการสุขภาพ - การมีส่วนร่วมของครอบครัว / ชุมชน - ความยั่งยืนของการบริการด้าน สุขภาพ	-ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ	-แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม	-วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)

ตาราง 7 (ต่อ)

	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	เครื่องมือ	เกณฑ์/แนวทางในการประเมิน
2.การประเมินระยะ PROCEED ของ การบริการด้าน สุขภาพในชุมชน สถาบันราชประชา สมาสัยภายใต้ นโยบาย หลักประกันสุขภาพ (ต่อ)	2.5 ผลลัพธ์การบริการ ด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ - คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ - การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> -เอกสารที่เกี่ยวข้อง -ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ -ผู้รับบริการ -ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ -ผู้รับบริการ -ผู้บริหาร -ผู้ให้บริการ -ผู้รับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> -แบบบันทึกการ สำรวจเอกสาร -แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม -แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม -แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50) - วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50) - วิเคราะห์เนื้อหา นำมาสรุปอภิปราย ร่วมกับผลการประเมินด้านอื่น - ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ระดับมากขึ้น ไป (ค่าเฉลี่ย ≥ 3.50)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพครั้งนี้ มี 5 แบบได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหาร
2. แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ
3. แบบสอบถามสำหรับประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
4. แบบสังเกตพฤติกรรม
5. แบบบันทึกการสำรวจข้อมูลเอกสาร

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหาร

เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นการประเมิน เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ลักษณะคำถามเป็น แบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพการ บริการ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นแบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นอื่นๆ ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและ พัฒนาการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกัน สุขภาพมีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

เกณฑ์ในการพิจารณาผลการประเมิน ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นการ ประเมินจากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหาร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินจำนวน 5 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพ 1ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการด้านสุขภาพใน ชุมชนจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนในการสื่อสารปรับแก้ความ ครบคลุมของข้อคำถาม ความชัดเจนของเนื้อหา ตามตามคำแนะนำ ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ ระหว่าง 0.66 ถึง 0.82

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ

แบบสอบถามผู้ให้บริการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบัน ราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ได้แก่เจ้าหน้าที่แผนกสุขภาพชุมชน แผนก ผู้ป่วยนอกโรคผิวหนังเนื้อหา แผนกศูนย์ประสานงานการส่งต่อ เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยบาง

หญ้าแพรก เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาครอบคลุมประเด็นของการประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 25 ข้อ โดยกำหนดคะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วย หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลปานกลาง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลน้อย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขในการรับบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

การกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความคิดเห็นที่มีต่อความคิดเห็นที่มีต่อการบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ตามแนวทางของเบสท์ (Best, 1977 อ้างในล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ, 2531) ดังนี้

- 5 ระดับมากที่สุด ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00
- 4 ระดับมาก ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50
- 3 ระดับปานกลาง ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50
- 2 ระดับน้อย ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50
- 1 ระดับน้อยที่สุด ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินจำนวน 5 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนในการสื่อสาร ปรับแก้ตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของคอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.846

3. แบบสอบถามสำหรับประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

แบบสอบถามประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ครอบคลุมประเด็นของการประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ ในการดูแลสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 19 ข้อ โดยกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วย หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลปานกลาง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลน้อย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หรือตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดคะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 5 หมายถึง ทำนปฏิบัติทุกครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
- 4 หมายถึง ทำนปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
- 3 หมายถึง ทำนปฏิบัติบ่อยครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 3 ใน 5 ครั้ง
- 2 หมายถึง ทำนปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง
- 1 หมายถึง ทำนไม่ปฏิบัติเลย หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมเลย

การกำหนดเกณฑ์การพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลตามแนวทางของเบสต์ (Best, 1977 อ้างในล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531) ดังนี้

- 5 ระดับมากที่สุด ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00
- 4 ระดับมาก ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50
- 3 ระดับปานกลาง ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50
- 2 ระดับน้อย ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50
- 1 ระดับน้อยที่สุด ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินจำนวน 5 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการด้านสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนในการสื่อสาร ปรับแก้ตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัด

สมุทราการ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของคอนนาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.925

4. แบบสังเกตพฤติกรรม

แบบสังเกตพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ขณะเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพของชุมชน ครอบคลุมประเด็นของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดคะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 5 หมายถึง พฤติกรรมนั้นมีให้เห็นทุกครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
- 4 หมายถึง พฤติกรรมนั้นมีให้เห็นสม่ำเสมอ หรือเข้าร่วมกิจกรรมเกือบทุกครั้ง
- 3 หมายถึง พฤติกรรมนั้นมีให้เห็นบ่อยครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 3 ใน 5 ครั้ง
- 2 หมายถึง พฤติกรรมนั้นมีให้เห็นเป็นบางครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง
- 1 หมายถึง พฤติกรรมนั้นมีให้เห็นน้อยมาก หรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมเลย

การกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความคิดเห็นที่มีต่อความคิดเห็นที่มีต่อการบริการด้านสุขภาพชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลตามแนวทางของเบสท์ (Best, 1977 อ้างใน ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ, 2531) ดังนี้

- 5 ระดับมากที่สุด ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00
- 4 ระดับมาก ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50
- 3 ระดับปานกลาง ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50
- 2 ระดับน้อย ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50
- 1 ระดับน้อยที่สุด ในช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินจำนวน 5 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการด้านสุขภาพในชุมชนจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความชัดเจนในการสื่อสาร ปรับแก้ตามคำแนะนำ

5. แบบบันทึกการสำรวจข้อมูลเอกสาร

เป็นแบบฟอร์มสำหรับการสำรวจเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงสภาพการดำเนินงานการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการประเมิน ได้แก่

- ข้อมูลด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
- ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา
- ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ของแหล่งบริการ

- แผนและผลการดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ
- รายงานผลการประเมินตนเองประจำปี 2550-2554
- ข้อมูลสถิติของการให้บริการ การส่งต่อ
- แนวทางการประสานงานภาคีเครือข่ายและการส่งต่อ
- บันทึกการรายงานการประชุมของหน่วยบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้น ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองและแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัย ไปเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหน่วยบริการคู่สัญญา, หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางหญ้าแพรก ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองและแนะนำตัวไปเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหน่วยบริการคู่สัญญา ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลบางหญ้าแพรก และติดต่อประสานงานผ่านทางโทรศัพท์ ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ไปแนะนำตัวเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล สืบค้นเอกสาร และนัดสัมภาษณ์ หลังจากการส่งเอกสารหนังสือรับรองและแนะนำตัว ประมาณ 1-2 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยตัวเอง โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของสถาบันราชประชาสมาสัยในการบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายโดยดำเนินการตามแผนการเก็บข้อมูล ช่วงเดือน มกราคม ถึงมีนาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ในส่วนของแบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยการหาค่าความถี่ในแต่ละประเด็น ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์และแบบสอบถามปลายเปิด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การสรุปผลการประเมิน

การสรุปผลการประเมิน จากการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาพิจารณาตัดสินโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulate) โดยเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศประกอบการพิจารณาการประเมิน เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพเป็นโครงการที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนี้ การประเมินควรพิจารณาให้ละเอียด ถึงแม้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นเพียงประชาชนกลุ่มเล็กๆ ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินที่ ค่าเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป หรือระดับ 4 หรือ ระดับมากขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละประเด็น รวมทั้งในภาพรวม เพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ละเอียด น่าเชื่อถือ สามารถนำมาเป็นข้อมูลสารสนเทศ นำเสนอแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ ในประเด็นการเข้าถึงบริการ คุณภาพของการบริการ และ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการประเมิน แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตอนที่ 2. การประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ตอนที่ 3. การประเมินการบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ

ตอนที่ 4. การประเมินผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	3 33.4
	หญิง	6 66.6
2.อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูล		50* ปี
3.ประสบการณ์ในการทำงานการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ย		28* ปี
4.ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย		1* ปี

* หมายถึง ค่าเฉลี่ย

จากตาราง 8 ผู้บริหารที่ให้ข้อมูล จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50 ปี ประสบการณ์ในการทำงานการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ย 28 ปี ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย 1ปี

ตาราง 9 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการที่ให้ข้อมูล

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	5
	หญิง	25
2. ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	2
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	14
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญงาน	14
3. ลักษณะงานในปัจจุบัน	งานผู้ป่วยนอก	11
	งานผู้ป่วยใน	14
	งานศูนย์สุขภาพชุมชน	3
	งานเฉพาะทาง	2
4. อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูล		41.2* ปี
5. ประสบการณ์ในการทำงานการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ย		19.2* ปี
6. ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย		14.2* ปี

* หมายถึง ค่าเฉลี่ย

จากตาราง 9 ผู้ให้บริการ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.4 เพศชาย ร้อยละ 16.6 ตำแหน่งของผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 46.7 จากงานผู้ป่วยใน ร้อยละ 46.7 งานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูล 41.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ย 19.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย 14.2 ปี

ตอนที่ 2 การประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการใช้บริการด้าน
สุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยจำนวน 297 คน ดังแสดงใน
ตาราง 10

ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	118	39.7
- หญิง	179	60.3
2. อายุเฉลี่ยของประชาชนผู้ให้ข้อมูล...61 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	64	21.5
- แต่งงาน	134	45.1
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	85	28.6
4. อาชีพ		
- รับจ้าง	84	28.3
- ค้าขาย	8	2.6
- ไม่มีอาชีพ	158	52.1
5. รายได้เฉลี่ย...4,800 บาท*		
6. ระยะเวลาที่พักอาศัยในชุมชน		29* ปี
7. บ้านที่อยู่อาศัย		
- เป็นบ้านที่หลวงจัดให้/ต่อเติม	208	70
- เป็นบ้านที่ท่านจัดหา/ปลูกสร้างเอง	59	19.9
- เป็นบ้านของลูกหลาน	5	1.7
- เป็นของผู้อื่น เป็นผู้อาศัย / เช่า	25	8.4
8. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยร่วมกับ		
- ครอบครัว (พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก หลาน)	163	54.9
- เพื่อนผู้ป่วย / ผู้ดูแล	84	28.3
- พักอาศัยอยู่คนเดียว	50	16.8

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
9. คิดว่าตนเองมีสุขภาพเป็นอย่างไร		
- ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ	36	12.1
- ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง	120	40.4
- ฉันมีสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่ฉันรู้จัก	129	43.4
- สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	12	4.0
10. มีสิทธิประกันสุขภาพแบบใด		
- สิทธิบัตรทอง (โครงการหลักประกันสุขภาพ)	242	81.5
- สิทธิข้าราชการ	5	1.7
- สิทธิประกันสังคม	50	16.8
- สิทธิอื่นระบุ....ไม่มีบัตร ไม่มีสิทธิ	6	2
11. หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นหน่วยบริการประจำตามสิทธิที่ระบุในบัตร		
- โรงพยาบาลวิภาวดีรังสิต	235	79.1
- โรงพยาบาลอื่นๆในจังหวัดสมุทรปราการ	26	8.8
- โรงพยาบาลอื่นๆนอกจังหวัดสมุทรปราการ	36	12.1
12. การรับรู้สิทธิในการรักษา รับผิดชอบต่อประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่อง การดูแลตนเอง โรคต่างๆ และการจัดกิจกรรมสุขภาพได้จาก		
- เสี่ยงตามสายของชุมชน	215	72.4
- จากการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่	26	8.8
- การติดประกาศ	3	1
- จากคำบอกต่อของเพื่อนบ้าน/ผู้นำชุมชน	5	1.7
- สื่อทางวิทยุ/โทรทัศน์	48	16.2
13. โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ที่ต้องไปพบแพทย์เสมอ		
- เบาหวาน	8	12.7
- ความดันโลหิตสูง	54	18.2
- โรคหัวใจ	5	1.7
- โรคปวดกระดูกและข้อ	34	11.4
- โรคอื่นๆ	45	15.2
- ปฏิเสธไม่มีโรคประจำตัว	146	49.2
- มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค	5	1.7

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
13. โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ที่ต้องไปพบแพทย์เสมอ		
- เบาหวาน	8	12.7
- ความดันโลหิตสูง	54	18.2
- โรคหัวใจ	5	1.7
- โรคปวดกระดูกและข้อ	34	11.4
- โรคอื่นๆ	45	15.2
- ปฏิเสธไม่มีโรคประจำตัว	146	49.2
- มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค	5	1.7
14. การเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมเช่นเลือกสถานบริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย		
- เลือกใช้ตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ <u>ทุกครั้ง</u>	140	41.1
- เลือกใช้ตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ <u>บางครั้ง</u>	152	51.2
- เลือกใช้ตามความนิยม ความสะดวก หรือคำบอกเล่า	5	1.7
15. ในรอบปีที่ผ่านมามีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป ที่ไม่ใช่เหตุฉุกเฉินและอุบัติเหตุส่วนใหญ่ ท่านไปรับบริการรักษาพยาบาลที่ใด		
- สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	14	4.7
- โรงพยาบาลตามสิทธิบัตรทอง	185	62.3
- โรงพยาบาลประจำจังหวัด	9	3
- คลินิก หรือ โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลประกันสังคม	74	24.9
- อื่นๆ.....ใช้บริการที่สถาบันราชประชาสมาสัย	15	5.1
16. จากข้อ 15. ความถี่ของการไปรักษา จำนวน...6 ครั้งต่อปี*		
17. การเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วย ณ หน่วยบริการสุขภาพที่ระบุไว้ตามสิทธิ		
- เดินทางไปด้วยตัวเอง	189	63.6
- อาศัยลูกหลาน / ผู้อื่นพาไป	108	36.4
18. การเดินทางไปหน่วยบริการสุขภาพดังกล่าวในข้อ 17. มีความสะดวกมากน้อยเพียงใด		
- สะดวก	194	65.3
- ไม่สะดวก	103	34.7

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
19.ส่วนใหญ่ ยานพาหนะที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านคือ		
- รถจักรยาน/รถสามล้อถีบ	29	9.7
- รถจักรยานยนต์ /รถสามล้อเครื่อง	35	11.8
- รถยนต์ (ทั้งประจำทางและรับจ้าง)	154	51.9
- รถของสถาบันฯพาไป	79	26.6
20. ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการไปรับบริการ ณ หน่วยบริการสุขภาพ....บาทต่อครั้ง*		
21. เมื่อแพทย์นัด โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลตามสิทธิ หรือโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ สามารถเข้ารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีปัญหาในการเดินทางไปโรงพยาบาลดังกล่าว		
- สามารถเดินทางไปเองได้โดยสะดวก	180	60.6
- สามารถเดินทางไปเองได้แต่ต้องมีผู้ดูแล	57	19.2
- ไม่สามารถเดินทางไปเองได้ จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัยดูแลช่วยเหลือ	60	20.2
22.ในรอบปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจโรคเบื้องต้น เช่น ตรวจหาเบาหวาน ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจสุขภาพทั่วไป การได้รับวัคซีน		
- ได้รับการครบถ้วน	128	43.1
- ได้รับการบางอย่าง	146	49.2
23.การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในชุมชน ในการดูแลด้านสุขภาพ		
- ได้รับความช่วยเหลือ	68	22.9
- ได้รับความช่วยเหลือบ้าง	188	63.3
- ไม่ได้	41	13.8
24.ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย หรือไม่ อย่างไร		
- เข้าร่วม	250	84.2
- ยังไม่ได้เข้าร่วมแต่สนใจ	32	10.8
- ไม่เข้าร่วม/ไม่สนใจ/ไม่เกี่ยว	15	5.1

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
25.ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบกิจกรรมที่ชุมชนสถาบันฯจัดขึ้น หรือส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ		
- ชอบ	289	97.3
- ไม่ชอบ	3	1.0
26.กิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันฯที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วม		
- กลุ่มผู้สูงอายุ	237	79.8
- กลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	17	5.7
- กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	49	7.4
27.การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมทำร่วมรับประโยชน์ ร่วมกำกับดูแลร่วมประเมินผล		
- มี	276	92.9
- ไม่มี	21	7.1
28.ความภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จของกิจกรรมสุขภาพต่างๆของชุมชน		
- เห็นด้วย	291	98.0
- ไม่เห็นด้วย	3	1.0
29. โครงการต่างๆที่ได้จัดทำสามารถลดความเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้อย่างเป็นชัดเจน		
- เห็นด้วย	294	99.0
- ไม่เห็นด้วย	3	1.0
30.การสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชนเป็นสิ่งที่ดีและสามารถทำได้		
- สามารถทำได้	280	94.3
- ไม่สามารถทำได้	14	4.7

ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยจำนวน 297คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถามการประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน นำข้อมูลความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนมาวิเคราะห์ตามแนวทางของ PRECEDE – PROCEED MODEL ได้ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยผู้ให้ข้อมูล

1. การประเมินวินิจฉัยทางระบาดวิทยา

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประชาชนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 297 คน เป็นเพศชายร้อยละ 39.7 เพศหญิงร้อยละ 60.3 อายุเฉลี่ย 61ปี ร้อยละ 45 สถานภาพสมรส ร้อยละ 21.5 สถานภาพโสด และ ร้อยละ 28.5 สถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ อาชีพรับจ้างร้อยละ 28.3 ค้าขาย 2.6 และ ไม่มีอาชีพ 52.1 รายได้เฉลี่ย 4,800 บาทต่อเดือน

1.2 ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง พบโรคเบาหวานร้อยละ 12.7 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 18.2 โรคหัวใจร้อยละ 1.7 โรคปวดกระดูกและข้อร้อยละ 11.4 และ ปฏิเสธไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 49.2 โรคอื่นๆร้อยละ 15.4 ประชาชนในชุมชนผู้ให้ข้อมูล ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นครบถ้วนร้อยละ 43.1

2. การประเมินวินิจฉัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

2.1 พฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการใช้บริการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ประชาชนผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 41.1 การเลือกใช้บริการสุขภาพตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพทุกครั้ง ร้อยละ 51.2 การเลือกใช้บริการสุขภาพตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นบางครั้ง ในรอบปีที่ผ่านมาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป ร้อยละ 62.3 ไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิบัตรทอง ความถี่ของการไปรักษาเฉลี่ย 6ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.4 คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีเหมือนกับทุกคนที่รู้จัก ร้อยละ 99 เห็นว่าโครงการด้านสุขภาพต่างๆที่ได้จัดในชุมชน จะสามารถลดความเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ส่วนการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆของชุมชน ร้อยละ 70.4 และความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ชุมชนสถาบันฯจัดขึ้น ร้อยละ 97.3 ให้ความคิดเห็นว่าชอบ กิจกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นในชุมชน โดยกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้สนใจเข้าร่วม ร้อยละ 70.4 ส่วนผู้ที่ให้เหตุผลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพต่างๆที่จัดในชุมชน ร้อยละ 15.8 บอกว่าไปไม่ไหว สุขภาพไม่แข็งแรง เดินไม่สะดวกและต้องอาศัยผู้อื่นพาไป

2.2 สิ่งแวดล้อม ภายในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นลักษณะหลากหลายทั้งในรูปแบบของอาคารพักอาศัย 3ชั้น จำนวน 5 หลัง อาคารผู้สูงอายุ 2 ชั้น จำนวน 2 หลัง เรือนพักสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ จำนวน 14 หลังซึ่งเป็นการจัดสรรจากภาครัฐผ่านการสนับสนุนของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อการดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และบ้านพักอาศัยที่ปลูกเพิ่มเติมตามกำลังของผู้อยู่อาศัย รวมจำนวนหลังคาเรือนของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยทั้งสิ้น จำนวน 200 หลังคาเรือน มีผู้พักอาศัยในชุมชนจำนวน 1,200 คน เป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 874 คน ประชาชนในชุมชนพักอาศัยในบ้านที่ได้รับการจัดสรรจากภาครัฐ ร้อยละ 70 บ้านที่จัด สร้างปลูกอาศัยเพิ่มเติมในพื้นที่ของชุมชน ร้อยละ 19.9 พักอาศัยในบ้านของลูกหลาน ร้อยละ 1.7 และบางส่วนร้อยละ 8.4 เป็นการเช่าที่พักอาศัย ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ประชาชนผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.9 พักอาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชา

สมาชิกร่วมกับครอบครัว (พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก หลาน)ร้อยละ 28.3 พักอาศัยกับเพื่อนผู้ป่วย/ผู้ดูแล และร้อยละ16.8 พักอาศัยอยู่คนเดียว

3. การประเมินวินิจฉัย หน่วยบุคคล องค์กร และการศึกษา

3.1 ปัจจัยนำ ด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้ นโยบาย คุณลักษณะของผู้รับบริการ

ประชาชนผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมดสามารถบอกสิทธิการรักษาของตนเองได้ ร้อยละ 81.5 มีสิทธิบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพ) หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นหน่วยบริการประจำของประชาชนในชุมชนตามสิทธิที่ระบุในบัตรคือ โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่เป็นหน่วยบริการ คู่สัญญา การรับรู้สิทธิในการรักษา รับทราบการประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง โรคต่างๆ และการจัดกิจกรรมสุขภาพ ร้อยละ72.4 จากเสียงตามสายของชุมชน ร้อยละ16.2 จากสื่อวิทยุ/โทรทัศน์ และร้อยละ 8.8 จากการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่

คุณลักษณะของผู้รับบริการ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 75.0 เห็นว่า ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีโรคแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมและอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากศักยภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยนั้น ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ร้อยละ100 เห็นว่าประชาชนบางส่วนที่ไม่มีบัตรประชาชน ควรได้รับการแก้ไขเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

3.2 ปัจจัยเอื้อ ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล ความสามารถในการเข้ารับบริการ ลักษณะของการจัดบริการ

ระยะเวลาที่พำนักอาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย 29 ปี ร้อยละ 66.7 เห็นว่าการเดินทางเข้าถึงสถานบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นอุปสรรคของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ความสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 65.3 บอกว่าสามารถเดินทางไปรับบริการได้โดยสะดวก ร้อยละ 34.7 ไม่สามารถเดินทางไปด้วยตนเอง ต้องอาศัยลูกหลานและผู้อื่นพาไป โดยให้เหตุผลว่า สุขภาพไม่แข็งแรง สูงอายุ ขาพิการ เดินไม่สะดวก และจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันฯเป็นผู้รับผิดชอบพาไป

ในกรณีเดินทางด้วยตัวเอง พาหนะที่ใช้เดินทาง ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.9 เดินทางโดยรถยนต์/รถประจำทาง ร้อยละ 11.8 เดินทางโดยรถจักรยานยนต์/รถสามล้อเครื่อง และร้อยละ 26.6 จำเป็นต้องอาศัยรถของสถาบันราชประชาสมาสัยพาไป ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของประชาชนในชุมชนตามสิทธิที่ระบุในบัตร เฉลี่ย 50 บาท

ความสามารถในการเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วย ณ หน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิ ร้อยละ 63.6 สามารถเดินทางไปด้วยตัวเอง ร้อยละ 36.4 ต้องอาศัยผู้อื่น/เจ้าหน้าที่พาไป เมื่อแพทย์นัด จำเป็นต้องเข้ารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ60.6 สามารถเดินทางเองได้อย่างสะดวก ร้อยละ 19.2 สามารถเดินทางไปเองได้แต่ต้องมีเพื่อน/ผู้ดูแล และร้อยละ 20.2 ไม่สามารถเดินทางไปเองได้ จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัยให้การดูแลช่วยเหลือร้อยละ 91.7 เห็นว่าการให้บริการมีความเสมอภาค ปฏิบัติให้เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน ไม่เลือกปฏิบัติ

3.3 ปัจจัยเสริม ด้านวัฒนธรรมของชุมชน และพฤติกรรมกาฟั้งฟิง

การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในชุมชน ในการดูแลด้านสุขภาพ ร้อยละ 63.3 ได้รับเป็นบางครั้ง ร้อยละ 22.9 ได้รับอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 13.8 บอกว่าไม่ได้รับการบริการจากชุมชน ร้อยละ 92.9 บอกว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน ร้อยละ 98 บอกว่ามีความภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จของกิจกรรม และร้อยละ 94.3 คิดว่าการสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชน เป็นสิ่งที่ดีและสามารถทำได้

ตอนที่ 3 การประเมินการบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบาย

หลักประกันสุขภาพ

1. ประเมินวินิจฉัยทางการบริหารจัดการและนโยบาย

1.1 ความเหมาะสมสอดคล้องของนโยบาย การวินิจฉัยการบริหารภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 66.7 เห็นว่ามีความเหมาะสมสอดคล้อง ของการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบันกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านการกำหนดนโยบายการจัดบริการ ด้านการจัดสรร ทรัพยากร และด้านการจัดรูปแบบองค์กร ในการบริการด้านสุขภาพสำหรับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน

1.2 การวินิจฉัยนโยบายหลักประกันสุขภาพภายใต้กฎระเบียบขององค์กร ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 75.0 เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ สามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมภาวะสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุ มีความเท่าเทียมกับชุมชนอื่น ๆ ทั่วไป

1.3 ศักยภาพและความพร้อมของทรัพยากร ผลจากการลดบทบาทของสถาบันฯ ส่งผลต่อศักยภาพความพร้อมของทรัพยากรทั้งด้านอัตรากำลังบุคลากร งบประมาณการดำเนินงานที่เกี่ยวกับชุมชน รวมทั้งการแบกรับภาระของสถาบันฯจากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ตามนิคมโรคเรื้อนในภาคต่าง ๆ เข้ามารับบริการโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อของหลักประกันสุขภาพ ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลด้านสุขภาพ ในความคิดเห็นของบุคลากรของสถาบันเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการบริหารจัดการ

2. การประเมินการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

การดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม การดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพของหน่วยบริการ คู่สัญญาให้บริการครอบคลุมตามมาตรฐานของหน่วยบริการที่เข้าร่วมบริการตามนโยบายของหลักประกันสุขภาพ มีการตรวจประเมินจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด เปิดให้บริการตามสิทธิในทุกกลุ่มประชาชน ได้แก่ สิทธิของประชาชนทั่วไปที่จะซื้อ

บริการโดยการจ่ายเงินเอง สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ การบริการครอบคลุมทุกสาขา มีแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้องและแพทย์เฉพาะทางเปิดให้บริการทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยได้จำนวน 200เตียง มีเครือข่ายการบริการร่วมกับโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสมุทรปราการ นอกจากนี้มีการส่งต่อการรักษาในหน่วยบริการระดับตติยภูมิที่เกินศักยภาพตามความจำเป็นด้านการรักษา โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมตามระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยมีการให้บริการเช่นเดียวกับประชาชนที่มารับบริการทั่วไป มีการตรวจสอบสิทธิ เปิดรับในสิทธิที่ยกเว้น เช่นสิทธิของผู้พิการ ผ่านการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและสถาบันราชประชาสมาสัยที่ดูแลผู้ป่วยปัญหาจากโรคเรื้อน จำนวนกว่า 1,200คนโดยมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้บริหารว่า สถาบันราชประชาสมาสัยจะให้บริการในระดับปฐมภูมิโดยยังมีได้มีการคิดค่าใช้จ่าย หรือเรียกเก็บค่าบริการที่ทางสถาบันให้ ทั้งนี้เนื่องจากภารกิจของสถาบันฯมีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยปัญหาจากโรคเรื้อนโดยไม่คิดมูลค่าใดๆ เมื่อเกินศักยภาพจะส่งต่อการรักษาตามแนวทางการส่งต่อในระบบประกันสุขภาพ ภาระด้านค่าใช้จ่ายจึงตกเป็นของสถาบันฯมาตลอดทั้งจากการรับบริการด้านสุขภาพทั่วไป ปัญหาของโรคเรื้อน ผู้สูงอายุและผู้พิการไม่มีญาติดูแล ถูกทอดทิ้ง มีอัตราการครองเตียงสูง รวมทั้งแนวโน้มของผู้ป่วยปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ตามนิคมโรคเรื้อนในภาคต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากระบบการบริการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป เริ่มเข้ามาใช้บริการของสถาบันฯเพิ่มขึ้นโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อ เนื่องจากความคาดหวังของการได้รับการรักษาที่ไม่มีข้อจำกัดของสถาบันฯ

การเตรียมความพร้อมของชุมชน ในระยะแรกของการปรับเปลี่ยนนโยบายสุขภาพของชุมชน มีการเตรียมความพร้อมของชุมชน โดยกลุ่มการพยาบาลได้เตรียมปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานสุขภาพชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพ ประจำ 3 คน ทำหน้าที่ดูแล ฟันฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำในการควบคุม และป้องกันโรคต่างๆ ส่งเสริมสุขภาพของชุมชน รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องของการใช้สิทธิของผู้ป่วยปัญหาจากโรคเรื้อน

การดำเนินงานในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ สถาบันราชประชาชาติได้จัดให้มีหน่วยงานสุขภาพชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มการพยาบาล ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3คน ทำงานร่วมกับหน่วยงานสถานสงเคราะห์ ดูแลการให้บริการในด้านต่างๆให้แก่ผู้ป่วยปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน โดยการประสานงานกับสถานีอนามัยตำบล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการด้านต่างๆให้กับคนในชุมชนของสถาบันฯ

ในส่วนของการบริการด้านสุขภาพมีสถาบันราชประชาสมาสัยที่ทำหน้าที่ของสถานพยาบาลให้บริการดูแลได้ไม่ครบทุกสาขาเนื่องจากขาดบุคลากรที่สำคัญคือแพทย์อายุรกรรม มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในรวมอาคารผู้ป่วยสูงอายุได้จำนวน 250 เตียง นอกจากนี้สถาบันฯเปิดให้บริการกับประชาชนทั่วไปและเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาระดับตติยภูมิด้านจักษุ ผิวหนัง หูดจุก งานสุขภาพเท้า ศัลยกรรมกระดูก คลินิกนอกเวลาและงานอาชีวอนามัย

ตอนที่ 4 การประเมินการประเมินผลลัพธ์ของบริการด้านสุขภาพ

เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพการบริการ ความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.1 การประเมินในภาพรวมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ผลดังนี้

ตาราง 11 สรุปภาพรวมผลการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นการประเมิน	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	ประชาชน
การเข้าถึงบริการสุขภาพ			
1.ความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ	3.30 (ระดับปานกลาง)	3.57 (ระดับมาก)	3.10 (ระดับปานกลาง)
2.ความครอบคลุมของการให้บริการ	3.89 (ระดับมาก)	3.28 (ระดับปานกลาง)	3.46 (ระดับปานกลาง)
3.ความเหมาะสมของการจัดบริการ	4.4 (ระดับมาก)	3.20 (ระดับปานกลาง)	3.44 (ระดับปานกลาง)
4.ความเสมอภาคของการบริการ	4.89 (ระดับมากที่สุด)	3.46 (ระดับปานกลาง)	3.88 (ระดับมาก)
5.คุณลักษณะของผู้รับบริการ	3.60 (ระดับมาก)	3.60 (ระดับมาก)	4.20 (ระดับมาก)
รวม	3.82	3.42	3.61

จากตาราง 11 พบว่าในภาพรวมผู้บริหารมีความเห็นต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในระดับมาก ประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ได้แก่ ความครอบคลุมของการให้บริการ ความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด ได้แก่ ความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ

เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่า

ผู้บริหารมีความเห็นว่าประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยพบว่า ทั้งความครอบคลุมของการให้บริการ ความเหมาะสมของการจัดบริการ และความเสมอภาคของการบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนประเด็นความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ยังไม่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยพบว่า ทั้งความครอบคลุมของการให้บริการ ความเหมาะสมของการจัดบริการ และความเสมอภาคของการบริการ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนประเด็นความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความเห็นว่าสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพได้ ในระดับปานกลาง แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ได้แก่ ความเสมอภาคของการบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด ได้แก่ ความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ ความครอบคลุมของการให้บริการ และความเหมาะสมของการจัดบริการ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร นำมาวิเคราะห์ประกอบกับผลการประเมินในภาพรวมดังนี้

ตาราง 12 ข้อมูลความคิดเห็นด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร

ประเด็นการสัมภาษณ์	จำนวน	ร้อยละ
1.การเดินทางเข้าถึงสถานบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นอุปสรรคของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยหรือไม่ อย่างไร	6	67
2.หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ สามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมภาวะสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุ มีความเท่าเทียมกับชุมชนอื่นๆทั่วไปอย่างไร	7	78
3.ความเหมาะสมสอดคล้องของการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบันกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยหรือไม่	7	78
4.ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยสามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิที่มีการให้บริการมีความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติ	9	100
5.ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีโรคแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมและอื่นๆ ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	8	89

จากตาราง 12 การวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับผลการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร มาวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกับเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตามความคิดเห็นของผู้บริหาร

1.1 การเดินทางเข้าถึงสถานบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ สองในสามของผู้บริหารเห็นว่าการเดินทางเขาถึงสถานพยาบาลตามสิทธิ ยังเป็นอุปสรรคของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย โดยทราบถึงสภาพความพิการของประชาชนกลุ่มนี้ รวมทั้งการที่เคยได้รับการดูแลจากหน่วยงานภาครัฐ คือ สถาบันราชประชาสมาสัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจึงเป็นเรื่องยากกับการปรับตัว อาจต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ รวมทั้งสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป บางท่านให้ข้อเสนอแนะถึงการจัดบริการรถรับส่งไปยังสถานบริการสุขภาพตามสิทธิของประชาชนในชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการ ได้ผลพลอยได้ให้กับประชาชนส่วนรวม บางท่านเสนอให้สถาบันราชประชาสมาสัยจัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเนื่องจากลดช่องว่างของการต้องเดินทางไปยังสถานบริการ ผู้บริหารของสถาบันราชประชาสมาสัย ให้ข้อมูลถึงยุทธศาสตร์ในการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ว่าจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เต็มที่ ปัจจุบันมีหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีพยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยประจำศูนย์จำนวน 7 คน แบ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ เปิดเป็นคลินิกรับรักษาทุกโรคตามศักยภาพ มีแพทย์ลงตรวจทุกวัน มีการส่งปรึกษาต่างสาขาตามความจำเป็นทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ รวมทั้งมีการจัดเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เสมือนญาติ คอยดูแลให้ความช่วยเหลือในการปรับการรักษานอกสถาบันฯทั้งที่เป็นการส่งต่อ การนัดพบแพทย์และการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจัดพาหนะรับส่ง จัดอาหารกลางวันติดตัวไปเนื่องจากความลำบากในการจัดซื้ออาหารรับประทานระหว่างรอรับการตรวจตามโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงตามความจำเป็นของการรักษา

1.2 การจัดบริการหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ สามในสี่ของผู้บริหารเห็นว่าสามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมภาวะสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุ มีความเท่าเทียมกับชุมชนอื่น ๆ ทั่วไป บางท่านเห็นว่าได้สิทธิพิเศษมากกว่าชุมชนอื่นเนื่องจากมีสถาบันราชประชาให้การดูแล ถึงแม้สิทธิการรักษาจะเปลี่ยนไป ด้านความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการด้านสุขภาพ ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่สามารถจัดบริการด้านสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งการควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน การให้บริการรักษาสนองตอบความต้องการของชุมชน รวมทั้งในกลุ่มผู้พิการที่อยู่ตามบ้านอีกหลายชุมชน มีการจัดเจ้าหน้าที่เข้าไปเยี่ยมบ้าน ถึงแม้ บุคลากรไม่เพียงพอ แต่เชื่อว่าทุกคนตั้งใจทำงาน สิ่งสำคัญคือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและญาติ ถ้าในชุมชนสถาบันราชประชา มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ดี จากครอบครัวของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เชื่อว่าจะเป็นชุมชนที่เข้มแข็งได้ เนื่องจากมีสถาบันฯเป็นแรงสนับสนุนอย่างดี การกำหนดนโยบายการบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน มีการยืดหยุ่น ในเรื่องของสิทธิการรักษาพยาบาล เนื่องจากเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้

ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังที่ไม่กล้าที่จะออกไปสู่โลกภายนอก จึงจัดบริการครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยให้บริการพื้นฐานตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ถ้ามีการเจ็บป่วยที่เกินศักยภาพของสถาบันฯ จะจัดการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพมากกว่า ภายใต้สิทธิที่พึงมีของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง รวมทั้งมีการติดตาม ผลของการรักษา และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประสานงานกับหน่วยบริการภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับโลกภายนอกเพียงลำพัง แต่ทั้งนี้ ก็พยายามให้ครอบครัวและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แต่อาจจะยังไม่เต็มที่ เพราะเป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้ป่วยและญาติ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมดูแล เนื่องจากการถูกกำกับให้มีการควบคุมโรค ที่ยาวนานมากกว่าครึ่งศตวรรษ

1.3 ความเหมาะสมสอดคล้องของการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบันกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย สามในสี่ของผู้บริหารเห็นว่าการจัดบริการของสถาบันราชประชาสมาสัยควรจัดเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบของหลักประกันสุขภาพเนื่องจากมีศักยภาพเพียงพอเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง โรคตาที่มีชื่อเสียง และสามารถเป็นโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเขตริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งตะวันออก ของอำเภอพระประแดง รวมทั้งควรขยายการบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค เพื่อสามารถรองรับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยจะสามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง ชุมชนจะกลายเป็นชุมชนสามารถทลายกำแพงของความรังเกียจ ทุกวันนี้สังเกตเห็นว่าประชาชนรอบๆ ในเขตพื้นที่ มิได้มีความรังเกียจผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังแต่ประการใด ผู้บริหารบางท่านเสนอว่าสถาบันราชประชาสมาสัย ควรขยายการบริการในส่วนของชุมชนที่เป็นโรงงานอุตสาหกรรม เพราะทำเลที่ตั้งเหมาะสม รวมทั้งศักยภาพพร้อมในหลายๆด้านทั้งจำนวนบุคลากร องค์กรความรู้และเครื่องมือ

ผู้บริหารบางท่าน กล่าวถึงความเหมาะสมสอดคล้องของการจัดบริการกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เห็นว่าค่อนข้างทำได้ดี มีการประสานงานกับหน่วยบริการในพื้นที่เป็นระยะๆ การขอความร่วมมือในการรณรงค์จัดกิจกรรมต่างๆ ก็ได้รับการตอบรับที่ดี เรียกว่าชุมชนนี้มีความพิเศษมากกว่าชุมชนอื่นๆ เพราะประชาชนในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง สามารถเลือกรับบริการได้ทั้งจากสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ และสิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลอยู่แล้ว ถึงแม้ว่าจะยังไม่กล้าที่จะออกมาใช้บริการภายนอก แต่เชื่อว่าศักยภาพของสถาบันราชประชาสมาสัย จะสามารถดูแลกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี

1.4 ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยสามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิที่มีการให้บริการมีความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติ ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย สามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิ ไม่มีการเลือกปฏิบัติ หน่วยบริการต่างๆในพื้นที่ รู้จักชื่อของชุมชนนี้มานาน จนกลายเป็นความคุ้นชิน ภาพลักษณ์ของประชาชนเป็นเพียงผู้สูงอายุที่มีความพิการ สำคัญที่ว่าผู้ป่วยบางส่วนที่ยังไม่กล้าเปิดเผยตัวตน ส่วนใหญ่สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการเขตพื้นที่อย่างเสมอภาค และคิดว่าไม่น่าจะถูกเลือก

4.2 การประเมินในภาพรวมการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของ ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ผลดังนี้

ตาราง 13 สรุปภาพรวมผลการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นการประเมิน	ผู้บริหาร	ผู้ให้บริการ	ประชาชน
คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ			
1.ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	4.6 (ระดับมาก)	3.2 (ระดับปานกลาง)	4.3 (ระดับมาก)
2.ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้	4.2 (ระดับมาก)	3.3 (ระดับปานกลาง)	4.1 (ระดับมาก)
3.การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.2 (ระดับมาก)	3.2 (ระดับปานกลาง)	4.2 (ระดับมาก)
4.ความน่าเชื่อถือ	4.6 (ระดับมากที่สุด)	3.3 (ระดับปานกลาง)	4.1 (ระดับมาก)
5.ความเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ	4.6 (ระดับมากที่สุด)	3.4 (ระดับปานกลาง)	4.1 (ระดับมาก)
รวม	4.44 (ระดับมาก)	3.28 (ระดับปานกลาง)	4.19 (ระดับมาก)

จากตาราง 13 สรุปว่าในภาพรวมผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม มีความเห็นต่อคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมากทุกประเด็น ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ รวมทั้งความเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่า

ผู้บริหารมีความเห็นต่อคุณภาพการบริการของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยทุกประเด็นย่อยผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ทุกประเด็น

ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าคุณภาพการบริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อย ทั้งความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ รวมทั้งความเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ในทุกประเด็นย่อย ค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ อยู่ในระดับปานกลาง

ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความเห็นว่าคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ของหน่วยบริการตามสิทธิของตน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยทุกประเด็น อยู่ในระดับสูง

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร นำมาวิเคราะห์ประกอบกับผลการประเมินในภาพรวมดังนี้

ตาราง 14 ข้อมูลความคิดเห็นด้านคุณภาพการบริการด้านสุขภาพสุขภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร

ประเด็นการสัมภาษณ์	จำนวน	ร้อยละ
1.หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สร้างความเป็นรูปธรรมของการให้บริการที่ชัดเจน สร้างความรู้สึให้กับผู้รับบริการว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และตั้งใจให้บริการ	9	100
2. หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการให้บริการ	8	89
3.ความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สามารถตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย	8	89
4.การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ	8	89

คุณภาพการบริการ ตามความคิดเห็นของผู้บริหาร

1. ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สร้างความเป็นรูปธรรมของการให้บริการที่ชัดเจน สร้างความรู้สึกให้กับผู้รับบริการว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และตั้งใจให้บริการ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ด้านสถานที่ตั้ง สิ่งแวดล้อม เวลาของการเปิดบริการ ความครอบคลุมของการบริการ สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเหมาะสมการแบ่งพื้นที่สำหรับการให้บริการยึดตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ โดยการควบคุมกำกับจากอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด รวมทั้งหน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการได้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ขยายเวลาเปิดให้บริการเป็น 18.00น.ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันเสาร์ ถ้ามีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับบริการได้โดยตรงที่โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการประจำซึ่งเปิด 24 ชั่วโมง มีศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ในส่วนของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเปิดให้บริการในกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยนโยบายนโยบายของสถาบันรองรับเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล หากมีปัญหาเรื่องของการตรวจสอบสิทธิ

2. ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความสม่ำเสมอ ในทุกครั้งของการให้บริการ เนื่องจากหน่วยบริการที่รับส่งต่อเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่ฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยาในเขตอำเภอพระประแดงของจังหวัดสมุทรปราการ ภาพลักษณ์ สถานที่ การบริการเมื่อเปรียบเทียบกับความ แออัดของโรงพยาบาลจังหวัด สามารถสร้างความพึงพอใจในการรับบริการได้มากกว่า รวมทั้งสามารถเดินทางเข้าถึงได้สะดวก และได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความจำเป็น

3. ด้านความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่า สามารถตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

4. ด้านการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รวมถึงหน่วยบริการรับส่งต่อ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที มีการบริการของศูนย์นเรนทร ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการเท่าที่ผ่านมาการให้บริการรวดเร็ว ปลอดภัย และไม่ค่อยได้ยินในเรื่องของการร้องเรียน

5. ข้อร้องเรียนด้านการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งหน่วยบริการรับส่งต่อส่วนใหญ่กล่าวถึงด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ อาจพูดไม่ค่อยเพราะ การรอคิวนาน ความสะอาดของห้องพัก และการใช้ยานอกบัญชีที่ต้องมีการร่วมจ่าย เป็นต้น

4.3 ประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นย่อยของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ผลดังนี้

ตาราง 15 สรุปภาพรวมผลการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นการประเมิน	ผู้ให้บริการ	ประชาชน
การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ		
1.การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	3.2 (ระดับปานกลาง)	3.2 (ระดับปานกลาง)
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา	4.1 (ระดับมาก)	3.2 (ระดับปานกลาง)
3.การมีส่วนร่วมในการวางแผน	3.7 (ระดับมาก)	3.6 (ระดับมาก)
4.การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ	3.9 (ระดับมาก)	3.1 (ระดับปานกลาง)
5.การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	4.5 (ระดับมาก)	3.5 (ระดับมาก)
รวม	3.88	3.32

จากตาราง 15 สรุปผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และ การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผน

เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนี้

1. ผลการประเมินการมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเข้าร่วมการจัดกิจกรรมกลุ่มด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 3 กลุ่ม คือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเบาหวานความดันโลหิตสูง และ กลุ่มออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ทุกสัปดาห์สลับหมุนเวียนกันไป แล้วแต่ความพร้อมของสมาชิกในกลุ่ม โดยมี

เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้สนับสนุนในการทำกลุ่มและช่วยเหลือเพื่อให้กลุ่มสามารถดำเนินการต่อจนบรรลุวัตถุประสงค์

การประเมินการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการเข้าร่วมกิจกรรมและสังเกต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพของสมาชิก ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ทำหน้าที่ในการกิจกรรมนั้นๆ โดยกำหนดแนวทางการรวบรวมข้อมูล ตามประเด็นย่อยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และประเมินโดยนำมาเทียบกับเกณฑ์การประเมินตามค่าถ่วงน้ำหนัก ในแต่ละประเด็นย่อยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

การประเมินการมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนในการจัดกิจกรรมกลุ่มด้านสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน ซึ่งมีความสอดคล้องกันด้านความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อพิจารณาประเด็นย่อย ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ในระดับมากทุกประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2. ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามความคิดเห็นของประชาชนในชุมชน โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เทียบกับเกณฑ์การประเมิน ในแต่ละประเด็นย่อย พบว่าประชาชนในชุมชนประเมินตนเองว่ามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน และการมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ

ตาราง 16 ข้อมูลความคิดเห็นด้านคุณภาพการบริการด้านสุขภาพสุขภาพจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร

ประเด็นการสัมภาษณ์	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน		
1. ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร	8	89
2. แนวทางการส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพร่วมกับภาครัฐ มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด และควรดำเนินการอย่างไร	8	89

ผลการประเมินในภาพรวมการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม พิจารณาตามประเด็น และประเด็นย่อยในการประเมิน

ตาราง 17 สรุปผลการประเมินการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพในแต่ละประเด็นการประเมิน

ประเด็นการประเมิน	ผู้บริหาร (ค่าเฉลี่ย)	ผู้ให้บริการ (ค่าเฉลี่ย)	ประชาชน (ค่าเฉลี่ย)
1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ภาพรวม	3.82 (ระดับมาก)	3.36 (ระดับมาก)	3.58 (ระดับมาก)
1.1 ความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ	3.3	3.5	3.1
1.2 ความครอบคลุมของการให้บริการ	3.9	3.3	3.4
1.3 ความเหมาะสมของการจัดบริการ	4.4	3.0	3.4
1.4 ความเสมอภาคของการบริการ	3.9	3.4	3.8
1.5 คุณลักษณะของผู้รับบริการ	3.6	3.6	4.2
2. คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ภาพรวม	4.44 (ระดับมาก)	3.28 (ระดับปานกลาง)	4.19 (ระดับมาก)
2.1 ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	4.6	3.2	4.3
2.2 ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้	4.2	3.3	4.1
2.3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.2	3.2	4.2
2.4 ความน่าเชื่อถือ	4.6	3.3	4.1
2.5 ความเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ	4.6	3.4	4.1
3. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ภาพรวม	--	4.06 (ระดับมาก)	3.28 (ระดับปานกลาง)
3.1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	--	4.0	4.0
3.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา	--	4.1	3.2
3.3 การมีส่วนร่วมในการวางแผน	--	3.8	2.6
3.4 การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ	--	3.9	3.1
3.5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	--	4.5	3.5
ในภาพรวม	4.13 (ระดับมาก)	3.57 (ระดับมาก)	3.68 (ระดับมาก)

จากตาราง 17 พบว่าผลการประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพโดยภาพรวม ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในแต่ละประเด็นการประเมิน มีผลการประเมินดังนี้

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ผ่านการประเมินในภาพรวม เมื่อพิจารณาตามรายประเด็นย่อย พบว่าผ่านการประเมินในประเด็นความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการบริการ และคุณลักษณะของผู้รับบริการ ประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านการประเมิน คือความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ และความครอบคลุมของการให้บริการ

คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ผ่านการประเมินในภาพรวม เมื่อพิจารณาตามรายประเด็นย่อย พบว่าผ่านการประเมินในทุกประเด็น ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ และความเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ผ่านการประเมินในภาพรวม เมื่อพิจารณาตามรายประเด็นย่อย พบว่าผ่านการประเมินในประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านการประเมิน คือ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์

โดยสรุป ในภาพรวมการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้หลักประกันสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับมาก และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ ในประเด็นการเข้าถึงบริการ คุณภาพของการบริการ และการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของการบริการและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ในประเด็นการประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ และผลการบริการด้านสุขภาพภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้บริหาร มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน
2. ผู้ให้บริการ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
3. ประชาชนในชุมชน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 297 คน

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ชุดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหาร
2. แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ
3. แบบสอบถามสำหรับประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
4. แบบสังเกตพฤติกรรม
5. แบบบันทึกการสำรวจข้อมูลเอกสาร

สรุปผลการวิจัย

จากการประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ สรุปผลการประเมินได้ดังนี้

ตอนที่1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้

ผู้บริหารที่ให้ข้อมูล จำนวน 9 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50 ปี ประสบการณ์ในการทำงานการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ย 28 ปี ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย 1 ปี

ผู้ให้บริการ จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และร้อยละ 64.4 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญงาน จากงานผู้ป่วยใน อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูล 41.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ย 19.2 ปี ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย 14.2 ปี

ประชาชนในชุมชนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 297 คน สองในสามเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 61 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ รายได้จากการรับเบี้ยสงเคราะห์ เฉลี่ย 3500 บาทต่อเดือน พักอาศัยในบ้านที่ภาครัฐจัดหาให้เป็นอาคารพักอาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยมีครอบครัว ลูกหลานและญาติมากกว่าครึ่งหนึ่ง ส่วนอีกเกือบครึ่งอาศัยอยู่กับเพื่อนบ้าน และอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ80 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพขึ้นกับหน่วยบริการในพื้นที่

ตอนที่2 การประเมินบริบท ความต้องการจำเป็น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนมาวิเคราะห์ตามแนวทางของ PRECEDE – PROCEED Model ได้ดังนี้

1. การประเมินวินิจฉัยทางระบาดวิทยา

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายประมาณ 2 ต่อ เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60ปี เกือบครึ่งมีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ บางส่วนมีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย รายได้เฉลี่ย 4,800 บาทต่อเดือน

1.2 ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ส่วนใหญ่ปฏิเสธไม่มีโรคประจำตัว ส่วนโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่พบ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปวดกระดูกและข้อ อัตราส่วน 1.5:1: 1 ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นครบถ้วน จากการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่และการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

2. การประเมินวินิจฉัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

2.1 พฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการใช้บริการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ประชาชนผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้บริการสุขภาพตามความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ไปรับบริการรักษาที่โรงพยาบาลตาม ความถี่ของการไปรักษาเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีเหมือนกับทุกคนที่รู้จัก เกือบทุกคนเห็นว่าการโครงการด้านสุขภาพต่างๆที่ได้จัดในชุมชน จะสามารถลดความเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ การเข้า

ไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆของชุมชน ส่วนใหญ่ชอบกิจกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นในชุมชน โดยกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้สนใจเข้าร่วมมากที่สุด ส่วนผู้ที่ให้เหตุผลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพต่างๆที่จัดในชุมชนบอกว่าไปไม่ไหวสุขภาพ ไม่แข็งแรง เงินไม่สะดวกและต้องอาศัยผู้อื่นพาไป

2.2 สิ่งแวดล้อม ภายในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นลักษณะหลากหลายทั้งในรูปแบบของอาคารพักอาศัย 3 ชั้น จำนวน 5 หลัง อาคารผู้สูงอายุ 2 ชั้น จำนวน 2 หลัง เรือนพักสำหรับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จำนวน 15 หลังซึ่งเป็นการจัดสรรจากภาครัฐผ่านการสนับสนุนของสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อการดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และบ้านพักอาศัยที่ปลูกเพิ่มเติมตามกำลังของผู้อยู่อาศัย รวมจำนวนหลังคาเรือนของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยทั้งสิ้นจำนวน 200 หลังคาเรือน มีผู้พักอาศัยในชุมชนจำนวน 1,200 คน เป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 800 คน ซึ่งบางส่วนออกไปพักอาศัยกับครอบครัวภายนอกสถาบันฯ เข้ามาพักอาศัยเป็นบางครั้ง โดยเฉพาะเวลาแพทย์นัด หรือมีกิจกรรมต่างๆของชุมชน

ส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนพักอาศัยในบ้านที่ได้รับการจัดสรรจากภาครัฐ บางส่วนจัดสร้างปลูกอาศัยเพิ่มเติมในพื้นที่ของชุมชน และบางส่วนร้อยละ 8 เป็นการเช่าที่พักอาศัย ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ประชาชนผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่ง พักอาศัยอยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยร่วมกับครอบครัว (พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก หลาน) ที่น่าสังเกตร้อยละ 28.3 พักอาศัยกับเพื่อนผู้ป่วย/ผู้ดูแล และร้อยละ 16.8 พักอาศัยอยู่คนเดียว

3. การประเมินวินิจฉัย หน่วยบุคคล องค์กร และการศึกษา

3.1 ปัจจัยนำ ด้านความรู้ เจตคติ การรับรู้ นโยบาย คุณลักษณะของผู้รับบริการ

ผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมดสามารถบอกสิทธิการรักษาของตนเองได้ ร้อยละ 80 มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นหน่วยบริการประจำของประชาชนในชุมชนตามสิทธิที่ระบุในบัตรคือ โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา การรับรู้สิทธิในการรักษา รับทราบการประชาสัมพันธ์ ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง โรคต่างๆ และการจัดกิจกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่จากเสียงตามสายของชุมชน บางส่วนรับทราบจากสื่อวิทยุโทรทัศน์ และจากการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ ด้านเจตคติของการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ เห็นว่าการให้บริการมีความเสมอภาค ปฏิบัติให้เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน ไม่เลือกปฏิบัติ

คุณลักษณะของผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยที่มีโรคแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมและอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากศักยภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยนั้น ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เห็นว่าประชาชนบางส่วนที่ไม่มีบัตรประชาชน ควรได้รับการแก้ไข เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

3.2 ปัจจัยเอื้อ ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล ความสามารถในการเข้ารับบริการ ลักษณะของการจัดบริการ ระยะเวลาที่พักอาศัยในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยเฉลี่ย 29 ปี ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการเดินทางเข้าถึงสถานบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็น

อุปสรรคของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ความสะดวกในการเดินทาง ส่วนใหญ่บอกว่าสามารถเดินทางไปรับบริการได้โดยสะดวก บางส่วนที่ไม่สามารถเดินทางไปด้วยตนเองต้องอาศัยลูกหลาน หรือ ผู้อื่นพาไป โดยให้เหตุผลว่า สุขภาพไม่แข็งแรง สูงอายุ ขาพิการ เดินไม่สะดวก และจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันฯเป็นผู้รับผิดชอบพาไป

ในกรณีเดินทางด้วยตัวเอง พาหนะที่ใช้เดินทางส่วนใหญ่เดินทางโดยรถยนต์/รถประจำทาง และอีกหนึ่งในสาม จำเป็นต้องอาศัยรถของสถาบันราชประชาสมาสัยพาไป ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของประชาชนในชุมชนตามสิทธิที่ระบุในบัตรเฉพาะที่เดินทางด้วยตัวเอง เฉลี่ย 50 บาท ต่อเที่ยว

ความสามารถในการเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วย ณ หน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิ ส่วนใหญ่สามารถเดินทางไปด้วยตัวเอง อีกเกือบร้อยละ 40 ต้องอาศัยผู้อื่น/เจ้าหน้าที่พาไปเมื่อแพทย์นัด และจำเป็นต้องเข้ารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 20 ไม่สามารถเดินทางไปเองได้ จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัยให้การดูแลช่วยเหลือ

3.3 ปัจจัยเสริม ด้านวัฒนธรรมของชุมชน และพฤติกรรมกรพึงพึง

การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในชุมชน ในการดูแลด้านสุขภาพ บางส่วนบอกว่าได้รับความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง ร้อยละ 30 ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และ ยังมีอีกบางส่วน ที่บอกว่าไม่ได้รับการจากชุมชน ส่วนใหญ่บอกว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนและ มีความภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จของกิจกรรม เกือบทั้งหมดคิดว่าการสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชนเป็นสิ่งที่ดีและสามารถทำได้ ส่วนจะทำได้อย่างไรนั้น ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน

4. การประเมินวินิจฉัยทางการบริหารจัดการและนโยบาย

4.1 การวินิจฉัยการบริหารภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เห็นว่ามีความเหมาะสมสอดคล้องของการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน กับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านการกำหนดนโยบายการจัดบริการ ด้านการจัดสรรทรัพยากร และด้านการจัดรูปแบบองค์กร ในการบริการด้านสุขภาพสำหรับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน

4.2 การวินิจฉัยนโยบายหลักประกันสุขภาพภายใต้กฎระเบียบขององค์กร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ สามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมภาวะสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุ มีความเท่าเทียมกับชุมชนอื่น ๆ ทั่วไป

ตอนที่ 3 การประเมินการบริหารจัดการและการดำเนินการตามนโยบายหลักประกัน

สุขภาพ

1. ประเมินวินิจฉัยทางการบริหารจัดการและนโยบาย

1.1 ความเหมาะสมสอดคล้องของนโยบาย การวินิจฉัยการบริหารภายใต้นโยบาย

หลักประกันสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 66.7 เห็นว่ามีความเหมาะสมสอดคล้อง ของการจัด บริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบันกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านการกำหนดนโยบายการจัดบริการ ด้านการจัดสรร ทรัพยากร และด้านการจัดรูปแบบองค์กร ในการบริการด้านสุขภาพสำหรับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน

1.2 การวินิจฉัยนโยบายหลักประกันสุขภาพภายใต้กฎระเบียบขององค์กร ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 75.0 เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ สามารถจัดบริการสุขภาพครอบคลุมภาวะสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยเฉพาะผู้พิการและผู้สูงอายุ มีความเท่าเทียมกับชุมชนอื่นๆทั่วไป

1.3 ศักยภาพและความพร้อมของทรัพยากร ผลจากการลดบทบาทของสถาบันฯ ส่งผลต่อศักยภาพความพร้อมของทรัพยากรทั้งด้านอัตรากำลังบุคลากร งบประมาณการดำเนินงานที่เกี่ยวกับชุมชน รวมทั้งการแบกรับภาระของสถาบันฯจากผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ตามนิคมโรคเรื้อนในภาคต่างๆเข้ามาใช้บริการโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อของหลักประกันสุขภาพ ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนระบบการดูแลด้านสุขภาพ ในความคิดเห็นของบุคลากรของสถาบันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการ

2. การประเมินการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

การดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม การดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพของหน่วยบริการ คู่สัญญาให้บริการครอบคลุมตามมาตรฐานของหน่วยบริการที่เข้าร่วมบริการตามนโยบายของหลักประกันสุขภาพ มีการตรวจประเมินจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด เปิดให้บริการตามสิทธิในทุกกลุ่มประชาชน ได้แก่ สิทธิของประชาชนทั่วไปที่จะซื้อบริการโดยการจ่ายเงินเอง สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ การบริการครอบคลุมทุกสาขา มีแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้องและแพทย์เฉพาะทางเปิดให้บริการทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยได้จำนวน 200 เตียง มีเครือข่ายการบริการร่วมกับโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสมุทรปราการ นอกจากนี้มีการส่งต่อการรักษาในหน่วยบริการระดับตติยภูมิที่เกินศักยภาพตามความจำเป็นด้านการรักษา โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมตามระเบียบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยมีการให้บริการเช่นเดียวกับประชาชนที่มารับบริการทั่วไป มีการตรวจสอบสิทธิ เปิดรับในสิทธิที่ยกเว้น เช่นสิทธิของผู้พิการ ผ่านการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและสถาบันราชประชาสมาสัยที่ดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จำนวนกว่า 1,200 คนโดยมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้บริหารว่า สถาบันราชประชาสมาสัยจะให้บริการในระดับปฐม

ภูมิโดยยังมีได้มีการคิดค่าใช้จ่าย หรือเรียกเก็บค่าบริการที่ทางสถาบันให้ ทั้งนี้เนื่องจากภารกิจของสถาบันฯมีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยไม่คิดมูลค่าใดๆ เมื่อเกินศักยภาพจะส่งต่อการรักษาตามแนวทางการส่งต่อในระบบประกันสุขภาพ ภาระด้านค่าใช้จ่ายจึงตกเป็นของสถาบันฯ มาตลอดทั้งจากการรับบริการด้านสุขภาพทั่วไป ปัญหาของโรคเรื้อน ผู้สูงอายุและผู้พิการไม่มีญาติดูแล ถูกทอดทิ้ง มีอัตราการครองเตียงสูง รวมทั้งแนวโน้มของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อยู่ตามนิคมโรคเรื้อนในภาคต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากระบบการบริการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มเข้ามาใช้บริการของสถาบันฯเพิ่มขึ้นโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อ เนื่องจากความคาดหวังของการได้รับการรักษาที่ไม่มีข้อจำกัดของสถาบันฯ

การเตรียมความพร้อมของชุมชน ในระยะแรกของการปรับเปลี่ยนนโยบายสุขภาพของชุมชน มีการเตรียมความพร้อมของชุมชน โดยกลุ่มการพยาบาลได้เตรียมปรับบทบาทในการดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานสุขภาพชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพ ประจำ 3 คน ทำหน้าที่ดูแล พื้นฟูสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำในการควบคุม และป้องกันโรคต่างๆ ส่งเสริมสุขภาพของชุมชน รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องของการใช้สิทธิของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

การดำเนินงานในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ สถาบันราชประชาฯได้จัดให้มีหน่วยงานสุขภาพชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มการพยาบาล ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ทำงานร่วมกับหน่วยงานสถานสงเคราะห์ ดูแลการให้บริการในด้านต่างๆให้แก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน โดยการประสานงานกับสถานีอนามัยตำบล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการด้านต่างๆให้กับคนในชุมชนของสถาบันฯ

ในส่วนของการบริการด้านสุขภาพมีสถาบันราชประชาสมาสัยที่ทำหน้าที่ของสถานพยาบาลให้บริการดูแลได้ไม่ครบทุกสาขาเนื่องจากขาดบุคลากรที่สำคัญคือแพทย์อายุรกรรม มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในรวมอาคารผู้ป่วยสูงอายุได้จำนวน 250 เตียง นอกจากนี้สถาบันฯเปิดให้บริการกับประชาชนทั่วไปและเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาระดับตติยภูมิด้านจักษุ ผิวหนัง หูคอจมูก งานสุขภาพเท้า ศัลยกรรมกระดูก คลินิกนอกเวลาและงานอาชีวอนามัย

ตอนที่ 4 การประเมินผลของการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ

1. การประเมินในภาพรวมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ผู้บริหารมีความเห็นว่าประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยพบว่า ทั้งความครอบคลุมของการให้บริการ ความเหมาะสมของการจัดบริการ และความเสมอภาคของการบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนประเด็นความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ยังไม่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยพบว่า ทั้งความครอบคลุมของการให้บริการ ความเหมาะสมของการจัดบริการ และความเสมอภาคของการบริการ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนประเด็นความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความเห็นว่าสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพได้ ในระดับปานกลาง แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ได้แก่ ความเสมอภาคของการบริการ และ คุณลักษณะของผู้รับบริการ ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด ได้แก่ ความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ ความครอบคลุมของการให้บริการ และความเหมาะสมของการจัดบริการ

สรุปภาพรวมผลการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม มีความเห็นต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยพบว่า ความสะดวกของการเดินทางถึงแหล่งบริการ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ความครอบคลุมของการให้บริการความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการบริการ และคุณลักษณะของผู้รับบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ระดับมาก

2. การประเมินในภาพรวมการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของคุณภาพการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ผลดังนี้

คุณภาพการบริการด้านสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้บริหาร พบว่าในภาพรวมผู้บริหาร มีความเห็นต่อคุณภาพการบริการของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในระดับมาก) ผ่าน เกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยทุกประเด็นย่อยผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ทุกประเด็น

คุณภาพการบริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ พบว่า ในภาพรวมผู้ให้บริการ เห็นว่า คุณภาพการบริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อย ทั้งความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ รวมทั้งความเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ พบว่าผ่าน เกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ในทุกประเด็นย่อย ค่าเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมาก

คุณภาพการบริการด้านสุขภาพตามความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย พบว่า ในภาพรวมประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย มีความเห็นว่าคุณภาพ

การบริการด้านสุขภาพ ของหน่วยบริการตามสิทธิของตน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยทุกประเด็น อยู่ในระดับมาก

สรุปภาพรวมผลการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมากทุกประเด็น ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ รวมทั้งความเข้าใจ รู้จัก รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ

3. การประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง พบว่าประชาชนในชุมชนประเมินตนเองว่ามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับมาก แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเข้าร่วมการจัดกิจกรรมกลุ่มด้านสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 3 กลุ่ม คือกลุ่มสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเบาหวานความดันโลหิตสูง และกลุ่มออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน ซึ่งมีความสอดคล้องกันด้านความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน

เมื่อพิจารณาประเด็นย่อย ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ในระดับมาก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

สรุปผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก และผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ

อภิปรายผล

การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ มุ่งเน้นประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของการบริการและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยประยุกต์จากแบบจำลองการประเมินระบบสุขภาพ PRECEDE – PROCEED Model ของกรีน และครูเตอร์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายมิติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ วิเคราะห์ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ สอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนด้วยตัวเอง สังเกตพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับข้อมูลทุติยภูมิ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ภาพรวมของการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ พบว่าในภาพรวมผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ได้แก่ความเหมาะสมของการจัดบริการ ความเสมอภาคของการบริการและคุณลักษณะของผู้รับบริการ

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในงานวิจัยนี้ให้ความหมายเป็นการที่ประชาชนในสถาบันราชประชาสมาสัย สามารถเข้าถึงแหล่งบริการตามสิทธิได้สะดวก ได้รับบริการตามความจำเป็นอย่างถูกต้องเหมาะสม ภาพรวมพบว่ามี การเข้าถึงบริการได้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสะดวกของการเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการ ตามการแบ่งพื้นที่การรับผิดชอบของนโยบายหลักประกันสุขภาพประชาชนในพื้นที่สามารถเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการได้ ภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์ สถานที่ตั้งของหน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ ที่รถยนต์สามารถเข้าถึง แต่ไม่มีรถประจำทางวิ่งผ่าน ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยไม่สามารถเดินทางด้วยการเดินเท้าเข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ หรืออย่างน้อยต้องใช้รถจักรยาน สามล้อ รถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์ในการเดินทาง หรือเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยรับส่งต่อตามสิทธิ ซึ่งอยู่ห่างจากชุมชนสถาบันฯราว 5 กิโลเมตร ต้องเดินทางโดยรถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์เท่านั้น การเดินทางโดยรถประจำทางต้องเดินไปขึ้นรถประจำทาง บริเวณหน้าปากซอยระยะทาง 1 กิโลเมตร ข้ามถนนไปขึ้นรถ เสียค่าใช้จ่ายค่ารถ เริ่มต้นที่ 20 บาทต่อเที่ยว ซึ่งมีค่าใช้จ่ายของการเดินทางเกิดขึ้น เมื่อนำมาพิจารณาควบคู่กับรายได้เฉลี่ยของประชาชนในชุมชน ย่อมเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายแน่นอน

จะเห็นได้ว่า ถ้าผู้รับบริการที่เป็นผู้พิการการเดินทางไปรับบริการค่อนข้างยากลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่เห็นว่าการเดินทางเข้าถึงสถานบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นอุปสรรคของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ความสะดวกในการ

เดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์ศรี คีตมโนชญ์ (2549) ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยโดยเฉพาะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่สูงอายุและพิการ ไม่สามารถเดินทางไปด้วยตนเองต้องอาศัยลูกหลานหรือผู้อื่นพาไปโดยให้เหตุผลว่าสุขภาพไม่แข็งแรง สูงอายุ ขาดพิการ เดินไม่สะดวก และจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัยให้การดูแลช่วยเหลือเป็นผู้รับผิดชอบพาไป เนื่องจากไม่มีครอบครัวและลูกหลานคอยดูแล ซึ่งสถาบันราชประชาสมาสัยจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาความครอบคลุมครบถ้วนของการให้บริการด้านสุขภาพ การจัดบริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพได้ตามมาตรฐาน การจัดบริการครอบคลุมทั้งการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะผู้พิการในพื้นที่ มีการจัดเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน คัดกรองภาวะสุขภาพ โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผ่านตัวแทนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ด้วยข้อจำกัดของอัตรากำลัง ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีความเหมาะสมสอดคล้องของการจัดบริการด้านสุขภาพของสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบันกับบริบทของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ด้านการกำหนดนโยบายการจัดบริการ ด้านการจัดสรร ทรัพยากร และด้านการจัดรูปแบบองค์กร ในการบริการด้านสุขภาพสำหรับชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน ที่เป็นหน่วยงานของราชการที่รับผิดชอบดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยตรง และมีหน่วยงานศูนย์สุขภาพชุมชนที่ทำหน้าที่แทนญาติ จัดบริการได้เข้าถึงกลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน แต่พบว่าประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน มีพฤติกรรมมารักษาพยาบาลจากภาครัฐ โดยใช้สิทธิของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน มาเป็นข้ออ้างในการที่จะเลือกไม่ไปรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ และถือเป็นหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัยที่จะต้องทำหน้าที่ดูแลแทนญาติ เมื่อพิจารณาสีทธิด้านการรักษาพยาบาลของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนพบว่าสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพ และสิทธิการรักษาพยาบาลจากการสงเคราะห์ของภาครัฐผ่านสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขคล้ายกับการศึกษาของวิจิตร ระวีวงศ์ (2543.) ศึกษาลักษณะปัญหาการรับบริการโดยใช้วิธีผสมผสานทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระยะแรกของการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลทั้งจากหลักประกันสุขภาพ ชำซ้อนกับสิทธิตามบัตร สป.และบัตรสุขภาพประเภทต่างๆ พบว่าผลการศึกษาเชิงปริมาณมีการซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันสุขภาพ เฉพาะอย่างยิ่งผู้มีประกันสุขภาพเอกชนจะมีหลักประกันสุขภาพในระบบอื่น ๆ ถึงร้อยละ 58 และผู้ไม่มี

หลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีความประสงค์จะใช้บัตร สปร.และบัตรสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะไปใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐ การผลักดันให้ประชาชนในชุมชนรับทราบและยอมรับการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องอาศัยเวลาในการปรับตัว รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนดังกล่าวยังเป็นเรื่องยากเนื่องจากความรู้สึกถูกรังเกียจจากสังคมของผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อนในชุมชน ที่ฝังรากลึกในจิตใจสอดคล้องกับผลการศึกษาของศีลธรรมเสริมฤทธิ์รงค์ (2549) ศึกษาเชิงคุณภาพในนิคมโรคเรื้อนจังหวัดมหาสารคาม พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังรังเกียจผู้ป่วยโรคเรื้อนเนื่องจากเชื่อว่าสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพความพิการมากส่วนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ยังไม่มีความพิการกลัวการแพร่กระจายให้กับญาติและครอบครัว การถูกรังเกียจจากความพิการของโรคเรื้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนไม่มั่นใจในการออกไปรับบริการร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ ในสถานบริการตามสิทธิ

ด้านความเหมาะสมของการจัดบริการ ถึงแม้การให้บริการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่ก็ตาม ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนก็ได้รับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพเช่นกัน สถาบันราชประชาจึงต้องปรับบทบาทการบริการให้เหมาะสมกับความพิการและปัญหาด้านสุขภาพของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน ได้แก่ แผลเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่พิการและไร้การเหลียวแลจากญาติ โดยการจัดบุคลากรให้เพียงพอในการให้บริการสุขภาพในชุมชน และมีการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชน เพื่อนบ้านมาเป็นอาสาสมัครมาช่วยดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนด้วยกัน สอดคล้องกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ในการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในชุมชน เกือบทั้งหมดคิดว่าการสนับสนุนให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชนเป็นสิ่งที่ดีและสามารถทำได้ ส่วนจะทำได้อย่างไรนั้น ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เนื่องจากการสืบค้นญาติยังเป็นที่ยกปิดจากความรู้สึกถูกรังเกียจจากสังคม ส่วนน้อยที่จะยอมเปิดเผยญาติ และการมีส่วนร่วมของญาติยังมีน้อยมาก เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง และส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมเหล่านี้ในชุมชน เพื่อเปิดให้ได้รับการยอมรับจากสังคมภายนอกมากยิ่งขึ้น

ความเสมอภาคของการจัดบริการ ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิที่มีการให้บริการมีความเสมอภาค ปฏิบัติให้เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเท่ากัน ไม่เลือกปฏิบัติ ความคิดเห็นส่วนใหญ่บอกว่าประชาชนในชุมชนได้รับการที่เสมอภาคเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป คุณลักษณะของผู้รับบริการ การเป็นชุมชนผู้สูงอายุและพิการ มีผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่สำคัญคือสิทธิบุคคลผู้พิการในชุมชน ภายหลังปีงบประมาณ 2554 มีข้อตกลงของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพของจังหวัด ที่ขอให้ผู้พิการที่อยู่ในเขตจังหวัดสมุทรปราการที่จะเข้ารับบริการที่สถาบันราชประชาสมาสัย ต้องผ่านระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการตามสิทธิ ซึ่งเกิดข้อแตกต่างในความเท่าเทียมของบุคคลผู้พิการ โดยเฉพาะบุคคลผู้พิการที่อยู่ในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยสูงถึงกว่าร้อยละ 60 เกือบทั้งหมดมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพอยู่ในพื้นที่ การเข้ารับการรักษาที่สถาบันราชประชาต้องขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาซึ่งยุ่งยากในการเดินทางและไม่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรางค์ศรี คีตมโนชญ์ (2549) ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ

ผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ ความพอเพียงของการบริการ ที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

2. การประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ภาพรวมของการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม ในแต่ละประเด็นย่อยของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์การประเมิน เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมากทุกประเด็น ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความน่าเชื่อถือ รวมทั้งความเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ

จะเห็นว่าคุณภาพการบริการด้านสุขภาพได้รับการประเมินให้อยู่ในระดับสูงทุกประเด็น เป็นที่สังเกตว่าการพัฒนาด้านคุณภาพการบริการได้รับการติดตามควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ จากความคิดเห็นของผู้บริหารของหน่วยบริการในระบบสุขภาพต่างๆ เห็นว่าทุกหน่วยงานมีคุณภาพการบริการในระดับดีทุกแห่ง โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาที่มีพื้นฐานภาพลักษณ์มาจากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ ทำให้ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้

ผู้รับบริการเห็นถึงความสะอาดต่างๆ ในหน่วยบริการที่ดูแลชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ได้แก่ สถานที่ที่จัดบริการ บุคลากรที่พร้อมให้บริการ อุปกรณ์และ เครื่องมือที่ทันสมัย เอกสารที่ใช้ในการสื่อสาร รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และตั้งใจในการให้บริการ สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าคุณภาพการบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของบริการ สามารถสร้างการรับรู้ด้านคุณภาพให้ผู้รับบริการได้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลว่าความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือ ความเข้าใจ รู้จัก รับรู้ความต้องการของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ได้รับความเชื่อมั่นด้านคุณภาพจากผู้รับบริการในระดับมากเช่นกัน ในลักษณะของการทำงานในชุมชน การรู้จักและเข้าใจความต้องการของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ การจัดกิจกรรมต่างๆให้ชุมชน นอกจากผลลัพธ์ที่คาดหวังให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมผลพลอยได้คือความเชื่อใจสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา มังคะศิริ (2541) การประเมินผลคุณภาพบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยใช้การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความต่อเนื่องของบริการ การดูแลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่พอใจที่มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ พอใจที่สถานพยาบาลตั้งใกล้บ้าน และพอใจในความสะอาดในการ

ให้บริการ นอกจากนี้ยังกล่าวว่าการจัดบริการภายใต้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนให้แก่สถานบริการจัดการเองทำให้สถานพยาบาลต้องรับความเสี่ยงด้านการเงินที่เกิดจากการให้บริการ การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดแรงจูงใจในการควบคุมต้นทุนก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการบริการทางสุขภาพ ซึ่งเมื่อเทียบกับการบริหารด้านการเงินของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน มีการใช้ระบบการจ่ายเงินคืนให้แก่สถานพยาบาลในรูปแบบของการจ่ายตามความกลุ่มโรค (DRG) ซึ่งเป็นภาระกระตุ้นให้สถานพยาบาลให้การดูแลภายใต้ระบบคุณภาพมากขึ้น ทำให้คุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ อยู่ในระดับที่เป็นที่พอใจ

3. การประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประเด็นย่อยที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนประเด็นย่อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ จากการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย แต่ละกลุ่มกิจกรรมได้รับความสนใจเข้าร่วมจากประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังทั้งที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆของชุมชน และมีความรู้สึกชอบกิจกรรมที่ชุมชนสถาบันฯจัดขึ้น ถึงร้อยละ 97.3 โดยกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้สนใจเข้าร่วมมากที่สุด ส่วนผู้ที่ให้เหตุผลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพต่างๆที่จัดในชุมชน บอกว่าไปไม่ไหวสุขภาพไม่แข็งแรง เดินไม่สะดวกและต้องอาศัยผู้อื่นพาไป ประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล พฤติกรรมที่แสดงออกจากการเข้าร่วมกิจกรรมค่อนข้างชัดเจน แต่ละกลุ่มมีแกนนำเข้าร่วมทำให้การดำเนินกิจกรรมค่อนข้างสร้างความตื่นตัวให้กับสมาชิก สอดคล้องกับทรงสุธา ไตรปรกรณ์ กุศล (2545.)นำกระบวนการแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเข้าแก้ไขปัญหาสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน พบว่าได้ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวในการพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาในชุมชนมากขึ้น มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แต่พบว่ากระบวนการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังนั้นยังพบความขัดแย้งของกลุ่มอำนาจในชุมชน และปัญหาที่เลือกมีความยากและความซับซ้อนซึ่งเชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและค่านิยมในกลุ่มเยาวชน บทเรียนในการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติคือ ความเข้าใจในการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติที่ถูกต้อง ความตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทผู้วิจัยในฐานะผู้สนับสนุน

เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาสถานการณ์ของชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย สิ่งที่สำคัญคือการติดตามประเมินผลหลังการจัดกิจกรรม การวัดผลลัพธ์การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนั้น มีปัจจัยแทรกซ้อนหลายประการ ทั้งจากสภาวะสุขภาพ ความพิการ ประชาชนภาพรวมเป็นผู้สูงอายุ การขาดครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุน ดังนั้นการดูแลสุขภาพตามที่คาดหวัง จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ นั้นสามารถครอบคลุมปัญหาด้านสุขภาพและตอบสนองความต้องการการเข้าใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเพียงผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ในชุมชนบางส่วนที่อาจเข้าถึงบริการได้ไม่เต็มที่ ด้านคุณภาพการบริการในภาพรวมการบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถือว่าประสบความสำเร็จในการดูแลด้านสุขภาพของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในชุมชน ในภาพรวมของการประเมินมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การจัดบริการด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรบางกลุ่มเช่นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ถึงแม้จะสามารถถ่ายโอนเป็นชุมชนปกติได้ แต่ข้อจำกัดของความพิการยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ จึงควรสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามศักยภาพของกลุ่มประชากร
2. ส่งเสริมให้มีการบริการเชิงรุกในพื้นที่มากขึ้น โครงการต่างๆที่เข้าถึงกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาส พิจารณา อาจต้องจัดทำเป็นแผนในระดับนโยบายต่อไป
3. ข้อจำกัดในการเลือกสถานพยาบาล หรือ การใช้ระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิถึงหน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า ควรมีการยืดหยุ่น สามารถส่งต่อข้ามเครือข่ายได้
4. การกำหนดนโยบายในการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์อาจต้องพิจารณาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลจากครอบครัว ซึ่งมีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
5. ในกรณีของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ที่ไม่มีทั้งรายได้และครอบครัวที่ดูแล ควรพิจารณาเรื่องสิทธิในการรับเบี้ยสงเคราะห์ต่างๆที่รัฐบาลจัดให้ เช่นการรับเบี้ยสงเคราะห์ผู้พิการ การรับเบี้ยสงเคราะห์ผู้สูงอายุ หรือการรับเบี้ยยังชีพ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1. การปรับโครงสร้างพื้นฐานในการดูแลชุมชน ช่วยให้การถ่ายโอนภารกิจในการดูแลชุมชนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเป็นไปได้อย่างขึ้น ขอเพียงต้องมีความชัดเจนการบริหารจัดการรวมทั้งผู้รับผิดชอบ
2. การเตรียมบุคลากรสำหรับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน ควรระบุกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ของนิคมโรคเรื้อนที่ต้องการการดูแลพิเศษ
3. ควรส่งเสริมการประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้ในเรื่องสิทธิต่างๆของผู้ป่วยโรคเรื้อน เช่นสิทธิผู้พิการ ผู้สูงอายุ รวมทั้งการช่วยเหลือในการขึ้นทะเบียนสิทธิ การเตรียมเอกสาร การรับเบี้ยสงเคราะห์ต่างๆ
4. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขึ้นอยู่กับความพร้อมในหลายๆส่วนถ้าเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถประสานงานหรือเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ ย่อมทำให้ความเจริญของสาธารณูปโภคต่างๆ ขยายการพัฒนาเข้ามาในชุมชนได้
5. ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเรื้อนและการติดต่อให้กับชุมชนภายนอกมากขึ้น มากกว่าการจัดงานวันราชประชาเพียงปีละครั้ง

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ให้บริการ

1. การให้บริการเชิงรุกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน โดยเฉพาะการทำแผลเรื้อรังที่เท้า การเดินทางไปหน่วยบริการถึงแม้ระยะทางจะไม่เป็นอุปสรรคในการเดินทางเข้าถึงแหล่งบริการ แต่อาจเกิดปัญหาให้กับเท้าที่ขา และแผลที่อาจเกิดการอักเสบได้ง่ายจากการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง
2. การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีการประสานงานที่ดี การได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน จะเกิดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน
3. การประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนที่มาร่วมรับบริการในพื้นที่ของชุมชนราชประชาสามาลัย ให้เข้าใจโรคเรื้อนและการติดต่อสามารถลดตราบาปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ลงได้
4. พฤติกรรมการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เป็นแม่แบบให้กับประชาชนทั่วไป ที่จะลดความรังเกียจ สร้างความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติ หรือความเชื่อที่ผิดๆต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนลงได้
5. การส่งเสริมและสร้างกำลังใจให้กับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จะสามารถช่วยผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประเด็นการบริการสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การรับรู้ ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพที่ใกล้ตัวประชาชนที่ให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ
2. ศึกษาผลกระทบด้านอื่นๆจากการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพลงปฏิบัติในชุมชน เช่น การให้บริการผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในระดับประเทศ ผลกระทบด้านการบริหารจัดการด้านการเงิน การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต่างๆจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
3. ศึกษาบทบาทของสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ที่เปลี่ยนไปตามกระแสการจัดการระบบสุขภาพ
4. ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการถ่ายโอนภารกิจในการดูแลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์; และคณะ. (2551). *วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคม และมานุษยวิทยาการแพทย์ สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- จันทิมา มงคลอุปถัมภ์. (2546). *รูปแบบของการบริหารงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่คัดสรรสองแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาล). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ชวลิต กิจพิบูลย์. (2546). *การประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล นายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์ รป.ม. (รัฐศาสตร์). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ชัยวุฒิ บัณฑิต; และคณะ. (2550). *ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อประสิทธิภาพของงานควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรังใน 12 จังหวัดที่มีความชุกสูง (อัตราความชุกสูงกว่า 0.5ต่อประชากร1หมื่นคน) ในปี พ.ศ. 2544 – 2548*. กรุงเทพฯ: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2551). *มองความพิการผ่านแนวคิดและทฤษฎี*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- ทวีศักดิ์ สุททากิน. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ทรงสุดา ไตรปรกรณ์กุล. (2545). *กระบวนการนำความคิดเห็นมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาล). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทรงพล ต่อณี; และคณะ. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมกรเจ็บป่วยของประชาชนในเขตชนบท: กรณีศึกษาในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตยา กานตารัมภ์. (2546). *การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินการโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาล). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา จันท์เรือง มหาผล. (2549). *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทห่างไกลโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เนตรนภา ขุ่มทอง. (2550). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ณรงค์ สายวงศ์; และคณะ. (2549). ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- บังอร คนกลาง. (2546). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโรคติดต่อ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (การบริหารสาธารณสุข) ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปภัสพร พันธุ์จุ่ม. (2546). แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) โซน 3 จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ร.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์; และคณะ. (2543). นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- พลิษฐ์ เป้นเหมือน. (2542). ประสิทธิภาพการบริการสุขภาพสำหรับผู้ด้อยโอกาสในจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานการวิจัย. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พัลลภสุตา โรจน์ทองคำ. (2546) ประสิทธิภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีสังวร.
- พิสนุ พงศ์ศรี. (2549). เทคนิควิธีประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์งาม.
- พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข; และทัศนีย์ สุรกิจโกศล. (2542). เวชปฏิบัติครอบครัวยุทธศาสตร์สุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- เมธี จันท์จากรุณ. (2541). วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. ชลบุรี: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง.
- รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์. (2350). ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ ศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัยกรุงเทพมหานคร.
- รุจิรา มังคละศิริ. (2541). การประเมินผลคุณภาพบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. (2542). การวางแผนประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรเดช จันทรศร. (2548). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สหยาบลิ้งก์และการพิมพ์.
- วิจิตร ระวิวงศ์; และคณะ. (2541). รายงานวิจัยการประเมินสถานภาพองค์ความรู้จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

- วิทยา กุลสมบูรณ์; และอุษาวดี มาลีวงศ์. (2549). *ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่: กรณีศึกษาคลินิกรัฐบาลอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร; และคณะ. (2549). *ศึกษาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทยประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูง*. รายงานการวิจัยกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนอง; และอัญชญา ณ ระนอง. (2545) การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิภาวรรณ ช่อม. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การครอบครัว). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีพิจิตร ธาตุเพชร. (2543). *เหตุผลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพในการใช้บริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลชุมชนด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ที่สถานอนามัย ในเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีสุนทร วิระยะวิภาต. (2548). *การศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเรื้อน นิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น*. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย. 3: 1.
- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์; และคณะ. (2549, กันยายน-ธันวาคม). พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย. 2(3): 217-227.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2548). *การเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการระหว่าง Thai Airway International กับ Singapore Airline*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2544). *หวังใช้-ผลักใช้-ดูดีใช้ความหวังโยทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดน่าน*. เอกสารวิชาการสาธารณสุข. 10(2): 205-125.
- สงกรานต์ ภูพุกก์; และคณะ. (2544). *การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนันทา ยอดแฉกร. (2551). *การประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท บธ.ม. (การจัดการองค์กรเภสัชกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สุรางค์ศรี คีตมโนชญ์; และคณะ. (2549). *ศึกษาปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ; และคณะ. (2550). *การมีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพระดับชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจะนะ กับศูนย์สวัสดิการสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิมล ตีรกานนท์. (2543). *การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิเทศ ไชยกุล. (2546). *ศักยภาพของชุมชนกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กรณีศึกษาชุมชนตำบลสันป่าเป้า อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2551). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมชาติ โตรักษา. (2545). *เอกสารวิชาการ สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย ชุดที่ 13 การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มรูปแบบ*. กรุงเทพฯ: พี.เอ็น.
- สมคิด พรมจ้อย. (2552). *การเขียนรายงานการประเมินโครงการ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2552). *แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อรทัย เขียวเจริญ; และคณะ. (2549). *ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการของสถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดพิษณุโลก*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- อุทัย ศิริโสภณภักดิ์. (2547). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกิ่งอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- Israel, B.A., Checkoway, B., Schulz, A.; & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual. *Organization, and community control. Health Education Quarterly*. 21(2): 149-170.
- Lawrence W. Green; & Marshall W. Kreuter *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- Lu Ann Aday; & Ronald Andersen. (1984). *A Framework for the Study of Access to Medical Care*. Center for Health Administration Studies. Chicago: University of Chicago, 5720 Woodlawn Avenue.

Mayfield Publishing. (2000). *Mountain View California*. 2nd edn. Sally L. Lusk, PhD, RN, FAAN Associate Professor Director, Occupational Health Nursing The University of Michigan Ann Arbor, Michigan, 2000.

Pender, N.J. (2001). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4rd ed. New Jersey: Prentice Hall.





ภาคผนวก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
การประเมินบริการด้านสุขภาพในชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

รองศาสตราจารย์ ดร.เชิดศักดิ์ โฆवासินธุ์	สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.อุไร จักตรีมงคล	สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.นฤมล ใจดี	นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันราชประชาสมาสัย
เยาวนิตย์ ตั้งประดิษฐ์	พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย
พิมพ์ ชินรุ่งโรจน์	หัวหน้างานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3





ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล นางจรรยา สร้อยน้ำทิพย์
 วันเดือนปีเกิด 13 ธันวาคม 2507
 สถานที่เกิด จังหวัดสมุทรปราการ
 ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน งานประสานสิทธิประโยชน์ สถาบันราชประชาสมาสัย
 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2523 ระดับมัธยมศึกษา
 จาก โรงเรียนราชประชาสมาสัย ฝ่ายมัธยมชดากิเชก
 ในพระบรมราชานุเคราะห์ จังหวัดสมุทรปราการ
 พ.ศ. 2527 ระดับอนุปริญญา
 จาก วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี
 พ.ศ. 2531 ระดับปริญญาตรี
 จาก วิทยาลัยบรมราชชนนีลำปาง จังหวัดลำปาง
 พ.ศ. 2555 ระดับปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วิทยาการการประเมิน)
 จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ