

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ: การทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมเชิงบรรยายอย่างเป็นระบบ

Acessibility Enhancing Urban Primary Care Service Systems: Systematic Review and Narrative Synthesis

บุษบา สวงวนประสิทธิ์*¹ นันทิยา ปรีชาเสถียร¹ เกตุรินทร์ บุญคล้าย¹ อารีย์ แสงรัศมี¹

BoosabaSanguanprasit* Nuntiya Preechasathien¹ Ketnarin Boonklai¹ Aree Sangrasamee¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10230

¹Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira Bangkok Thailand 10230

บทคัดย่อ

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ซึ่งเป็นผลจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของเขตเมือง ทำให้โครงสร้างพื้นฐานและบริการต่าง ๆ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเอกสาร งานวิจัยและโครงการ การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองที่สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์วิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้บริการ และเสนอข้อคิดเห็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองของประเทศไทย เอกสารที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยโครงการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่มีการประเมินผลเป็นรูปธรรมและมีการเผยแพร่ระหว่างปี 2005 – 2018 จำนวน 9 โครงการ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงบรรยาย และการจัดกลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า วิธีการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิมีความหลากหลายแต่สามารถจัดเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) การเอื้อการเข้าถึงบริการ 2) การสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการ 3) การส่งเสริมการให้บริการ 4) การลดความจำเป็นในการรักษาพยาบาล 5) การควบคุมคุณภาพและการใช้ทรัพยากร องค์ประกอบสำคัญของแต่ละวิธีการคือการทำงานแบบเครือข่ายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และทุกระดับ ความหลากหลายของวิธีการเหล่านี้ ขึ้นอยู่กับบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง และระดับการพัฒนาทางด้าน เศรษฐกิจและการศึกษาของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: เขตเมือง ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การเข้าถึงบริการ

Corresponding Author:* E-mail: boosaba@bcnnv.ac.th

ทุนวิจัยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

วันที่รับ (received) 4 ม.ค. 62 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 เม.ย. 62 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 พ.ค. 62

Abstract

Accessibility to primary care services in urban areas remained an important public health problem in Thailand. Main factor contributing to this problem was fast growing urbanization, resulting in inadequate infrastructure and public services. This study aimed to systematically review research studies and projects relating to provision of primary care services in urban areas which successfully increased people's accessibility; to analyze promoting methods used in these studies and projects; and to make recommendations on improving urban primary care service systems in Thailand. Nine officially evaluated research articles and projects in both developed and developing countries, published during 2005 – 2018 were included in the study. Systematic review and narrative analysis were used for data analysis. The results revealed five classified diverse methods used to increase the accessibility and utilization of primary care services in the urban areas; these were facilitating the accessibility, motivating the utilization, promoting methods, reducing needs for treatment, and quality control and cost containment. The most important element that was an integral part of all methods was the participation of all sectors: public, private, NGOs, community, and family, and at all levels. It was found that the methods used in these studies depended on social, cultural and political contexts and the levels of economic and education advancement of each area.

Keywords: urban areas, primary care service system, accessibility

บทนำ

การขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็วทั่วโลกทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความไม่เพียงพอของที่อยู่อาศัย โครงสร้างพื้นฐานและบริการต่าง ๆ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา องค์การต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นองค์การอนามัยโลก World Bank, USAID, และ UN-HABITAT¹ ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง ได้ร่วมกันกำหนดหลักการการพัฒนาระบบบริการในเขตเมืองเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่ม ซึ่งมีหลักการสำคัญคือการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชนและชุมชนโดยมีหน่วยงานด้านสุขภาพเป็นแกนนำในการดำเนินการ การเสริมพลังคนในชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและใช้บริการได้ถูกต้อง และการกระจายอำนาจการให้บริการลงสู่องค์กรปกครองท้องถิ่น^{2,3}

ประเทศไทยก็กำลังเผชิญปัญหานี้เช่นกัน แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีการจัดระบบบริการสุขภาพในเขตเมืองที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ แต่พบว่าประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองบางกลุ่ม ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่นกลุ่มเด็ก 0-5 ปี มีอัตรา

การได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และการให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว ประชาชนบางส่วนขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้รับบริการจำนวนมากไปรับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิโดยไม่จำเป็นก่อให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการเฉพาะทางเสียโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครซึ่งไม่มีโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อระดับปฐมภูมิ และมีจำนวนสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิของภาครัฐเพียงร้อยละ 29 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 1-4 การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐไม่ครอบคลุมพื้นที่ ความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ต่างสังกัดมีน้อย ทำให้ไม่สามารถวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง²⁻⁵ เนื่องจากความซับซ้อนและความหลากหลายทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน การคมนาคม สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบสำเร็จรูปในการจัดระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถใช้ได้ในทุกสถานการณ์ ดังนั้นการศึกษาวเคราะห์ระบบบริการปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการเข้าถึงในเขตเมืองจะทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เอกสารโครงการ งานวิจัยการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองที่สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของต่างประเทศและประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองสำหรับประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. รวบรวมเอกสาร งานวิจัย หรือโครงการที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองที่สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ หรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. ศึกษา วิเคราะห์วิธีการในการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองที่สามารถเพิ่มอัตราการใช้บริการ
3. เสนอข้อคิดเห็น แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองสำหรับประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยใช้คุณลักษณะสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ดี ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ (coverage) ซึ่ง ประกอบด้วย การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนจนถึงการรักษาในสถานบริการและการฟื้นฟู (comprehensiveness) มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity) ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน (people-centeredness) มีการบริการแบบเครือข่าย (health service network) และการควบคุมคุณภาพ (accountability and efficiency)⁶

คำจำกัดความ

เขตเมือง มีคำจำกัดความที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ยึดคำจำกัดความที่ระบุใน Demographic Yearbook, 2009 – 2010 สำหรับประเทศไทยกำหนดว่าเป็นเขตเทศบาล⁷

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจนถึงการฟื้นฟูตามความต้องการของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การเข้าถึงบริการหมายถึงความสามารถของผู้รับบริการในการใช้บริการปฐมภูมิได้โดยไม่มีอุปสรรค ซึ่งวัดจากอัตราการใช้บริการ ความพึงพอใจในบริการ

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ โดยวิธีการการบรรยาย (Systematic review and Narrative synthesis)⁸

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เลขที่ COE No. 01/2561 (ERB No. 14/2561)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูล การสืบค้นข้อมูล และการคัดเลือกเอกสารเพื่อการศึกษา มีวิธีการดังนี้

1. ค้นผ่าน Search engine เช่น google.com เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพที่ไม่อยู่ในฐานข้อมูล เช่นรายงานประจำปี เอกสารขององค์กรต่างๆ เช่นองค์การอนามัยโลก เป็นต้น เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และจัดทำแบบบันทึกข้อมูล

2. จาก Databases ได้แก่ Pubmed, Scopus, Cochrane library, CINAHL, Thai Index Medicus, Thai thesis database, Knowledge Bank/Digital Library/ Knowledge Center ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข WHO repository ฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และการสืบค้นด้วยมือ

3. คำสำคัญที่ใช้คือ urban, health, health care, health service, primary care, primary health care, primary medical care, innovation health systems, เขตเมือง, ความเป็นเมือง, ระบบสุขภาพในเขตเมือง, ระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง, นวัตกรรม การจัดบริการในเขตเมือง และใช้คำเชื่อมในการสืบค้นเอกสารในฐานข้อมูล เช่น AND,

OR และ, หรือ เพื่อให้ได้เอกสารที่ครอบคลุม

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร 1) เป็นบทความวิชาการ ทั้งประเภทบทความวิจัยและโครงการทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่เป็นการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง 2) มีการประเมินผลโครงการ 3) สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึง บริการปฐมภูมิและ/หรือลดความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ 4) ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี 2005 – 2018

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพของเอกสารที่จะนำมาใช้ในการศึกษา ใช้กรอบการประเมินโครงการของ EPPI⁹ ซึ่งประกอบด้วยความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยประเมินเป็นระดับสูง คือเอกสารที่ได้รับการประเมินระดับสูงทั้งสามประเด็น ระดับกลาง มีประเด็นใด ประเด็นหนึ่งได้รับการประเมินปานกลาง ระดับต่ำ มีประเด็นใด ประเด็นหนึ่งได้รับการประเมินระดับต่ำ เอกสารที่จะนำมา ศึกษาต้องมีคุณภาพอย่างน้อยในระดับปานกลาง คือ ไม่มี ประเด็นใดที่ได้รับการประเมินในระดับต่ำ

2. แบบบันทึกข้อมูล โดยนำกรอบแนวคิดการวิจัย มาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นในการบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยวิธีการในประเด็นต่าง ๆ คือ 1) การจัดบริการ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงเข้าถึงบริการ 2) ความต่อเนื่องในการให้ บริการ 3) ความร่วมมือระหว่างองค์กรและกับชุมชนในการให้ บริการ 4) การควบคุมคุณภาพในการให้บริการ

การคัดเลือกเอกสารเพื่อใช้ในการทบทวน

ก่อนดำเนินการคัดเลือกเอกสาร นักวิจัยซักซ้อม ความเข้าใจและทดสอบความตรงในการประเมินคุณภาพ เอกสารและการบันทึกข้อมูลร่วมกัน การคัดเลือกมีขั้นตอน ดังนี้ 1) นักวิจัยทุกคนร่วมกันค้นเอกสารจากฐานข้อมูลโดยใช้ คำสำคัญและนำเอกสารมารวมกันเพื่อคัดเอกสารที่ซ้ำซ้อน ออกไป 2) จากเรื่องที่คิดว่านักวิจัยทุกคนอ่านบทคัดย่อเพื่อคัด เลือกเรื่องซึ่งไม่เข้าข่ายการศึกษาออก 3) นักวิจัยทุกคนอ่าน บทความฉบับเต็มอย่างเป็นอิสระต่อกัน เพื่อคัดเลือกเอกสารโดย การใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด แล้วนำรายการที่แต่ละคน คัดเลือกไว้มาร่วมกันเพื่อตัดสินใจในการคัดเลือกเอกสารร่วมกัน เป็นขั้นตอนสุดท้าย ตามภาพที่ 1

การบันทึกข้อมูล ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบไว้ ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานของโครงการ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อองค์กร

หน่วยงานหรือบุคคลที่รับผิดชอบโครงการ/งานวิจัยนั้น วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย วิธีการที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้ บริการ และตัวชี้วัดผลสำเร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์โดยการบรรยาย (Systematic Review and Narrative Synthesis) ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการทบทวน เอกสาร/งานวิจัยอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์ผลการวิจัย โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่ม เพื่อสรุปและอธิบาย ข้อค้นพบ ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในกรณีที่ใช้การวิเคราะห์ห่อถัก ทางด้านสถิติ (Meta-analysis) ไม่เหมาะสมกับข้อมูล เนื่องจากความหลากหลายของวิธีการดำเนินโครงการ และตัวชี้ วัดผลลัพธ์การดำเนินการ⁸ โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

นักวิจัยแต่ละคนอ่านเอกสารที่คัดเลือกมาในขั้นตอน สุดท้ายทั้งหมดอย่างเป็นอิสระต่อกัน เพื่อศึกษาและบันทึก รายละเอียดการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อรวบรวมวิธีการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิ แล้วจัดกลุ่มวิธีการในการให้บริการ นำผลที่ได้มาจัดทำข้อเสนอ เน้นการจัดบริการในพื้นที่เขตเมืองของประเทศไทย

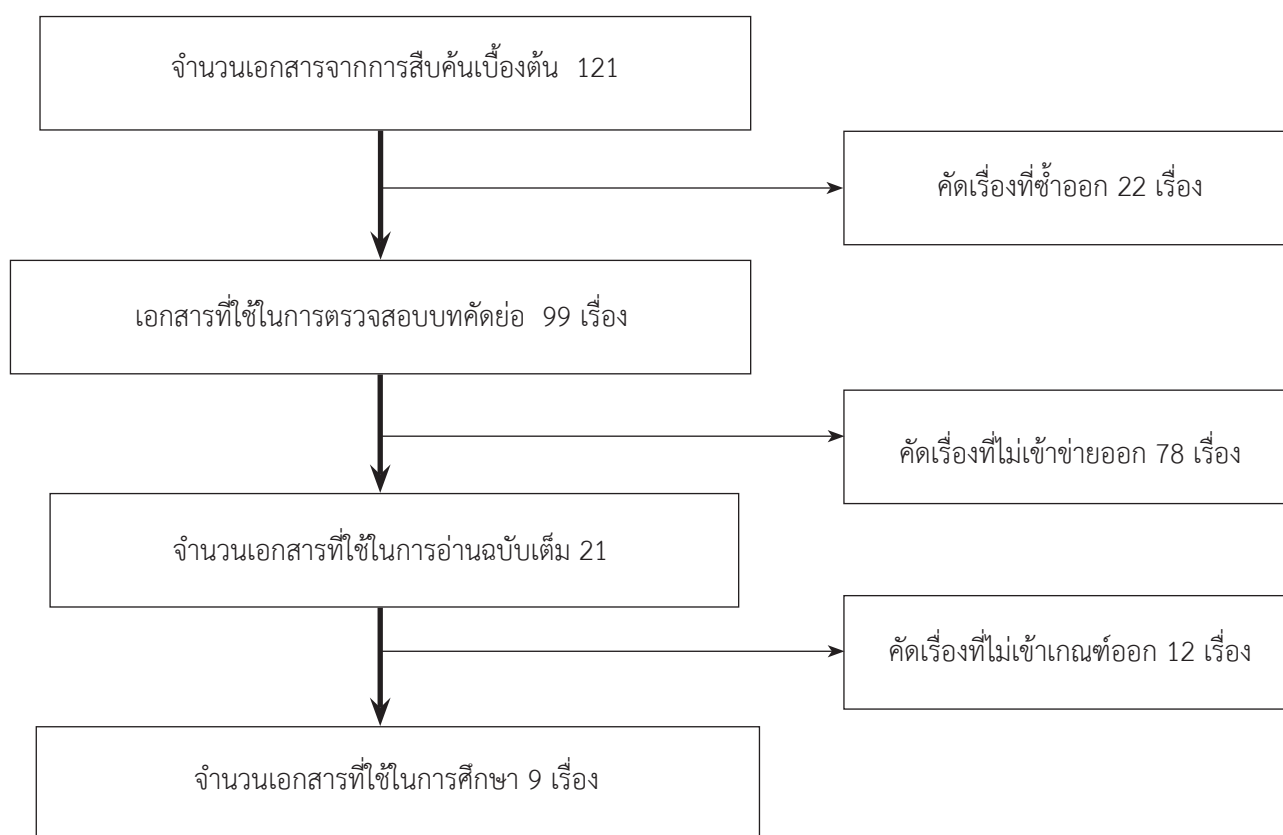
ผลการวิจัย

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยการใช้ คำสำคัญและคำเชื่อม พบเอกสาร โครงการและงานวิจัยทั้งหมด 121 เรื่อง หลังจากตรวจสอบเบื้องต้น พบว่ามีเรื่องที่ซ้ำกัน 22 เรื่อง เหลือเรื่องที่ใช้ในการอ่านบทคัดย่อจำนวน 99 เรื่อง จากจำนวนนี้พบว่า 72 เรื่อง เป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการ เป็นความคิดเห็นของนักวิชาการ หรือเป็น บทบรรณาธิการเป็นต้น เหลือเรื่องที่ใช้ในการอ่านเอกสาร ฉบับเต็ม จำนวน 21 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นเรื่องที่ไม่เข้าเกณฑ์ การคัดเข้า เช่นเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ไม่มีการประเมินผล และเป็นบริการเฉพาะทาง จำนวน 12 เรื่อง เหลือเอกสาร ที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 9 เรื่อง ซึ่งได้รับการประเมินคุณภาพ ของเอกสารในระดับสูง 5 เรื่องและระดับกลาง 4 เรื่อง

เป็นโครงการที่ให้บริการแก่ชนกลุ่มน้อย จำนวน 2 โครงการ คือการจัดบริการให้แกชนกลุ่มน้อยในเมืองอินลา ประเทศออสเตรเลีย และแก่ผู้อพยพในเมืองโมอามี เดด^{10, 11} โครงการที่ให้บริการทั่วไปแต่เน้นการให้บริการกลุ่มแม่และเด็ก

2 โครงการคือบังกลาเทศ และอินเดีย^{12, 13} ส่วนอีก 5 โครงการเป็นการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ได้แก่ Henry Ford ในเมืองดีทรอยต์¹⁴ Zhengjian และ Luohu ประเทศจีน^{15, 16} โอมาฮา¹⁷ และโรงพยาบาลแพร่ ประเทศไทย¹⁸ ทุกโครงการมีความร่วมมือกับเครือข่าย ภาครัฐ เอกชน และชุมชน 8 โครงการมีข้อมูลในเรื่องความต่อเนื่องของการให้บริการ และเป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของชุมชน และ 5 โครงการมีมาตรการควบคุมกำกับคุณภาพ

วิธีการที่ใช้ในการวัดความสำเร็จของโครงการ ประกอบด้วย การวัดเชิงปริมาณ ได้แก่ อัตราผู้รับบริการ จำนวนผู้รับบริการ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ การขยายบริการ และจำนวนผู้ให้บริการ การวัดเชิงคุณภาพ ได้แก่ อัตราการเกิดโรค อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกระบวนการสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร

วิธีการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนเอกสาร โครงการ งานวิจัยอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์เชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของพื้นที่ในการให้บริการจำแนกออกเป็นสามแบบคือ

1. พื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่ที่มีการพัฒนาและความซับซ้อนทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมสูงและหลากหลาย¹⁴⁻¹⁶
2. การให้บริการในพื้นที่เขตเมืองที่มีระดับการพัฒนาปานกลาง และมีความซับซ้อนทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมไม่มากนัก^{13, 14, 17, 18}
3. การให้บริการในพื้นที่เขตเมืองสำหรับผู้ด้อยโอกาสเช่น ชนกลุ่มน้อย ผู้ยากไร้^{10, 11}

วิธีที่ใช้ในการส่งเสริมการใช้และการเข้าถึงบริการของโครงการเหล่านี้มีความคล้ายคลึงและแตกต่างหลากหลายสามารถจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1. การเอื้อการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย การเพิ่มจำนวนสถานบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ และกำหนดพื้นที่การให้บริการของแต่ละแห่งอย่างชัดเจน^{13, 17} การจัดบริการแบบ Satellite มีเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิอยู่ในรัศมีที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกต่อการเชื่อมต่อกับสถานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ^{14, 16} การคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลในระดับทุติยภูมิ และที่สามารถรับการรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิ เพื่อเป็นการกระจายผู้ป่วยสู่สถานบริการปฐมภูมิและลดความแออัดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ¹⁸
2. สร้างแรงจูงใจในการใช้บริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการปฐมภูมิ โดยเพิ่มเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการให้บริการเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับชุมชน^{10, 16, 17} จัดให้มีและใช้ยาเช่นเดียวกับสถานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่ราคาถูกกว่า¹⁶ พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ปฐมภูมิในด้านการรักษาและการสื่อสารเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ^{10, 12, 18}
3. ส่งเสริมการใช้บริการ โดยการประชาสัมพันธ์และชี้แจงบริการของสถานบริการปฐมภูมิให้ทราบทั่วกันโดยเจ้าหน้าที่^{10, 18} และแกนนำในชุมชน¹² ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการปฐมภูมิมายังสถานบริการทุติยภูมิได้รับความสะดวกในการรับบริการมากกว่าผู้ที่มารับบริการที่สถานบริการทุติยภูมิโดยตรง^{16, 18}
4. ลดความจำเป็นในการรักษาพยาบาล โดยการยกเลิก Fee-for-service ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับปริมาณ

การให้บริการและเพิ่มงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ลดอัตราการจ่ายเงินประกันสุขภาพคืนให้แก่ผู้ป่วยใน¹⁶ สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ชุมชนในทุกด้านโดยการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวมโดยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ¹⁴ สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและการปรับพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน^{12, 17}

5. การควบคุมคุณภาพและการใช้ทรัพยากรโดยใช้ระบบประกันสุขภาพแบบ Co-payment ระหว่างบุคคล รัฐและหน่วยบริการ กำหนดมาตรฐานค่าบริการรักษาพยาบาลตามระดับของสถานบริการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น และควบคุมคุณภาพการบริการ¹⁵ ส่วนบังกลาเทศและอินเดีย^{12, 13} มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของหน่วยบริการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทุกโครงการ มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน หรือภาครัฐกับองค์กรเอกชนหรือชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ยกเว้นดีทรอยต์ซึ่งมีความร่วมมือกับภาคที่อยู่นอกเหนือด้านสุขภาพ เช่นการศึกษา กฎหมายและบริการสังคมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์ เอกสาร งานวิจัยการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เขตเมืองที่สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยการบรรยาย (Systematic review and Narrative analysis) จากเอกสารที่สืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ทั้งหมด 121 เรื่อง หลังจากการคัดกรองและตรวจสอบคุณภาพมีเอกสารที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 9 เรื่อง ในจำนวนนี้ได้รับการประเมินคุณภาพในระดับดี 5 เรื่องและระดับปานกลาง 4 เรื่องเป็นโครงการที่ให้บริการแก่ชนกลุ่มน้อย และโครงการที่เน้นการให้บริการกลุ่มแม่และเด็กกลุ่มละ 2 โครงการ ส่วนอีก 5 โครงการเป็นการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป วิธีการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิมีความหลากหลายแต่สามารถจัดเป็นกลุ่มดังนี้ 1) การเอื้อการเข้าถึงบริการ 2) การสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการปฐมภูมิ 3) การส่งเสริมการใช้บริการ 4) การลดความจำเป็นในการรักษาพยาบาล 5) การควบคุมคุณภาพและการใช้ทรัพยากร

วิธีการดำเนินงานที่ใช้โดยโครงการต่าง ๆ เหล่านี้

สอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก ทั้งในเรื่องการสร้าง ความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ การเสริมพลัง ชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างความร่วมมือ ระหว่างภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะความร่วมมือของภาคส่วน ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรเอกชน ชุมชน และประชาชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทั้งห้ากลุ่มวิธีการ สอดคล้องกับ การศึกษาในเมืองใหญ่ในยุโรปที่พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคคล กลุ่มคนและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการดำเนิน โครงการมีความสัมพันธ์กับความเท่าเทียมทางด้านสุขภาพของ ประชาชน¹⁹ ความแตกต่างของวิธีการที่ใช้ ขึ้นอยู่กับบริบททาง ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การปกครอง และโครงสร้าง พื้นฐานในแต่ละพื้นที่ เช่น ในการเอื้อการเข้าถึงบริการและการ สร้างแรงจูงใจ ในพื้นที่ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีหรือได้รับ การสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศ ใช้วิธีการเพิ่มจำนวนสถานบริการ เพิ่มเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย^{13, 17} หรือจัดบริการแบบเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ใน รัศมีที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกต่อการเชื่อมต่อกับสถาน บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ มีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้หน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูล^{14, 16} ส่วนพื้นที่ที่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณใช้วิธีอื่น เช่น การคัดแยก ผู้ป่วยออกเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในระดับทุติยภูมิ และผู้ป่วยที่สามารถรับการรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร¹⁸ และการกำหนดราคายาที่ ถูกกว่า¹⁶

ในการส่งเสริมการใช้บริการ อินาลา¹⁰ ซึ่งเป็นชุมชน พื้นที่ที่ย้ายเข้ามาอยู่ในเมืองใหญ่ยังยึดโยงอยู่กับวัฒนธรรม เดิม คือการให้ความนับถือผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการจึงใช้การสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อส่งเสริมการใช้บริการ ขณะที่บังกลาเทศ¹² ให้ความสำคัญกับแพทย์และผดุงครรภ์ โบราณในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมบริการและการ อบรมนักเรียนให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ความรู้ แก่ชุมชน

จีนเป็นประเทศสังคมนิยม ใช้วิธีการปฏิรูประบบ การประกันสุขภาพและการยกเลิกนโยบายการให้ค่าตอบแทน การบริการ (Fee-for-Service) แก่แพทย์เพื่อเป็นการควบคุม คุณภาพและค่าใช้จ่าย รวมถึงการเพิ่มความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและลดความจำเป็นในการใช้บริการ^{15, 16} ขณะที่พื้นที่อื่น ๆ ใช้การปรับพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค^{10, 11, 12, 14, 17}

ผลการศึกษา¹¹ แสดงให้เห็นว่า วิธีการที่จะใช้ในการ ส่งเสริมการเข้าถึงและใช้บริการปฐมภูมิในเขตเมืองนั้น ต้องคำนึงถึงโครงสร้างพื้นฐาน สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ และปัจจัย สำคัญของแต่ละองค์ประกอบก็คือ การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนตามบริบทของพื้นที่ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพ และข้อคิดเห็น ของ Faculty of Nursing Toronto, Canada ที่ระบุว่าภาวะ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการเมือง มีผลต่อการเข้าถึง และการใช้บริการสุขภาพของประชาชน^{5, 20}

ข้อเสนอแนะ

เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ของประเทศไทยตามที่ระบุข้างต้น คือ การเข้าถึงบริการ ส่งเสริมสุขภาพของคนบางกลุ่ม เช่น เด็กและผู้สูงอายุ ประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าวไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ อย่างทั่วถึง ประชาชนไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของสถานบริการ ปฐมภูมิ ทำให้เกิดความแออัดที่สถานบริการทุติยภูมิ โดยเฉพาะ ในกรุงเทพมหานครซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลรับ-ส่งต่อระดับปฐม ภูมิและทุติยภูมิไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ครั้งนี้ ที่สำคัญในภาพรวมคือการสร้างการมีส่วนร่วมอย่าง แท้จริงของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรเอกชน สถาบันการศึกษา ชุมชน และครอบครัว โดยภาครัฐต้องทำ ความเข้าใจกับเครือข่ายให้ชัดเจนถึงบทบาทภารกิจของแต่ละ ภาคส่วน^{12, 21, 22, 23} ในการสร้างความเข้มแข็งและความรอบรู้ ด้านสุขภาพแก่ชุมชน ลดความจำเป็นในการใช้บริการการรักษา ของประชาชนและ การดูแลต่อเนื่อง

ในเขตเมืองใหญ่ที่มีโครงสร้างพื้นฐานซับซ้อน รวมถึงการคมนาคมที่แออัดคับคั่ง เช่น กรุงเทพมหานครซึ่งมี สถานบริการภาครัฐไม่เพียงพอ การให้บริการโดยหน่วยงานของ ภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้บริการควรเป็นการให้บริการ แบบกลุ่ม (Primary Care Cluster) และการมีระบบการส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาการเดินทาง โดยความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ เอกชน และองค์กรเอกชน และชุมชน รวมถึง การแพทย์ทางเลือกและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งนอกจากจะ ทำหน้าที่ในการให้บริการแล้ว ควรมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิต่าง เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ

ตำบล มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของชุมชน ควรมีการนำระบบข้อมูลข่าวสารที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกลุ่มบริการ เพื่อการบริหารจัดการให้ตรงจุดให้มีบริการก่อนและหลังเวลาทำการ เพื่อเอื้อให้คนที่ทำงานเข้าถึงบริการได้โดยไม่เสียรายได้¹¹ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันและเพื่อให้การบริการมีความต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดที่น่าสนใจอีกประการ คือการฟื้นฟูโครงการการอบรมนักเรียนให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม น้อย) ซึ่งประเทศไทยเคยดำเนินการมาแล้วครั้งหนึ่ง ให้เป็นแกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพ¹² สิ่งสำคัญคือการโน้มน้าวให้ภาคเอกชนให้ความร่วมมือในการให้บริการ โดยเฉพาะ ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ^{12, 21}

ปัญหาการรับบริการในเขตเมืองประการหนึ่งคือการเลือกบริการ ประชาชนในเขตเมือง มักตรงไปรับบริการระดับทุติยภูมิแทนที่จะไปรับบริการที่ระดับปฐมภูมิมาก่อน เนื่องจากไม่มั่นใจในคุณภาพของการบริการระดับปฐมภูมิ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการและผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในด้านการรักษารวมถึงการรักษาเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับชุมชน จัดให้มีแพทย์เฉพาะทางให้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิเป็นระยะ รวมถึงการจัดให้มียาเช่นเดียวกับที่สถานบริการทุติยภูมิ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ มีการประชาสัมพันธ์ด้วยเทคโนโลยีหรือวิธีการที่เหมาะสมกับพื้นที่ถึงบริการที่มี^{10, 11} และควรพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Communication for Behavioral change)^{12, 24}

การให้บริการแก่แรงงานต่างชาติในเขตเมืองซึ่งมักมีปัญหาในเรื่องการสื่อสารและข้อขัดแย้งกับผู้รับบริการทั่วไป ควรมีศูนย์ให้บริการกลุ่มนี้โดยเฉพาะ เป็นบริการแบบ One-stop service รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งในสถานบริการและสถานประกอบการ โดยการสร้างความร่วมมือกับสถานประกอบการและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง^{10, 11}

ข้อจำกัดของการศึกษา

จำนวนเอกสารที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนจำกัด เนื่องจากการศึกษาการให้บริการระดับปฐมภูมิในเขตเมืองที่มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม มีจำนวนน้อย แต่อย่างไรก็ตาม โครงการที่นำมาศึกษาครั้งนี้มีความครอบคลุมพื้นที่การให้บริการ ที่สามารถตอบโจทย์ปัญหาการเข้าถึงและการใช้บริการปฐมภูมิในเขตเมืองของประเทศไทยได้ระดับหนึ่ง

References

1. WHO Centre for Health Development. Kobe Center. Global Forum on Urbanization and Health Report 15-17 November, 2010. Kobe: WHO/Kobe Center: 2010.
2. Koocharoenprasit S, Siriwanarangsun P. Primary Care Service System in Urban Setting: A case study in Bangkok area, B.E. 2560. Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand. 2018; 8(2): 182-190. (in Thai)
3. Boonsuya C, Suwanapong N. Health status of Bangkok residents: A comprehensive study project. Bangkok: Faculty of Public Health. Mahidol University; 2013. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Office of the Permanent Secretary of Public Health. General Health Information. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary; 2013. (in Thai)
5. National Health Commission Office. The 8th National Health Forum 13 November 2015. The Commission; 2015. (in Thai)
6. World Health Organization. Southeast Asia Region Office. Regional Consultation on Health of the Urban Poor 13-15 October 2010. SEA-HSD-345. New Delhi: WHO/SEARO; 2011.
7. UN-HABITAT. United Nations Human Settlements Programme. Cities and Climate Change: Global Report on Human Settlements. Washington DC: Earthscan; 2011.

8. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai I, Rodgers M, et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: A Product from the ESRC Methods Programme. Bailrigg: Lancaster University; 2006.
9. EPPI-Centre. Methods for conducting systematic reviews. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit. Institute of Education. University of London; 2006.
10. Hayman N E, While N E and Sparling G K. Improving Indigenous patients' access to mainstream health services: the Inala experience. Medical Journal of Australia. 2009; 190(10): 604-606.
11. Greer, P. Urban Clinic Provides Free, Bilingual Primary and Specialty Care to the Uninsured and Underserved of Miami-Dade County. Agency for Health Research and Quality. Rockville: MD; 2015.
12. Datta D, Kouletio M, and Rahman T. Developing urban health systems in Bangladesh in Participatory learning and action. Geneva: World Health Organization; 2005.
13. Bhat R, Mavalankar D, Maheshwari S, Saha S. Provision of Reproductive Health Services to Urban Poor through Public-Private Partnerships: The Case of Andhra Pradesh Urban Health Care Project W.P. No.2007-01-07. Indian Institute of Management. Ahmedabad: India; 2007.
14. Whitelaw N, Warden G, Wenzler M. Current Efforts towards Implementation of an Urban Health Strategy: The Henry Ford Health System. Journal of Urban Health Bulletin of the New York Academy Medicine. 1998; 75(2): 356-366.
15. Liu G G, Vortherms SA, Hong X. China's Health Reform Update. Annu. Rev. Public Health 2017; 38:431-48.
16. Wang X, Sun X, Birch S, Gong F, Valentijn P, Chen L, et al. People-centered integrated care in urban China. Bull World Health Organ. 2018; 96(12):843-852.
17. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Good practices in delivery of primary health care in urban settings: Oman. Community-Based Initiative Series 15. 2012: 23-37.
18. Kraikajonkiti J. The Effectiveness of the Improvement of the Out Patient Department of Prae Hospital and primary network. Proceeding in 3rd R2R Conference. 15 July 2010. (in Thai)
19. Ritsataakis A, Ostergren P, Webster P. Tackling the social determinants of inequalities in health during Phase V of the Healthy Cities Project in Europe. Health Promotion International. 2015;30(S1): i45 – i53.
20. Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit. Faculty of Nursing. University of Toronto. Fact Sheet: What Factors Can Influence Health Care Utilization?; 2019.
21. Pantaewan P. Nursing Role and Sustainable Development Goal (SDGs). Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(2): 33-43. (in Thai)
22. Udomlap R. Role of Nurse in Decrease Burden of Caregivers of Older Persons with Dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(2): 26-32. (in Thai)
23. Artsanthia J, Pomthong R. The trend of Elderly Care in 21st Century: Challenging in Nursing Care. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(1): 39-46. (in Thai)
24. World Health Organization/Southeast Asia Region Office. (2009). Self-care in the Context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation, Bangkok, Thailand. New Delhi: WHO/SEARO; 2009.