

๑.๒ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

- ประชากรที่จะต้องให้บริการ ๔ แสนคน จากการประมาณการหญิงตั้งครรภ์ ๑ ปี (การเกิดมีชีพจำนวน ๗๗๓,๐๐๙ รายในปี ๒๕๕๓^(๑))

- ต้นทุนค่าสมุดเท่ากับ ๗.๗ บาทต่อเล่ม (ข้อมูลของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ มีการกันเงินค่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๗.๗ ล้านบาท สำหรับ ๑ ล้านคน)

- ค่าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เท่ากับ ๖.๑๖ ล้านบาท ($๔๐๐,๐๐๐ \times ๗.๗ = ๖,๑๖๐,๐๐๐$ บาท)

กิจกรรมที่ ๒ การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๓ ด้าน ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ตุลาคม ๒๕๕๒^(๒) ได้แก่

๒.๑ การชักประวัติและตรวจร่างกายตามระยะเวลาที่กำหนด เป็นการชักประวัติทางสูติศาสตร์ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัวและโรคพันธุกรรม ประวัติสังคมและปัจจัยเสี่ยง เพื่อแยกแยะการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจหน้าท้องเพื่อติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ กิจกรรมเหล่านี้ใช้ความชำนาญของบุคลากรสาธารณสุข มีค่าวัสดุน้อยมาก จึงไม่คำนวณค่าวัสดุ แต่จะมีการคำนวณค่าแรงต่อไปในขั้นตอนที่ ๒

๒.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- หญิงตั้งครรภ์ ๔ แสนคนต่อปี มีจำนวนและรายการการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน ๕ ชนิดตามระยะเวลาของการตั้งครรภ์^(๓)

- จากข้อจำกัดของข้อมูลต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงใช้ราคาค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการปี ๒๕๕๓ จากข้อสรุปของคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข^(๔) ยกเว้นค่าบริการตรวจคัดกรอง HIV^(๕)

- คำนวณค่าวัสดุเท่ากับ ๓๔๖,๓๔๖,๒๕๐ บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑

๒.๓ การให้ภูมิคุ้มกันบาดทะยัก

- หญิงตั้งครรภ์ ๔ แสนคนต่อปี ควรได้ท็อกซอยด์เพื่อป้องกันบาดทะยัก เหมือนผู้ไม่ตั้งครรภ์ จำนวน ๓ เข็ม

- ต้นทุนค่าท็อกซอยด์ตามราคาจำหน่ายขององค์การเภสัชกรรม ๑๙.๒๖ บาท/๑๐ ครั้งของการให้ยา โดยมีอัตราการสูญเสียร้อยละ ๒๕ (ข้อมูลการคิดอัตราการใช้วัคซีนสำหรับการเบิกวัคซีนจากกรมควบคุมโรคติดต่อ) ดังนั้นต้นทุนค่าท็อกซอยด์เท่ากับ ๒.๕๗ บาท/ครั้งของการให้ยา ($๑๙.๒๖ - (๑๐ \times ๐.๗๕) = ๒.๕๗$) รวมเป็นค่าวัคซีนปีละ ๖,๑๖๓,๒๐๐ บาท

กิจกรรมที่ ๓ การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรค

ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๔ ด้าน ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ตุลาคม ๒๕๕๒^(๒) ได้แก่

๓.๑ การชักประวัติและตรวจร่างกายตามระยะเวลาที่กำหนดตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเป็นวัยรุ่น ประกอบด้วยการชักประวัติ/สัมภาษณ์ ตรวจร่างกายทุกระบบ ประเมินพัฒนาการ/พฤติกรรม การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจสายตา ตรวจการได้ยิน กิจกรรมเหล่านี้ใช้ความชำนาญของบุคลากรสาธารณสุข จึงไม่ทำการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ แต่จะมีการคำนวณค่าแรงต่อไปในขั้นตอนที่ ๒

๓.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- อ้างอิงจำนวนเด็กไทยแยกตามอายุต่างๆ จากทะเบียนราษฎรปี ๒๕๕๓ ของกระทรวงมหาดไทย^(๖) โดยใช้จำนวนเด็ก ณ อายุที่ต่ำสุดในกลุ่มที่กำหนดให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการแต่ละชนิด (รายละเอียดในตารางที่ ๒) ทั้งนี้เพื่อให้ง่ายต่อการคำนวณและเป็นฐานในการคำนวณปีต่อไป

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓ ชนิดตามอายุเด็ก

ตารางที่ ๑ การคำนวณค่าวัสดุสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้ภูมิคุ้มกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ลำดับที่					หมายเหตุ	รวมจำนวนครั้ง ที่ตรวจต่อปี	ราคาการตรวจ ๑ ครั้ง (บาท)	คิดเป็น เงินทั้งหมด (บาทต่อปี)
	๑- ๑๒	๑๓- ๒๗	๒๘- ๓๕	๓๖- ๔๐	หลัง ๔๐				
๑. ความเข้มข้นของ เม็ดเลือดแดง	/				/	ตรวจทุกคนและตรวจหลังคลอด เฉพาะผู้ที่เสียเลือดเท่านั้นจึงคิด เพียง ๑ ครั้ง	๘๐๐,๐๐๐	๖๐	๔๘,๐๐๐,๐๐๐
๒. คัดกรองพาหะโรค เลือดจางธาลัสซีเมีย						ตรวจเมื่อผลการซักประวัติมีความ เสี่ยงสูง ซึ่งพบว่าความชุกของ โลหิตจางจากธาลัสซีเมียของหญิง ไทยที่ตั้งครรภ์เท่ากับ ๒.๕ ^(๔)	๒๐๐,๐๐๐ (๘๐๐,๐๐๐ X ๐.๒๕)	๒๕๐	๕๐,๐๐๐,๐๐๐
๓. โปรตีนและน้ำตาล ในปัสสาวะ	/	/	/			ตรวจทุกคน คนละ ๔ ครั้ง	๓๒,๐๐๐,๐๐๐ (๘๐๐,๐๐๐ X ๔)	๔๐	๑๒๘,๐๐๐,๐๐๐
๔. จีพีเอสในเลือด						ตรวจทุกคน คนละ ๑ ครั้ง	๘๐๐,๐๐๐	๔๐	๓๒,๐๐๐,๐๐๐
๕. การคิดเชื้อเอชไอวี (พร้อมให้คำปรึกษา)									
๕.๑ คัดกรอง				/		การคัดกรองครั้งที่ ๑ ต้องตรวจทุก ราย แต่ครั้งที่ ๒ มีเพียงร้อยละ ๘๐ ที่ต้องตรวจ ^(๖)	๑,๔๔๐,๐๐๐ [๘๐๐,๐๐๐+ (๘๐๐,๐๐๐X๐.๘)]	๘๗.๑๒	๑๒๕,๔๕๒,๘๐๐
๕.๒ ยืนยัน						ตรวจซ้ำเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูงซึ่ง มีเพียงร้อยละ ๑.๕ ^(๖)	๑๒,๐๐๐ (๘๐๐,๐๐๐ X ๐.๐๑๕)	๒๔๑.๑๒	๒,๘๙๓,๔๔๐
รวมเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ									๓๔๖,๓๔๖,๒๔๐
การฉีดวัคซีน ที่ออกชอยส์	/	/				ให้เหมือนผู้ไม่ตั้งครรภ์ (ให้ ๓ เข็ม)	๒,๔๐๐,๐๐๐ (๘๐๐,๐๐๐ X ๓)	ที่ออกชอยส์ ๑ ครั้ง = ๒.๕๗	๖,๐๖๓,๒๐๐
รวมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้ภูมิคุ้มกัน									๓๕๒,๔๐๙,๔๔๐

● ใช้ราคาค่าบริการของการตรวจทางห้องปฏิบัติ
การปี ๒๕๔๓^(๔)

● คำนวณเงินที่ต้องใช้เป็นค่าวัสดุเท่ากับ
๒๗๕,๗๓๔,๙๔๐ บาท ดังรายละเอียดในตารางที่ ๒

๓.๓ การให้วัคซีนป้องกันโรค

● จำนวนเป้าหมายใช้ฐานข้อมูลและวิธีคิดเช่น
เดียวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับเด็ก มี
จำนวนเด็กที่ต้องได้รับวัคซีน ๖ ชนิดตามระยะเวลาที่
กำหนดโดยชมรมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย^(๖)
ทั้งหมด ๓,๔๗๙,๔๐๗ ราย

● คำนวณเงินที่ต้องใช้เป็นค่าวัสดุสำหรับการให้

วัคซีนป้องกันโรคเท่ากับ ๔๖๖,๔๔๔,๖๖๔ บาท คิด
เป็นต้นทุนค่าวัคซีน ๑๒๐ บาทต่อราย (ตารางที่ ๔)

๓.๔ การให้คำแนะนำปรึกษา

เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาทั่วไปและการ
ป้องกันอุบัติเหตุสำหรับเด็ก กิจกรรมเหล่านี้ใช้ความ
ชำนาญของบุคลากรสาธารณสุข จึงไม่ทำการคำนวณ
ต้นทุนค่าวัสดุ แต่จะมีการคำนวณค่าแรงต่อไปในชั้น
ตอนที่ ๒

กิจกรรมที่ ๔ การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่ม
เสี่ยง

เป็นการคำนวณค่าวัสดุสำหรับการตรวจสุขภาพ

อัตราเหมาจ่ายรายหัวของบุคลากรวิชาชีพอนามัยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

ตารางที่ ๒ การคำนวณค่าวัสดุสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพเด็กไทย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วัยทารก (น้อยกว่า ๑ ปี)	วัยเรียน (๔ - ๖ ปี)	วัยรุ่น (๑๑ - ๑๔ ปี)	ราคาการตรวจ ต่อครั้ง (บาท)	คิดเป็นเงินทั้งหมด (บาทต่อปี)	หมายเหตุ การคำนวณ
จำนวนเด็ก (คน)	๗๔๒,๗๕๐ (เด็กแรกคลอด)	๙๗๐,๒๔๑ (เด็ก ๔ ปี)	๙๐๙,๖๗๐ (เด็ก ๑๑ ปี)			
๑. ระดับฮีโมโกลบิน/ซีมาโคริต				๒๐	๑๘,๘๕๕,๐๐๐	(๗๔๒,๗๕๐ x ๒๐)
๒. ตรวจปัสสาวะ		/	/	๔๐	๓๙,๑๖๖,๔๐๐	[(๙๗๐,๒๔๑+๙๐๙,๖๗๐)x๔๐]
๓. ตรวจภาวะค่อมไทรอยด์ ทำงานบกพร่องแต่กำเนิด รวมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ		ถาปนาระวัติ	ถาปนาระวัติ	๒๕๐	๑๘๕,๖๘๗,๕๐๐	(๗๔๒,๗๕๐x๒๕๐)
					๒๗๙,๗๐๘,๙๐๐	

ตารางที่ ๓ ต้นทุนค่าวัคซีนป้องกันโรคเพื่อการดูแลสุขภาพเด็กไทย

วัคซีน	ราคาต่อขนาด บรรจุ (บาท) [A]	ขนาด บรรจุ (มล.) [B]	ขนาดที่ใช้ ต่อครั้ง (มล./ครั้ง) [C]	จำนวนครั้งที่นำ จะใช้ได้ต่อหนึ่ง หน่วยบรรจุ [D]	อัตราการใช้ สูญเสีย*** (ร้อยละ) [E]	อัตราที่ ใช้ได้ (ร้อยละ) [F]	ต้นทุนจริง (บาท/ครั้งของ การให้ยา) [A ÷ (D x F)]
วัณโรค	๖๐.๐๐*	๑๐.๐๐	๑.๐๐	๑๐	๕๐	๕๐	๑๒.๐๐
คอตีบ, บิ	๕๘.๗๖**	๑.๐๐	๐.๕๐	๒	๑๐	๙๐	๕๔.๘๗
คอตีบ, ไอกรน, บาดทะยัก	๕๕.๐๐**	๕.๐๐	๐.๕๐	๑๐	๒๕	๗๕	๗.๓๓
โปลิโอ	๑๓๐.๐๐**	๒.๐๐	๐.๑๐	๒๐	๒๕	๗๕	๘.๖๗
หัด, หัดเยอรมัน, คางทูม	๕๐๓.๒๐**	๕.๐๐	๐.๕๐	๑๐	๑๐	๙๐	๕๕.๙๑
ไข้มองอกอักเสบ	๔๘.๐๐**	๐.๕๐	๐.๕๐	๑	๑๐	๙๐	๕๓.๓๓
คอตีบ, บาดทะยัก	๒๗.๗๒**	๕.๐๐	๐.๕๐	๑๐	๑๐	๙๐	๓.๐๘

หมายเหตุ *ราคาตามท้องตลาดของกรมควบคุมโรคติดต่อ

**ราคาตามท้องตลาดของกรมควบคุมโรคติดต่อ (๕ พ.ย. ๒๕๔๔)

***อัตราการสูญเสียตามข้อมูลกรมควบคุมโรคติดต่อ

ตารางที่ ๔ การคำนวณค่าวัสดุสำหรับการให้วัคซีนป้องกันโรคเพื่อการดูแลสุขภาพเด็กไทย

วัคซีน	จำนวนเข็มของวัคซีนที่ได้รับตามวัย				ต้นทุนจริงของ วัคซีน ๑ ครั้ง (บาท)	จำนวนเงินทั้งหมด (บาท)
	วัยทารก (น้อยกว่า ๑ ปี)	วัยก่อนเรียน (๑ - ๓ ปี)	วัยเรียน (๔ - ๖ ปี)	วัยรุ่น (๑๐ - ๑๖ ปี)		
จำนวนเด็ก ณ อายุที่ต่ำสุดในกลุ่ม	๗๔๒,๗๕๐	๘๑๗,๗๖๒	๙๗๐,๒๔๑	๙๔๕,๐๕๔		
วัณโรค	๑				๑๒.๐๐	๘,๙๑๓,๐๐๐
คอตีบ, บิ	๓				๕๔.๘๗	๑๒๒,๒๕๖,๖๕๐
คอตีบ, ไอกรน, บาดทะยัก	๓	๑	๑		๗.๓๓	๒๕,๔๕๒,๕๒๒
โปลิโอ	๓	๑	๑		๘.๖๗	๓๔,๘๐๗,๕๒๖
หัด, หัดเยอรมัน, คางทูม	๑	๑			๕๕.๙๑	๘๗,๒๔๕,๕๖๐
ไข้มองอกอักเสบ	๑	๒			๕๓.๓๓	๑๓๐,๘๔๑,๕๒๐
คอตีบ, บาดทะยัก	๑				๓.๐๘	๒,๕๒๓,๐๘๖
รวมทั้งสิ้น						๔๑๖,๔๔๔,๖๖๔
ต้นทุนการให้วัคซีนต่อเด็กหนึ่งราย (บาท/ราย)						๑๒๐

หมายเหตุ จำนวนเด็กที่รับวัคซีนทั้งหมด เท่ากับ ๓,๔๗๕,๘๐๗ ราย

ประชาชนทั่วไปเท่านั้น ส่วนการคำนวณสำหรับประชาชนในกลุ่มเสี่ยงจะคำนวณในองค์ประกอบที่ ๒ ต่อไป

การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๔ ด้าน ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๔๒^(๒) ได้แก่

๔.๑ การชักประวัติและตรวจร่างกายตามระยะเวลาที่กำหนดสำหรับ ๓ กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ ๒๐-๔๐ ปี, ๔๑-๖๐ ปี และ ๖๑ ปีขึ้นไป ประกอบด้วย การชักประวัติ/ตรวจร่างกาย การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจสายตา การตรวจเต้านมโดยแพทย์ (clinical breast examination) และ การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือ (rectal examination) กิจกรรมเหล่านี้ใช้ความชำนาญของบุคลากรสาธารณสุข จึงไม่ทำการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ แต่จะมีการคำนวณค่าแรงต่อไปในขั้นตอนที่ ๒

๔.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

• อ้างอิงจำนวนประชาชนไทยแยกตามอายุต่างๆ จากทะเบียนราษฎรปี ๒๕๔๓ ของกระทรวงมหาดไทย^(๓) ตามอายุต่างๆ ที่ต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่คณะกรรมการฯ มีมติให้ดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศภายใน ๓ ปี เนื่องจากข้อจำกัดในการดำเนินงาน ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายรายหัวในปี ๒๕๔๖ จึงกำหนดเป้าหมายเท่ากับหนึ่งในสามของเป้าหมายทั้งหมด ยกเว้นการตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อ HIV คิดตามจำนวนทั้งหมด

• การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน ๗ ชนิดตามอายุและความถี่ที่กำหนด^(๒) ดังตารางที่ ๕

• ใช้ราคาค่าบริการของการตรวจทางห้องปฏิบัติการปี ๒๕๔๓^(๔) ต้นทุนการตรวจ pap smear และ ต้นทุนการตรวจคัดกรอง HIV^(๒)

• คำนวณเงินที่ต้องใช้เป็นค่าวัสดุสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ใหญ่อายุได้เท่ากับ ๙๖๐,๔๓๒,๙๔๙ บาท (ตารางที่ ๕)

๔.๓ การให้วัคซีนป้องกันโรค จากตารางการ

ให้วัคซีนป้องกันโรคผู้ใหญ่ไทยต้องได้รับวัคซีนสองชนิด

• ชนิดแรกคือ วัคซีนโรคบาดทะยักให้แบบกระตุ้น (booster) ทุก ๑๐ ปี คำนวณค่าวัคซีนได้เท่ากับ ๒,๙๐๙,๗๔๖ บาท (ตารางที่ ๖)

• ชนิดที่สองคือ วัคซีนหัดเยอรมัน (Rubella vaccination) ให้เฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่มีประวัติเป็นหัดเยอรมัน หรือได้รับวัคซีนมาก่อน จากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญพบว่าประเทศไทยได้มีการกำหนดให้เด็กไทยทุกคนได้รับวัคซีนโรคคางทูม, หัด และ หัดเยอรมันมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ซึ่งทำให้ครอบคลุมหญิงวัยเจริญพันธุ์ส่วนหนึ่งในขณะนี้ซึ่งอีกไม่นานนักก็จะครอบคลุมหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วประเทศ ในขณะนี้จะมีหญิงวัยเจริญพันธุ์เพียงบางส่วนที่ไม่เคยได้รับวัคซีนโรคหัดเยอรมัน แต่อาจเคยมีประวัติเป็นโรคหัดเยอรมันมาแล้วก็เป็นได้ การลงทุนเพื่อการค้นหากลุ่มเป้าหมายเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก คณะกรรมการฯ จึงมีมติว่ายังไม่ต้องคำนวณค่าวัคซีนโรคหัดเยอรมันสำหรับผู้ใหญ่ไทย

๔.๔ การให้คำปรึกษา

เป็นการให้คำปรึกษา ๙ เรื่อง คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย แอลกอฮอล์/ยาเสพติด การแนะนำให้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว/การให้สุศึกษาเรื่องเพศ การป้องกันการบาดเจ็บ การแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ ๑ ครั้ง และการบรรเทาความเครียด กิจกรรมเหล่านี้ใช้ความชำนาญของบุคลากรสาธารณสุข จึงไม่ทำการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ แต่จะมีการคำนวณค่าแรงต่อไปในขั้นตอนที่ ๒

กิจกรรมที่ ๒, ๓ และ ๔ ใช้หลักการคำนวณในแนวทางเดียวกันคือ การอ้างอิงจำนวนประชากรปี ๒๕๔๓ แต่ใช้ต้นทุนหรือค่าบริการสำหรับปี ๒๕๔๖ แล้วคำนวณเป็นงบประมาณสำหรับค่าวัสดุในแต่ละกิจกรรม นำมารวมกับค่าห้องเย็นในการเก็บรักษาวัคซีนที่กระทรวงและค่าขนส่งสำหรับทุกเขตทั้ง ๑๒ เขต ได้เป็นค่าวัสดุ

ตารางที่ ๕ การคำนวณค่าวัสดุสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไป

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่ในการตรวจ	วิธีการนับจำนวนประชากร	จำนวน ประชากร เป้าหมาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวน ประชากร เป้าหมาย (ราย)	ค่า บริการ ๑ ใน ๓ (บาท)	คิดเป็นเงิน (บาท)
เซลล์มะเร็งปากมดลูก	หญิงที่เคยมีเพศ สัมพันธ์ หรือ อายุ ๓๕ ปี	ปีละ ๑ ครั้ง x ๓ ปี จากนั้นตรวจ ทุก ๓ ปี	เริ่มที่อายุ ๓๕, ๓๖, ๓๗ รวม กับที่นับเพิ่มทุก ๓ ปี เช่น ๔๐, ๔๓, ๔๖, ๔๙ ฯลฯ	๔,๕๘๖,๐๓๕	๑,๖๖๒,๐๑๓	๘๔	๑๓๕,๖๐๕,๐๕๒
ระดับฮีโมโกลบิน/ ซีมาโคริต	ทุกเพศ ทุกวัย	ทุก ๓ ปี	เริ่มที่อายุ ๒๐ ปีรวมกับ	๑๓,๘๕๒,๖๘๕	๔,๖๓๐,๘๕๖	๖๐	๒๗๗,๘๕๓,๗๘๐
ปัสสาวะ	ทุกเพศ ทุกวัย	ทุก ๓ ปี	ที่นับเพิ่มทุก ๓ ปี เช่น	๑๓,๘๕๒,๖๘๕	๔,๖๓๐,๘๕๖	๔๐	๘๕,๒๓๕,๘๕๓
อุจจาระ	ทุกเพศ ทุกวัย	ทุก ๓ ปี	๒๓, ๒๖, ๒๙ ฯลฯ	๑๓,๘๕๒,๖๘๕	๔,๖๓๐,๘๕๖	๓๐	๑๓๘,๕๒๖,๘๕๐
ระดับไขมันในเลือด	ทุกเพศ เริ่มตรวจ เมื่อ ๓๕ ปี	ทุก ๓ ปี	เริ่มที่อายุ ๓๕ ปีรวมกับที่ นับเพิ่มทุก ๓ ปี เช่น ๓๘, ๔๑, ๔๔ ฯลฯ	๘,๒๘๑,๔๐๐	๒,๗๖๐,๔๖๗	๕๐	๑๓๘,๐๒๓,๑๓๓
ระดับน้ำตาลในเลือด	ทุกเพศ เริ่มตรวจ เมื่อ ๔๕ ปี	ทุก ๓ ปี	เริ่มที่อายุ ๔๕ ปีรวมกับที่ นับเพิ่มทุก ๓ ปี เช่น ๔๘, ๕๑, ๕๔ ฯลฯ	๔,๘๓๒,๗๘๑	๑,๖๑๐,๕๒๗	๕๐	๖๔,๕๓๗,๐๘๐
คัดกรองการติดเชื้อ เอชไอวี	ทุกเพศ ทุกวัย ก่อนสมรส	สมัครใจ	จดทะเบียนสมรส ปี ๒๕๔๒ = ๓๕๔,๑๕๘ ราย และกำหนด ให้อัตรายอมรับ = ๕๐	๓๕๔,๑๕๘ x ๐.๕ = ๑๗๗,๐๘๙	๑๗๗,๐๘๙*	๘๗.๑๒	๑๕,๔๒๘,๘๖๕
ยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี			ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในผู้ใหญ่เท่ากับ ๒.๑๕ ข้อมูลจาก UNAIDS ^(๖)	๑๗๗,๐๘๙ x ๐.๐๒๑๕ = ๓,๗๐๘	๓,๗๐๘*	๒๔๑.๑๒	๘๘๘,๐๕๕
			รวมค่าวัสดุการตรวจทางห้องปฏิบัติการ				๘๖๐,๔๒๒,๙๔๙
การให้ภูมิคุ้มกัน บาดทะยัก	ทุกเพศ ทุกวัย ทุก ๑๐ ปี	ทุก ๑๐ ปี	เริ่มที่อายุ ๒๐ ปีรวมกับที่นับ เพิ่มทุก ๑๐ ปี เช่น ๒๐, ๓๐, ๔๐ ฯลฯ	๑,๑๓๓,๐๕๔	๑,๑๓๓,๐๕๔	๒.๕๗	๒,๘๐๕,๗๘๖
			รวมค่าวัสดุการให้ภูมิคุ้มกัน				๘๖๓,๒๒๘,๗๓๕

*เป้าหมายเต็มจำนวนทั้งหมด

สำหรับการดูแลสุขภาพประชากร ๖๒ ล้านคนทั่วประเทศเท่ากับ ๒,๐๕๔,๘๓๗,๘๓๑ บาท คิดเป็นค่าวัสดุสำหรับกิจกรรมที่ ๒, ๓ และ ๔ เท่ากับ ๓๓.๑๔ บาทต่อหัวประชากร (ตารางที่ ๖)

กิจกรรมที่ ๕ การให้ยาค้านไวรัสเอดส์เพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก

ยังไม่สามารถคำนวณต้นทุนต่อหน่วยสำหรับค่าวัสดุได้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล จึงคิดค่าวัสดุเป็นต้นทุน

รวมของโครงการ (program-based) โดยอ้างอิงจากงบประมาณที่กรมอนามัยได้รับสำหรับงานนี้ในปี ๒๕๔๕ เป็นงบประมาณงบประมาณทั้งสิ้น ๙๙,๙๕๒,๓๐๐ บาท

กิจกรรมที่ ๖ การวางแผนครอบครัว

ค่าวัสดุสำหรับการวางแผนครอบครัว เป็นส่วนที่ยังไม่สามารถคำนวณต้นทุนต่อหน่วยได้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล จึงคิดเป็นต้นทุนรวมของโครงการ (program-based) โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลปี ๒๕๔๓ โดยใช้ต้นทุน

ตารางที่ ๖ อัตราเหมาจ่ายค่าวัสดุรายหัวประชากรสำหรับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เด็กไทย และประชาชนทั่วไป

กิจกรรม	งาน	งบประมาณ	หน่วย
กิจกรรมที่ ๒ การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๓๘๖,๓๔๖,๒๔๐	บาท
	- ให้ภูมิคุ้มกัน	๖,๑๖๓,๒๐๐	บาท
กิจกรรมที่ ๓ การดูแลสุขภาพเด็ก	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๒๗๕,๗๓๘,๕๔๐	บาท
	- ให้ภูมิคุ้มกัน	๔๑๖,๔๔๔,๖๖๔	บาท
กิจกรรมที่ ๔ การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง	- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๕๖๐,๔๓๒,๕๘๕	บาท
	- ให้ภูมิคุ้มกัน	๒,๕๐๕,๗๘๖	บาท
รวมทั้งสิ้น		๒,๐๔๘,๐๓๕,๘๑๕	บาท
คิดเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชากรปี ๒๕๔๓ จำนวน ๖๑,๘๗๘,๗๔๖ คน		๓๓.๑๐	บาทต่อคนต่อปี
งบประมาณสำหรับประชากรในปี ๒๕๔๖ ประมาณ ๖๒ ล้านคน		๒,๐๕๒,๐๔๕,๐๓๑	บาทต่อปี
ต้องรวมค่าห้องเย็นในการดูแลวัคซีนที่กระทรวงและค่ายานส่งสำหรับทุกเขตทั้ง ๑๒ เขต		๒,๗๘๘,๘๐๐	บาทต่อปี
รวมเป็นเงินงบประมาณปี ๒๕๔๖ ทั้งสิ้น		๒,๐๕๔,๘๓๓,๘๓๑	บาทต่อปี
คิดเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชากรปี ๒๕๔๖ จำนวน ๖๒ ล้านคน		๓๓.๑๔	บาทต่อคนต่อปี

ทุนค่ายาที่คาดว่าจะซื้อได้ในปี ๒๕๔๖ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า

- ปี ๒๕๔๓ กรมอนามัยได้รับงบประมาณ ๑๔๖,๔๗๐,๐๐๖ บาท สำหรับเป้าหมาย ๑,๓๔๑,๔๗๒ ราย คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ย ๑๐๖ บาทต่อราย

- ถ้าปี ๒๕๔๖ กำหนดเป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ จากปี ๒๕๔๓ ได้เป็น ๒,๐๗๒,๔๐๗ ราย และใช้รายจ่ายที่คาดว่าจะซื้อได้ในปี ๒๕๔๖ คือ เฉลี่ย ๑๐๙ บาทต่อราย คิดเป็นงบประมาณสำหรับปี ๒๕๔๖ เท่ากับ ๒๒๕,๕๓๓,๙๖๕ บาท ซึ่งครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ๖๒ ล้านคน ดังนั้นคิดเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัว ๓.๖๓ บาทต่อหัวประชากร

กิจกรรมที่ ๗ การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care)

กิจกรรมที่ ๘ การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

กิจกรรมที่ ๙ การให้คำปรึกษา (counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมที่ ๗, ๘ และ ๙ เป็นงานที่กระทำไปพร้อมๆ กันในขณะที่ออกเยี่ยมบ้าน จึงคำนวณงบประมาณค่า

วัสดุรวมกัน ส่วนค่าแรงจะมีการคำนวณต่อไปในส่วนที่ ๒

ส่วนต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และ การให้คำปรึกษาอื่นๆที่เกิดขึ้นในสถานบริการนั้น ได้รวมอยู่ในการคิดอัตราเหมาจ่ายงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแล้ว

การเยี่ยมบ้านครอบคลุมประชากร ๖๒ ล้านคน โดยกำหนดให้มีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องออกเยี่ยมบ้าน ๑ ศูนย์จะครอบคลุมประชากร ๕,๐๐๐ คน ดังนั้นจะมีจำนวนเท่ากับ ๑๒,๔๐๐ แห่ง และคณะกรรมการมีมติให้ศูนย์ที่อยู่ในเขตเมืองมีค่าวัสดุสำหรับค่าน้ำมัน ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายต่างๆในการออกเยี่ยมบ้านครั้งละ ๓๕๐ บาท ส่วนศูนย์ที่อยู่นอกเขตเมืองกำหนดให้ครั้งละ ๕๐๐ บาท โดยแต่ละศูนย์ต้องออกเยี่ยมสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ดังนั้นจะมีต้นทุนในการออกเยี่ยมและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เท่ากับ ๕๔๑,๙๓๒,๐๐๐ บาท ดังตารางที่ ๗

กิจกรรมที่ ๑๐ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากครอบคลุมงานการตรวจสุขภาพช่องปาก, การแนะนำ

ด้านทันตสุขภาพ, การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ และการเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน ๑๕ ปี) โดยแบ่งการให้บริการตามช่วงอายุต่างๆ และกำหนดร้อยละในการให้

บริการกลุ่มเป้าหมายแต่ละช่วงอายุและกิจกรรม ตามความสามารถที่จะให้บริการได้ คำนวณค่าวัสดุในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากทั้งหมด เท่ากับ ๗๐,๕๑๕,๒๓๓ บาท คิดเป็น ๑.๑๔ บาท/คน/ปี ดังตารางที่ ๔

นอกจาก ๑๐ กิจกรรมแล้ว ยังมีรายจ่ายด้านส่ง

ตารางที่ ๗ งบประมาณสำหรับการออกเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว และการให้คำปรึกษา (counseling) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

	ในเขต	นอกเขต	รวม
สัดส่วนประชากร*	๓๒.๕	๖๗.๕	๑๐๐
จำนวนประชากร	๒๐,๑๕๐,๐๐๐	๔๑,๘๕๐,๐๐๐	๖๒,๐๐๐,๐๐๐
จำนวน PCU	๔,๐๓๐	๘,๓๗๐	๑๒,๔๐๐
ค่าวัสดุ	๓๕๐	๕๐๐	๘๕๐
จำนวนครั้ง	๑๐๔	๑๐๔	๒๐๘
ต้นทุน	๑๔๖,๖๕๒,๐๐๐	๔๓๕,๒๔๐,๐๐๐	๕๘๑,๘๙๒,๐๐๐

หมายเหตุ : *สัดส่วนประชากรในเขตและนอกเขต จากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัย และสถิติการ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สำนักงานสถิติแห่งชาติ^(๗)

ตารางที่ ๘ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปาก

กลุ่ม	กิจกรรมที่ให้บริการ	ร้อยละที่ให้บริการ	ประชากรที่ต้องให้บริการ	ราคาวัสดุต่อหน่วย	ต้นทุนวัสดุ
อายุ ๕ เดือน	ฝึกสอนผู้ปกครองในการแปรงฟันหน้าเด็ก	๕๐	๗๓๕,๕๘๖	๔.๕๐	๓,๓๑๕,๕๓๖
อายุ ๑.๕ - ๒ ปี	ฝึกสอนผู้ปกครองในการแปรงฟันกรามเด็ก	๕๐	๗๖๓,๕๑๗	๔.๕๐	๓,๔๓๓,๖๒๘
ระดับอนุบาล	การให้ฟลูออไรด์ ชนิดรับประทาน	ฟลูออไรด์ ๕๐	๒,๘๘๘,๖๔๒	๑๐.๕๐	๓๐,๓๓๐,๗๔๑
อายุ ๓-๕ ปี	และการแปรงฟัน	แปรงฟัน ๕๐			
อายุ ๕-๗ ปี	การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามซี่ที่ ๑ จำนวน ๒ ซี่ /คน	๑๐	๑๐๒,๗๑๒	๖๐.๐๐	๖,๑๖๒,๗๐๒
	การเคลือบฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ	๑๐	๑๐๒,๗๑๒	๒๐.๐๐	๒,๐๕๔,๒๒๔
อายุ ๖-๑๒ ปี	การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามซี่ที่ ๒ และฟันซี่อื่นๆ จำนวน ๒ ซี่ /คน	๑๐	๘๘,๗๒๕	๖๐.๐๐	๕,๓๒๓,๕๕๔
	การเคลือบฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ	๑๐	๘๘,๗๒๕	๒๐.๐๐	๑,๗๗๔,๕๕๘
หญิงตั้งครรภ์	การขูดหินปูนและขัดทำความสะอาดฟัน	๓๐	๒๔๐,๐๐๐	๖๐.๐๐	๑๔,๔๐๐,๐๐๐
กลุ่มที่มีความเสี่ยง	การเคลือบฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ	๐.๑	๖๒,๐๐๐	๖๐.๐๐	๓,๗๒๐,๐๐๐
ต่อฟันผุ เช่นเบาหวาน, มะเร็ง, xerostomia	และการดูแลรักษาโรคเหงือก				
รวมต้นทุนวัสดุทั้งหมด					๗๐,๕๑๕,๒๓๓
ประชากรทั้งหมด					๖๒,๐๐๐,๐๐๐
ต้นทุนในการส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก / คน/ปี					๑.๑๔

ที่มา: ทญ. เพ็ญแข ฉากิ่ง กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เสริมสุขภาพที่เป็นรายจ่ายตามแผนงานโครงการอีก ๓ รายการ คือ ค่าวัสดุอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์, ค่าวัสดุเวชภัณฑ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดธาตุเหล็ก และ ค่าวัสดุอาหารสำหรับเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ขาดสารอาหารในระดับ ๓,๒,๑ รวมเป็น ค่าวัสดุได้ทั้งสิ้น ๓,๓๒๙,๕๔๕,๙๓๐ บาท (ตารางที่ ๙)

ขั้นตอนที่ ๒ คำนวณต้นทุนดำเนินการ โดยปรับเพิ่มด้วยสัดส่วนค่าแรงรายกิจกรรม

เมื่อได้ต้นทุนค่าวัสดุ (non-labor operating cost) แล้ว นำมาปรับเพิ่มต้นทุนค่าแรง ที่ร้อยละ ๖๒ ของต้นทุนดำเนินการทั้งหมด โดยการอ้างอิงสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการ

ศึกษาต้นทุนสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในโครงการ Social Investment Project-SIP^(๔) และ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น^(๕) พบว่า ต้นทุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้นทุนค่าแรงร้อยละ ๖๒ และเป็นค่าวัสดุร้อยละ ๓๘

ผู้วิจัยคำนวณเพิ่มค่าแรงเฉพาะบางกิจกรรมที่จัดให้มีการบริการที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น ได้แก่ กิจกรรมที่ ๑ เฉพาะสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวบุคคลอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ ๒-๔ และกิจกรรมที่ ๗-๙ กิจกรรมเหล่านี้มีค่าวัสดุเท่ากับ ๒,๖๙๔,๗๖๙,๔๓๑ บาท ดังนั้นคิดเป็นค่าแรงได้เท่ากับ ๔,๔๐๓,๒๕๖,๐๔๑ บาท (๒,๖๙๔,๗๖๙,๔๓๑ x ๖๒ - ๓๘)

ตารางที่ ๙ ประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับรายหัวสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

ลำดับ	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเป้าหมาย (คน)	ต้นทุนทั้งหมด (บาท)
๑	๑.๑ สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวบุคคลอย่างต่อเนื่อง	๓	๒๐,๖๖๖,๖๖๗	๖๒,๐๐๐,๐๐๐
	๑.๒ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	๗.๗	๘๐๐,๐๐๐	๖,๑๖๐,๐๐๐
๒	การตรวจและดูแลหญิงตั้งครรภ์			
๓	การดูแลสุขภาพเด็ก	๓๓.๑๔	๖๒,๐๐๐,๐๐๐*	๒,๐๕๔,๘๓๗,๘๓๑
๔	การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป			
	คำวจิณห์หญิงตั้งครรภ์	๒๓๕.๒	๘๐๐,๐๐๐	๑๘๘,๑๖๐,๐๐๐
๕	งานป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก	๓๑	๔๐,๘๘๐	๕๕,๕๕๒,๓๐๐
๖	การวางแผนครอบครัว	๓.๖๔	๖๒,๐๐๐,๐๐๐	๒๒๕,๕๓๓,๕๖๔
๗	การเยี่ยมบ้าน, ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน			
๘	การให้ความรู้ด้านสุขภาพ	๔๖,๕๓๐	จำนวน ๑๒,๔๐๐ PCU	๕๘๑,๕๓๒,๐๐๐
๙	การให้คำปรึกษา		ครอบคลุม ๖๒ ตำบล	
๑๐	ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	๑.๑๔	๖๒,๐๐๐,๐๐๐	๗๐,๕๔๕,๒๓๓
อื่นๆ	ค่าวัสดุอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	๓๑	๒๐,๐๐๐	๕,๐๐๐,๐๐๐
อื่นๆ	ค่าวัสดุเวชภัณฑ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดธาตุเหล็ก	๓๑	๒๐,๐๐๐	๑,๘๐๐,๐๐๐
อื่นๆ	ค่าวัสดุอาหาร สำหรับเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ขาดสารอาหารในระดับ ๓,๒,๑	๓๑	๘๐,๐๐๐	๒๕,๖๕๔,๖๐๐
	รวมต้นทุนค่าวัสดุ			๓,๓๒๙,๕๔๕,๙๓๐
	รวมต้นทุนค่าแรง (ร้อยละ ๖๒ ของค่าแรงและค่าวัสดุ)			๔,๔๐๓,๒๕๖,๐๔๑
	ต้นทุนสำหรับกลุ่มเสี่ยง			๑,๕๔๖,๕๖๐,๓๕๔
	ต้นทุนรวมทั้งหมด			๙,๒๗๙,๓๖๒,๓๖๕
	ต้นทุน บาท/ คน/ปี			๒๐๖

หมายเหตุ *การตรวจทางห้องปฏิบัติการคำนวณเป้าหมาย ๑ ใน ๓ ของประชากรทั้งหมด ยกเว้นการติดเชื้อเอชไอวี คำนวณจำนวนทั้งหมด

ดังนั้นในองค์ประกอบที่ ๑ เป็นต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรง เท่ากับ ๗,๗๓๒,๘๐๑,๙๗๑ บาท

องค์ประกอบที่ ๒ ต้นทุนชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง

ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๕๒^(๑๐) ได้กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพเพิ่มเติมในประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆตามคำแนะนำที่มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี ดิสนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าควรทำ ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑๐

ในการวิเคราะห์ต้นทุนขององค์ประกอบที่ ๒ มีข้อจำกัดที่สำคัญ ๒ ประการได้แก่

• ไม่ทราบประชากรเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของภาวะต่างๆ ดังกล่าว

• ในกิจกรรมของชุดสิทธิประโยชน์ ไม่ได้กำหนดความถี่ของการคัดกรองไว้ชัดเจน

ผู้วิจัยไม่สามารถคำนวณต้นทุนสำหรับการตรวจสุขภาพประชาชนในกลุ่มเสี่ยงอย่างมาตรฐานได้ ผู้วิจัยกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการฯ ให้เท่ากับร้อยละ ๒๐ ของต้นทุนดำเนินการในองค์

ตารางที่ ๑๐ รายการตรวจสุขภาพเพิ่มเติมในประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่คุ้มค่า ควรทำ ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๕๒

กิจกรรมการตรวจ	วิธีการตรวจและความถี่	กลุ่มเป้าหมาย
๑. จีพีเอส	ยังไม่มีกำหนดความถี่ ในการตรวจ	- หญิง, ชาย ชายบริการทางเพศ - ผู้ป่วยโรคติดต่อ STD - AIDS
๒. ตรวจวัณโรค	Tuberculin test ด้วย Mantoux	๑. ผู้ป่วย HIV + ve ๒. ผู้ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงวัณโรคระยะแพร่เชื้อเกินกว่า ๒๕ ชม./สัปดาห์ ๓. บุคคลในสถานสงเคราะห์/กักกัน ๔. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานใกล้ชิดผู้ป่วย
๓. ตรวจคัดกรองการติดเชื้อจากปรสิตมะเร็งท่อน้ำดี	ส่งอุจจาระตรวจ ทุก ๑ ปี นับจำนวนไข่พยาธิใบไม้ตับ	- ผู้ที่อาศัยในแหล่งระบาด/มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น กินอาหารสุกๆ ดิบๆ - ผู้ที่กินปลาดิบ - อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ - อาศัยในชุมชนที่มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี - มีประวัติมะเร็งท่อน้ำดี ในครอบครัว
โรคเบาหวาน ภาวะโลหิตจาง	FBS ตรวจ Hb, Hct ไม่มีการกำหนดความถี่	ในกลุ่มเสี่ยงสูง ญาติสายตรงเป็น โรคเบาหวาน, อ้วน - ผู้ป่วยขาดงาน - ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิปากขอ - ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ - ผู้ที่ตรวจพบภาวะซีด
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ในผู้ใหญ่ไทย	วัดระดับ T4 หรือ TSH ทุก ๑ - ๓ ปี	บุคคลที่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์หรือเคยได้รับ radioactiver Iodine
โรคไต	UA	คนที่เป็นเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง
ระดับไขมันในเส้นเลือด	ตรวจ TC, TG, HDL-C	ก. ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, สูบบุหรี่, ชาย > ๔๕, หญิง > ๕๕, โรคอ้วน, ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต / ระดับไขมันในเลือดสูง, ผู้ที่อาศัยในเมือง ข. ผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์

ประกอบที่หนึ่ง ดังนั้นจึงได้ต้นทุนสำหรับการตรวจสุขภาพประชาชนในกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ ๑,๕๔๖,๕๖๐,๓๙๔ บาท

ต้นทุนสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เท่ากับผลรวมของต้นทุนในองค์ประกอบที่ ๑ และ ๒ เท่ากับ ๙,๒๗๙,๓๖๒,๓๖๕ บาท ต้นทุนนี้เป็นการจัดบริการสำหรับประชากร ๖๒ ล้านคนอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีสิทธิตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณ ๗ ล้านคน ระบบประกันสังคมประมาณ ๑๐ ล้านคน และประชากรที่เหลือ จะอยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบบริการสุขภาพทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ต้องจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ภายใต้ระบบใดระบบหนึ่งใน ๓ ระบบดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนด อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ ๒๐๖ บาทต่อคนต่อปี (๙,๒๗๙,๓๖๒,๓๖๕ บาท ÷ ๔๕ ล้านคน) หมายความว่า เงิน ๒๐๖ บาทที่สถานพยาบาลไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชนได้รับต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน จะต้องจัดบริการให้ ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และผู้ประกันตน รวมทั้งสิ้น ๖๒ ล้านคน ไม่ใช่จัดให้เฉพาะผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น เนื่องจากฐานในการคำนวณ ๒๐๖ มาจากต้นทุนของ ๖๒ ล้านคน

บทสรุป

อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีฐานการคำนวณมาจากข้อมูลกิจกรรม ๑๐ กิจกรรม อ้างอิงจากชุดสิทธิประโยชน์หลักในแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยวิเคราะห์จากข้อมูล ๓ ชุดคือ

- ต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุ
- ความถี่ของกิจกรรมที่กลุ่มเป้าหมายพึงได้รับ
- จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั่วไป และกลุ่ม

เสี่ยง

บางกิจกรรมมีข้อจำกัดของข้อมูลจำเป็นต้องอ้างอิงงบประมาณก่อนรวมจากปีก่อน อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพระดับ บุคคลเท่ากับ ๒๐๖ บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่คิดให้ไว้สำหรับประชาชนไทยทั้ง ๖๒ ล้านคนทั่วประเทศ

วิจารณ์

๑. อัตราเหมาจ่ายสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๒๐๖ บาทต่อคนต่อปี เป็นส่วนหนึ่งของอัตราเหมาจ่ายสำหรับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นตัวเลขที่ได้จากการคำนวณโดยหลักวิชาการ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากรในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๔ / ๒๕๔๕ โดยมี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน และมีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสำนักงานประมาณ แต่การกำหนดอัตราเหมาจ่ายสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จะเป็นเท่าใด เป็นการตัดสินใจทางการเมือง (ดูข้ออภิปรายใน ภูมิธ ประคองสาย และคณะ เรื่อง อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ในวารสารฉบับเดียวกันนี้)

๒. ด้วยข้อจำกัด ๓ ประการได้แก่ ไม่มีการกำหนดรายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ การขาดข้อมูลประชากรเป้าหมายของกิจกรรมเฉพาะ และการขาดข้อมูลต้นทุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อัตราเหมาจ่ายของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี ๒๕๔๕ จึงกำหนดให้เท่ากับร้อยละ ๒๐ ของอัตราเหมาจ่ายกรณีรักษายาบาล หรือเท่ากับ ๑๗๕ บาทต่อคนต่อปี แต่การคำนวณ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ตั้งต้นจากกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ จำนวนประชากรเป้าหมาย และ ต้นทุนวัสดุและค่าแรงของกิจกรรม นับว่าผู้วิจัยได้พัฒนาวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวขึ้น

อีกระดับหนึ่ง การมีรายละเอียดถึงที่มาของการคำนวณตลอดจนอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ทราบ เกี่ยวกับกิจกรรมและเป้าหมายที่ชัดเจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ชัดเจนขึ้น

- ด้านผู้ให้บริการสามารถกำกับ ติดตาม ประเมินผลงานอย่างใกล้ชิด ว่าได้ให้บริการตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่

- ด้านผู้ให้บริการเข้าใจในหน้าที่ ความรับผิดชอบ และขอบเขตงาน กิจกรรมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของตน สามารถกำหนดแผนการทำงาน กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินการของตน

- ด้านประชาชน ตัวแทนประชาชน เช่น องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และสื่อมวลชน สามารถกำกับ ติดตามว่า ผู้ให้บริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่พึงมีพึงได้อย่างไรหรือไม่

๓. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน ๒๐๖ บาทนั้น เป็นการคำนวณเป็นงบประมาณที่ต้องใช้สำหรับประชาชนไทยทุกคน ดังนั้น สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ได้รับอัตราเหมาจ่ายตามรายหัวประชากรสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพนี้ ต้องให้บริการแก่ประชาชนทุกคนโดยไม่ต้องเกี่ยงว่าบุคคลนั้นจะมีสิทธิสวัสดิการใดก็ตาม

๔. การส่งเสริมสุขภาพเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องจัดบริการและกำกับดูแลเพื่อให้ระบบสุขภาพเป็นไปตามแนวที่ถูกต้องสำหรับประชาชนไทยทั่วทั้งประเทศ อย่างไม่สามารถละเลยได้ เช่น บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็ก การให้ยาต้านเชื้อไวรัส HIV จากมารดาสู่ลูกและการให้นมผงสำหรับทารกที่มารดาติดเชื้อ การคำนวณได้คิดครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั่วประเทศ ซึ่งเป็นประชาชนทั้งหมด ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นในอนาคต กรมบัญชีกลางซึ่งดูแลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ

สำนักงานประกันสังคม ซึ่งรับผิดชอบ กองทุนประกันสังคม ต้องร่วมจ่ายเงินสมทบ สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้บริการกับผู้มีสิทธิ ในความรับผิดชอบของทั้งสองระบบด้วย

๕. การบริหารงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดอาจไม่ใช่การจ่ายเงินตามรายหัวประชากรลงไปยังสถานพยาบาลโดยตรง เพราะมีแนวโน้มของการจำกัดบริการเพื่อการประหยัดเงิน ประกอบกับกลไกการตรวจสอบ กำกับ และการให้รางวัลหรือการลงโทษ ยังไม่ได้พัฒนาอย่างเป็นระบบ จึงต้องมีการทบทวนและมองอย่างรอบด้านจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายว่าระบบใดเป็นกลไกที่จะส่งผลให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด ในการให้บริการ ดังนั้น กลไกการจ่ายเงินอาจเป็นการจ่ายแบบ fee for service ตามปริมาณบริการสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค^(๑) โดยต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดเลือกประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ยังอาจมีการให้แรงจูงใจด้วยการตั้งรางวัลเพิ่มเติม (bonus) สำหรับผู้ที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

๖. ที่ผ่านมานงานส่งเสริมสุขภาพของไทยจัดว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ดังเห็นได้จากรายงาน เด็กเกือบทั้งหมดคือ ร้อยละ ๙๔.๔ เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีขึ้น โดยร้อยละ ๗๕.๗ ไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ และร้อยละ ๒๔.๓ ไปรับบริการที่สถานพยาบาลเอกชนหรือใช้บริการหลายแห่ง^(๑๒) เมื่อมีการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ในบางจังหวัด และดำเนินการทุกจังหวัดในปี ๒๕๔๕ ได้มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการจ่ายเงินของงานส่งเสริมสุขภาพเป็นการคิดงบประมาณแบบปลายปิดด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้น กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย ต้องมีระบบการติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยยังคง

ได้ผลตามเป้าหมายในระดับที่น่าพอใจ โดยไม่มีผลเสียจากระบบการจ่ายเงินที่เปลี่ยนไป แต่ต้องได้รับผลดียิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกนำแผนงานใดเข้ามาในชุดสิทธิประโยชน์ต้องมีการประเมินความคุ้มค่าของแผนงานนั้นก่อน เพื่อคัดเลือกแผนงานที่ให้ประสิทธิผลต่อต้นทุนสูงสุด ท่ามกลางความจำกัดของทรัพยากรของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ว่าการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จะมีวิธีการคำนวณและรายละเอียดที่อ้างอิงฐานข้อมูลต่างๆ แต่ยังมีข้อจำกัดของข้อมูลในการคำนวณในหลายด้าน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการพัฒนางานต่างๆ เหล่านี้ต่อไปอีก เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดต่างๆ อันได้แก่

๑. ต้นทุนของบางกิจกรรม ทำให้ต้องใช้ต้นทุนของโครงการทั้งหมดจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ มาคำนวณเป็นงบประมาณที่ต้องใช้ ซึ่งอาจจะไม่ถูกต้องกับต้นทุนที่แท้จริง จึงควรมีการศึกษาวิธีการคิดงบประมาณในส่วนนี้ต่อไป

๒. สัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในแต่ละกิจกรรมต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุเท่ากับ ๖๒:๓๘ กับทุกกิจกรรม ดังนั้น การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานส่งเสริมสุขภาพแต่ละกิจกรรม จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขมาก กระทรวงสาธารณสุขต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้สถานพยาบาลทุกแห่งจัดทำการศึกษาต้นทุนตามวิธีมาตรฐาน เพื่อให้มีฐานข้อมูลพร้อมในการพัฒนาวิธีการคำนวณงบประมาณระบบสุขภาพต่อไป

๓. การคำนวณครั้งนี้ ผู้วิจัยอ้างอิงต้นทุนค่าวัสดุที่แท้จริง เช่น วัคซีน แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ยังไม่มีข้อมูลต้นทุนที่สามารถนำมาอ้างอิงได้ จึงใช้ค่าบริการที่กำหนดโดยคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษาอย่างยิ่งว่าค่าบริการที่กระทรวงกำหนดนั้น ครอบคลุมต้นทุนที่แท้จริงหรือไม่ อย่างไร นั่นคือ การจัดทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) และอัตราส่วนต้นทุนต่อราคาค่าบริการ (cost-charge ratio) ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการของงานพยาธิวิทยาในสถานพยาบาลทุกแห่ง

๔. อัตราเหมาจ่ายสำหรับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มเสี่ยงกำหนดให้เท่ากับร้อยละ ๒๐ ของค่าแรงและค่าวัสดุ การพัฒนาระบบวิธีการคิดงบประมาณให้ใกล้เคียงความเป็นจริงโดยการอ้างอิงจากจำนวนเป้าหมาย จำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาฐานข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit) เพื่อให้ทราบว่าประชาชนคนใดมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคตามที่ควรได้รับการตรวจสุขภาพบ้าง เป็นจำนวนเท่าใด การได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้คงต้องมาจากการสร้างสุขภาพด้วยบริการเชิงรุกของศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ต้องวางรากฐานให้มีการเข้าหาประชาชนถึงที่บ้านมากขึ้น เพื่อให้ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของสมาชิกทุกคนในบ้านทั้งผู้ที่ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วย นอกจากนี้ยังต้องทราบประวัติและลักษณะการเป็นอยู่ของแต่ละครอบครัวรวมทั้งสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านด้วย ซึ่งจะเป็นการพัฒนางานด้านการสร้างสุขภาพโดยการออกไปพบประชาชนที่บ้าน ซึ่งในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลในครั้งนี้ได้ทำการคำนวณงบประมาณสำหรับการเยี่ยมบ้าน (home visit) ไว้ด้วยแล้ว

๕. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อเพิ่มข้อมูล ในการสำรวจ อนามัยและสวัสดิการในปี ๒๕๔๖ เพื่อประเมินการอัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับอัตราเหมาจ่ายให้สอดคล้องกับ

การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนต่อไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา และคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกท่านที่ได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่อวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ, นพ.สุรจิต สุนทรธรรม, สำนักนโยบายและแผน, กรมอนามัย, กรมควบคุมโรคติดต่อ, คุณมธุรส ชัยวรพร, ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยั้ง, นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และ นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงผลการศึกษาให้มีความเหมาะสมและถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

ขอขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) และสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย ที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโสฯ และการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูมิศ ประทองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๕; ๑๐:๓๘๑-๕๐.
๒. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔ : ๒๘-๓๑.
๓. กระทรวงมหาดไทย. รายงานประชากรตามการขึ้นทะเบียน. ๒๕๕๔ [ค้นข้อมูลวันที่ ๒๕ ก.พ. ๒๕๕๕]; www.nso.go.th.
๔. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. รายงานสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ ๑. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข/ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๓๕.
๕. คณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๔. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๔.
๖. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริพร กาญจนา, พรศินี อมรวิเศษฐ์, นริศลักษณ์ กุลฤกษ์, วรทรัพย์ ชิตระเสริฐ และคณะ. ต้นทุนประสิทธิผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือตอนบน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/สำนักส่งเสริมสุขภาพอนามัย กรมอนามัย; ๒๕๕๕.
๗. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๔. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๕๕.
๘. กาญจนา ดิษยาธิคม, ดวงเนตร โณนิมิตร. การศึกษาด้านทุนและต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการสุขภาพสถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ใน ๖ จังหวัดภายใต้โครงการ SIP ปีงบประมาณ ๒๕๕๓. นนทบุรี: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔.
๙. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ประทองลักษณะ จ่ากลาง, เข้มทอง หน่อศรีดา, บุญศรี ปิยะตระกูลรัตน์, ลดาวัลย์ สุวรรณ. ต้นทุนของโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา โรงพยาบาล ๔ แห่งในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น; ๒๕๕๓.
๑๐. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, วิทยา ศรีดามา, วีระพล จันทรดียัง, ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช. แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี. แพทยสภาแห่งประเทศไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
๑๑. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๔.
๑๒. คณะกรรมการวิชาการการดำเนินงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. ๒๕๓๕. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๕๐. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข/สถาบันวิจัยสุขภาพไทย/องค์การอนามัยโลก; ๒๕๕๐.

Abstract Capitation Rate for Promotion and Prevention Package for the Fiscal Year 2546BE (2003AD)

Walaiporn Patcharanarumol, Phusit Prakongsai, Kanjana Tisayatikom, Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health System and Policy Research - International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2002; 11:582-98.

A capitation of 1,202 Baht (THB) was calculated for a nation-wide scale of universal health care coverage in the fiscal year (FY) 2546. There were three major limitations for the costing of preventive and promotion package (P&P): lack of detail package activities, target (general and high-risk) population for specific activities and cost of production. An assumption of 20 percent of the curative package, 175 THB per capita, was made; this was criticized of being too low and too high by stakeholders. Revision for FY2546 was based on 10 activities of P&P package and its relevant costs. The objective of this paper was to demonstrate detail cost estimation of P&P package for FY2546.

Based on secondary data, the total cost of P&P package for general population was a multiplication of specific numbers of population by age and sex, and annual frequency of activities provided plus non-labor operating cost. Where non-labor operating cost was not available, program cost from the Departments of Health, Communicable Disease Control was used. This was then adjusted by labor proportion. Due to data limitation, total cost for high-risk population was estimated at 20 percent of the total cost of the general population. The total cost for the general and the high-risk population was divided by total 62 million population in order to estimate capitation rate for P&P package.

The non-labor operating cost for 10 activities of the P&P package for general population was estimated at 3,329.54 million THB. This was adjusted by 62 percent labor cost for some new activities. Without such extra labor cost for the existing activities, total labor cost was estimated at 4,403.26 million THB. The total operating cost for P&P package was 7,732.8 million THB for the general population. Total operating cost for the high-risk population at 20 percent for that of general population, amounted to 1,546.56 million THB. The total P&P package for the whole population reached 9,279.36 million THB. The whole population (Civil Servant Medical Benefit 7 million beneficiaries, Social Security 10 million beneficiaries and rest of population 45 million) is equally eligible for P&P package. Then capitation rate was estimated at 206 THB (9,279.36/45) yet the benefit covers all population, not only for 45 million.

Key words: capitation rate, universal health care coverage, prevention and promotion program

อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

ภูษิต ประครองสาย

วลัยพร พัทธนฤมล

กัญจนา ติชยาธิคม

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนไทย และต้นทุนสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เป็นแรงกดดันให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ในเชิงวิชาการ สำหรับการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ โดยใช้กรอบการคำนวณอัตราเหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เป็นหลัก และใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด ได้แก่ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ต้นทุนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนปีงบประมาณ ๒๕๔๔ อ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแนวทางการตรวจสุขภาพประชาชนไทยของแพทยสภา การศึกษานี้ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน ๒๕๔๕ ผ่านการทำงานของคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากร และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคณะนักวิจัยเป็นเลขานุการวิชาการของคณะกรรมการ

ผลการศึกษาพบว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑,๔๑๔ บาท โดยมีองค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ๖๑๘ บาท บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ๔๖๕ บาท บริการทันตกรรมประดิษฐ์ ๒,๓๑ บาท บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล ๒๐๖ บาท บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๐ บาท การลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ๑๐๕ บาท อัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๔๑๔ บาทในปี ๒๕๔๖ นี้ สูงกว่าปี ๒๕๔๕ (๑,๒๐๒ บาท) เท่ากับ ๒๑๒ บาทต่อคน คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ ๑๗.๖ ทำให้รัฐบาลมีภาระงบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เท่ากับ ๘,๕๔๐ ล้านบาท

คำสำคัญ:

อัตราเหมาจ่ายรายหัว, โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ยกเว้น บางเขตของกรุงเทพมหานคร) ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๔ ที่ผ่านมา วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล รัฐบาลตัดสินใจ จัดสรรงบประมาณแบบปลายปิด เป็น “เหมาจ่ายรายหัวประชากร - capitation” โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ได้มีการกำหนดความต้องการงบประมาณจาก รัฐบาลในอัตราเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี อัตราเหมาจ่ายดังกล่าวครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรคระดับบุคคล การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเจ็บป่วยประเภทอุบัติเหตุฉุกเฉินและการลงทุนครุภัณฑ์ และที่ดินสิ่งก่อสร้างของสถานพยาบาล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ^(๑) ได้แสดงวิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณของอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โดยใช้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปี ๒๕๔๒ รายจ่ายกรณีการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงและอุบัติเหตุฉุกเฉินของสำนักงานประกันสังคมปี ๒๕๔๒-๒๕๔๓ ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากรไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ๒๕๓๙ พบว่า ความต้องการงบประมาณเท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี โดยจำแนกเป็นต้นทุนสำหรับผู้ป่วยนอก ๕๗๔ บาท ผู้ป่วยใน ๓๐๓ บาท บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลเท่ากับร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลซึ่งเท่ากับ ๑๗๕ บาท บริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๓๒ บาท บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๒๕ บาทและงบประมาณเพื่อการลงทุนร้อยละ ๑๐ ของค่ารักษาพยาบาลซึ่งเท่ากับ ๙๓ บาท ต่อมา ศุภสิทธิ์ พรณารุโนทัยและคณะ^(๒) ได้วิจารณ์ถึงจุดอ่อนของการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๕ คือ การประมาณการอัตราป่วยกรณีผู้ป่วยในต่ำกว่าที่

ควรจะเป็น ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่แตกต่างจากงานวิจัยปฏิบัติการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปี ๒๕๔๑^(๓) และการมิได้นำต้นทุนของสถานพยาบาลที่มีต้นทุนสูง คือ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมาใช้ในการคำนวณ

เนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากร ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาล ข้อเสนอแนะต่อวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบกับเสียงเรียกร้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๔ / ๒๕๔๕ โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธานคณะกรรมการและมีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานงบประมาณ ตัวแทนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ตัวแทนสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย นักวิชาการและนักวิจัยระบบสาธารณสุขทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเป็นคณะกรรมการดำเนินการโดยมีคณะผู้วิจัยเป็นเลขานุการด้านวิชาการ ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอให้คณะกรรมการฯ เพื่อหาข้อสรุปในทางวิชาการสำหรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อปีของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๔๖

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงวิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ และแหล่งข้อมูลที่ใช้ เพื่อเป็นเอกสารอ้างอิงในการสร้างความเข้าใจให้กับผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ถึงฐานที่มาของการคำนวณ องค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัว ตลอดจนข้อจำกัดต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในอนาคต

วิธีการศึกษา

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๖ อาศัยกรอบวิธีการคำนวณของปีงบประมาณ ๒๕๕๕ โดยดำเนินการศึกษาในช่วงระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน ๒๕๕๕ และอาศัยฐานข้อมูลดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลการเจ็บป่วยของคนไทยใช้ข้อมูลรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๕๔^(๑) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๒. ข้อมูลต้นทุนสถานพยาบาลในภาครัฐ ใช้ข้อมูลต้นทุนดำเนินการสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลมากที่สุดโดยระดับโรงพยาบาลชุมชนใช้ข้อมูล ๒๔๐ แห่ง ใน ๓๕ จังหวัดจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ๗๑๔ แห่ง ใน ๗๕ จังหวัด ส่วนข้อมูลโรงพยาบาลจังหวัดใช้ข้อมูล ๗๔ แห่ง จากโรงพยาบาลจังหวัดทั้งหมด ๙๒ แห่ง

๓. ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลในภาคเอกชน ใช้ข้อมูลต้นทุนดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนปี ๒๕๕๔ สืบมาจากโรงพยาบาลเอกชน ๒๕ แห่ง จากข้อมูลโรงพยาบาลเอกชน ๔๐ แห่งที่จัดส่งให้โดยการประสานงานของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

๔. ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ใช้ข้อมูลการศึกษาต้นทุนดำเนินการของโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจำนวน ๗ แห่ง ปีงบประมาณ ๒๕๕๔

๕. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คำนวณต้นทุนดำเนินการของกิจกรรมซึ่งอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ที่ระบุไว้ในเอกสาร “แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน” ของกระทรวงสาธารณสุข^(๒) และแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย^(๓) โดยแพทยสภาแห่งประเทศไทย

การควบคุมคุณภาพภายในและภายนอก

เมื่อนักวิจัยดำเนินการถึงขั้นตอนสุดท้าย ได้ส่งฐาน

ข้อมูลใน Excel file ไปยัง external reviewers จำนวน ๓ ราย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง ๓ คนได้ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้สูตรการคำนวณและความแนบเนียน (consistency) ระหว่าง worksheet ต่างๆ ในทุกๆแฟ้มข้อมูลและให้ความเห็นชอบกับผลการศึกษา นอกจากนี้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ประสานเพื่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านคณิตศาสตร์ประกันภัยจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Office, ILO) เป็น external reviewers เพื่อทบทวนความเหมาะสมทางด้านวิชาการอีกด้วย

ผลการศึกษา

องค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๕๖ มีรายการสำคัญ ๕ รายการ ได้แก่

๑. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
๒. การให้บริการทันตกรรมประติษฐ์
๓. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล

๔. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๕. การลงทุนทดแทนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง โดยคณะกรรมการฯ ได้มีมติให้ตัดอัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และบริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในกรอบการคำนวณอัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ออกเนื่องจากต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลทั้ง ๒ ประเภทได้นำมาคำนวณรวมอยู่ในต้นทุนกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยในของปีงบประมาณ ๒๕๕๖ แล้ว นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ คณะกรรมการฯ ได้เพิ่มอัตราเหมาจ่ายเพื่อชดเชยกรณีการรักษาพยาบาลราคาแพงในสถานพยาบาลตติยภูมิและกรณีทันตกรรมประติษฐ์ ซึ่งหลักเกณฑ์ วิธีการคำนวณ ข้อกำหนด ข้อสมมุติ ต่างๆ กรณีที่ไม่มีข้อมูล ที่ปรากฏในผลการศึกษานี้เป็นมติและให้การรับรองโดยคณะกรรมการชุดนี้

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๕๖ ประกอบด้วยรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

๑. อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้ฐานข้อมูล ๒ ชุด คือ

ข้อมูลชุดที่ ๑ การเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไทย

นำฐานข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของคนไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์จำแนกข้อมูลประชากรเป็น ๔ กลุ่ม คือ

•กลุ่มที่ ๑ ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ

•กลุ่มที่ ๒ ผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

•กลุ่มที่ ๓ กลุ่มประชาชนที่ประกันสุขภาพภาคเอกชนโดยสมัครใจ (private voluntary insurance)

•กลุ่มที่ ๔ ประชาชนที่เหลือ (rest of population) ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีบัตร สปร.เดิม บัตรสุขภาพเดิมและผู้ที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ

ทั้งนี้ประชากรกลุ่มที่ ๔ เท่านั้นที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างอายุประชากรและแนวโน้มพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรเป้าหมายในโครงการหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น จึงเลือกใช้ข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย และสัดส่วนการเลือกใช้สถานพยาบาลของประชากรในกลุ่มที่ ๔ เท่านั้น พบว่า ประชากรกลุ่มที่ ๔ มีอัตราการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ๔.๑๐๑ ครั้ง/คน/ปี (นำข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย ในช่วง ๒ สัปดาห์ มาคูณด้วย ๒๖ เพื่อเป็นอัตราการเจ็บป่วยทั้งปี) และ มีอัตราป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล (admission rate) ๐.๐๗๖๔ ครั้ง/คน/ปี ดังตารางที่ ๑

พฤติกรรมในการเลือกใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเจ็บป่วยจะเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ ๔๐) ส่วนผู้มีสิทธิประกันสังคมเลือกซื้อยากินเองมากที่สุด (ร้อยละ ๒๙) ประชากรกลุ่มที่เหลือ ส่วนใหญ่ซื้อยากินเองและไปรับบริการที่สถานีนามัย (ร้อยละ ๒๓ และร้อยละ ๒๒ ตามลำดับ) ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวคำนวณจากการเลือกใช้บริการของประชากรกลุ่มที่เหลือ (rest of population) เฉพาะจากสถานพยาบาลเท่านั้น (สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน) ดังแสดงในตารางที่ ๒

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเลือกรับบริการ

ตารางที่ ๑ อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนไทย จำแนกตามสิทธิต่างๆ, ๒๕๔๔

ลักษณะและอัตราการเจ็บป่วย	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (กลุ่มที่ ๑)	ประกันสังคม (กลุ่มที่ ๒)	ประกันสุขภาพเอกชน (กลุ่มที่ ๓)	ประชาชนกลุ่มที่เหลือ (กลุ่มที่ ๔)	รวมทั้งหมด
จำนวนประชากร	๕,๓๔๑,๒๖๔	๔,๕๓๗,๑๗๒	๘๐๒,๕๓๓	๕๒,๑๘๕,๖๔๖	๖๒,๘๗๖,๐๑๕
จำนวนการป่วยไม่ต้องนอนรพ. (ครั้ง/๒ สัปดาห์)	๗๗๔,๓๗๕	๔๒๕,๕๒๔	๕๒,๓๒๒	๘,๒๓๒,๐๕๒	๘,๕๒๔,๓๗๓
อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	๓.๗๖๕	๒.๔๓๘	๒.๕๖๐	๔.๑๐๑	๓.๕๓๕
ป่วยจนต้องนอน รพ. (ครั้ง/ปี)	๕๕๗,๖๖๕	๒๕๓,๔๔๕	๑๒๒,๔๘๑	๓,๕๘๘,๕๖๒	๔,๕๖๒,๑๕๓
อัตราป่วยจนต้องนอน รพ. (ครั้ง/คน/ปี)	๐.๑๐๔๔	๐.๐๖๔๗	๐.๑๕๒๕	๐.๐๗๖๔	๐.๐๗๘๕

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ ๒ ร้อยละการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยกรณีไม่ต้องนอนรพ.จำแนกตามสิทธิต่างๆ, ๒๕๔๔

วิธีการเลือกรับบริการเมื่อเจ็บป่วย กรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาล	สวัสดิการรักษ พยาบาลข้าราชการ	ประกัน สังคม	ประกันสุ ภาพเอกชน	ประชาชน กลุ่มที่เหลือ	รวม ทั้งหมด
ไม่ได้ทำการรักษา / ใช้ยาแผนโบราณ / สมุนไพร / หาหมอพื้นบ้าน / แผนโบราณ	๕	๔	๖	๘	๘
ซื้อยากินเอง	๑๘	๒๕	๒๘	๒๓	๒๓
ใช้บริการที่สถานีนานามัย	๕	๕	๔	๒๒	๒๐
ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน	๑๑	๖	๓	๑๔	๑๓
ใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ	๔๐	๑๗	๑๕	๑๘	๒๐
ใช้บริการที่คลินิกเอกชน	๑๕	๑๔	๑๕	๑๒	๑๒
ใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน	๕	๒๓	๒๕	๓	๔
อื่นๆ / ไม่ทราบ	๑	๒	๑	๐	๑
รวมทั้งหมด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ ๕๑) ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เลือกรับบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ ๓๙ และร้อยละ ๓๓ ตามลำดับ) ประชาชนกลุ่มที่เหลือ (rest of population) ส่วนใหญ่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๔๔ และร้อยละ ๓๐ ตามลำดับ) ดังในตารางที่ ๓

ข้อมูลชุดที่ ๒ ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

สถานีนานามัย ใช้ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกของสถานีนานามัยที่ใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๔ ปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค ร้อยละ ๓ เท่ากับ ๖๒ บาท

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ทำการคำนวณต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ด้วยวิธีลัด^(๓) โดยใช้สัดส่วนต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกต่อต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ ๑:๑๔ และ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ ๑:๑๔ ได้ค่ามัธยฐาน (median) ของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก

ของโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ ๒๖๒ บาท/ครั้ง และ โรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ ๓๗๔ บาท/ครั้ง ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน ๓,๖๖๙ บาท/ราย โรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ ๖,๔๑๒ บาท/ราย ดังตารางที่ ๔

คลินิกเอกชน ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของคลินิกเอกชน ผู้วิจัยอ้างอิงโครงสร้างกายภาพและจำนวนบุคลากรของสถานีนานามัย และ กำหนดให้คลินิกเอกชนมีต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๑๐๐ บาท/ครั้ง

โรงพยาบาลเอกชน ทำการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยด้วยวิธีลัดจากข้อมูลปี ๒๕๔๔ ของโรงพยาบาลเอกชน ๒๕ แห่งที่มีข้อมูลครบถ้วนโดยใช้สัดส่วนต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ต่อ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับโรงพยาบาลจังหวัด คือ ๑:๑๔ พบว่า ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๓๕๓ บาท/ครั้ง และ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน เท่ากับ ๖,๓๕๐ บาท/ราย

โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ใช้ค่ามัธยฐานต้นทุนการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลสังกัด

ตารางที่ ๓ ร้อยละการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลจำแนกตามสิทธิ, ๒๕๔๔

การเลือกรับบริการในกรณีเจ็บป่วย จนต้องนอนโรงพยาบาล	สวัสดิการรักษ พยาบาลข้าราชการ	ประกัน สังคม	ประกันสุข ภาพเอกชน	ประชาชน กลุ่มที่เหลือ	รวม ทั้งหมด
โรงพยาบาลชุมชน	๑๕	๕	๓	๓๐	๒๖
โรงพยาบาลจังหวัด	๕๑	๓๕	๑๕	๔๔	๔๔
โรงพยาบาลรัฐนอกจังหวัด	๒๑	๑๒	๗	๑๕	๑๕
โรงพยาบาลเอกชน	๑๑	๓๓	๖๓	๘	๑๒
โรงพยาบาลเอกชนนอกจังหวัด	๓	๖	๑๒	๒	๓
รวมทั้งหมด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ ๔ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง) และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย) ของสถานพยาบาลภาครัฐ ปี ๒๕๔๔ คำนวณด้วยวิธีถัด

	โรงพยาบาลชุมชน					โรงพยาบาลจังหวัด		
	๑๐ เตียง	๓๐ เตียง	๖๐ เตียง	๙๐-๑๒๐ เตียง	รวม	รพท.	รพศ.	รวม
จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (N)	๕๖	๔๑๘	๑๓๖	๖๔	๖๑๔	๖๗	๒๕	๙๒
จำนวนตัวอย่าง (n) ที่มีข้อมูลสมบูรณ์	๓๐	๑๖๔	๕๘	๒๘	๒๘๐	๔๕	๒๕	๗๐
ร้อยละของโรงพยาบาลตัวอย่างจากจำนวน โรงพยาบาลทั้งหมดในแต่ละระดับ (%)	๓๑	๓๙	๔๓	๔๔	๓๙	๗๓	๑๐๐	๘๐
ค่ามัธยฐาน (median) ต้นทุนต่อครั้ง ผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง)	๒๕๓	๒๖๓	๒๔๘	๒๗๑	๒๖๒	๓๓๑	๔๕๕	๓๗๘
ค่ามัธยฐาน (median) ต้นทุนต่อราย ผู้ป่วยใน (บาท/ราย)	๔,๑๐๒	๓,๖๘๒	๓,๔๗๒	๓,๗๕๔	๓,๖๖๕	๕,๕๕๘	๘,๒๖๒	๖,๘๑๒

ที่มา ฐานข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินและประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานพัฒนา
เครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ทบวงมหาวิทยาลัยในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ เท่ากับ ๖๗๙ บาท ต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ ๑๒,๒๒๒ บาท ต่อรายผู้ป่วยใน

นำข้อมูลชุดที่ ๑ และ ชุดที่ ๒ มาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยปรับเพิ่มอัตราป่วยกรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยค่าความแตกต่างของฤดูกาล (seasonal variation of illness) ร้อยละ ๓ เนื่องจากการ

สำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นการสอบถามการเจ็บป่วยในรอบ ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าการสำรวจอยู่ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน ๒๕๔๔ เมื่อนำปริมาณผู้ป่วยนอก จากรายงานของสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รายงาน ๐๑๐๐ รง ๕) มาวิเคราะห์ความแปรผันของฤดูกาลกับการใช้บริการผู้ป่วยนอก พบว่า เดือนเมษายนถึงมิถุนายน เป็นช่วงที่จำนวนผู้ป่วยนอกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั้งปีอยู่ร้อยละ ๓^(๔) ส่วน

อัตราป่วยกรณีนอนโรงพยาบาลเป็นการสอบถามข้อมูลย้อนหลังหนึ่งปีจึงไม่ต้องปรับความแตกต่างของฤดูกาลจะได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๖๑๔ บาท/คน/ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ ๕ และ ผู้ป่วยใน เท่ากับ ๔๖๙ บาท/คน/ปี ดังตารางที่ ๖

สำหรับวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายเพื่อชดเชยการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทาง คณะกรรมการฯ กำหนดให้ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยนอกที่ไม่ใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทางในปี ๒๕๔๔ เป็นผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อจาก รพ.ชุมชน หรือ รพท. / รพศ. และมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งเป็น ๒ เท่าของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย คือ $๖๗๙ \times ๒ = ๑,๓๕๘$ บาท เนื่องจากความซับซ้อนของการเจ็บป่วย และ/หรือ ต้องการการวินิจฉัยพิเศษ เป็นต้น

ส่วนต้นทุนของสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่เหลือ (๙๐%) ซึ่งไปใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทาง คิดต้นทุนเท่ากับรพท./รพศ. คือ ๓๗๔ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก ในขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทาง คิดต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย คือ ๑๒,๒๒๒ บาท ทำให้อัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการเฉพาะทางเท่ากับ ๒๖ บาทสำหรับผู้ป่วยนอกและ ๖๒ บาทสำหรับผู้ป่วยใน

๒. อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ (Denture care)

งานบริการทันตกรรมประดิษฐ์เป็นบริการที่ถูกระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของ

ตารางที่ ๕ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๕๖

ผู้ป่วยนอก	สถานพยาบาล	สัดส่วนในการเลือกสถานพยาบาล	ค่าธรรมเนียมต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท)	อัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)**
อัตราป่วยต่อคนต่อปี	ไม่ได้ทำการรักษา	๐.๐๕๑		
๔.๑๐๑	ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	๐.๐๑๘		
	ไปหาหมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ	๐.๐๐๖		
	ซื้อยากินเอง	๐.๒๒๖		
	ไปสถานอนามัย	๐.๒๒๒	๖๒	๕๘
	ไปโรงพยาบาลชุมชน	๐.๑๔๒	๒๖๒	๑๕๘
	ไปโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาล	๐.๑๗๕	๓๗๘	๒๘๖
	อื่นๆของรัฐ			
	ไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	๐.๐๐๕	๑,๓๕๘ *	๒๖
	ไปหาแพทย์ที่คลินิก	๐.๑๒๐	๑๐๐	๕๑
	ไปโรงพยาบาลเอกชน	๐.๐๒๖	๓๕๓	๓๕
	อื่นๆ / ไม่ทราบ	๐.๐๐๕		
	รวมทั้งหมด	๑.๐๐		๖๑๔

หมายเหตุ *กำหนดต้นทุนของผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน/รพท./รพศ.มีค่าใช้จ่ายเป็น ๒ เท่าของต้นทุนผู้ป่วยนอกรพ.ทบวงมหาวิทยาลัย = $๖๗๙ \times ๒ = ๑,๓๕๘$ บาท

**เป็นอัตราเหมาจ่ายที่ปรับเพิ่มด้วยอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยนอกตามค่าความแตกต่างของฤดูกาล ๓%

ตารางที่ ๖ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

ผู้ป่วยใน	สถานพยาบาล	สัดส่วนผู้ป่วยใน	ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อ รายผู้ป่วยใน (บาท)	อัตราเหมาจ่ายต่อ คนต่อปี (บาท)
อัตราป่วย ครั้งต่อคนต่อปี	โรงพยาบาลชุมชน	๐.๓๐๐	๓,๖๖๕	๘๔
๐.๐๗๖๔	โรงพยาบาลระดับจังหวัด	๐.๓๘๕	๖,๘๑๒	๒๐๒
	โรงพยาบาลรัฐนอกจังหวัด	๐.๑๓๔	๖,๘๑๒	๗๐
	โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	๐.๐๖๗	๑๒,๒๒๒	๖๒
	โรงพยาบาลเอกชน	๐.๐๘๒	๖,๓๕๐	๔๐
	โรงพยาบาลเอกชนนอกจังหวัด	๐.๐๒๒	๖,๓๕๐	๑๑
	อื่นๆ / ไม่ทราบ	๐.๐๐๖	๐	๐
	รวมผู้ป่วยในทั้งหมด	๑.๐๐		๔๖๔

จำนวนบุคลากร ทำให้การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต้องใช้ข้อมูลจำนวนทันตแพทย์และความสามารถในการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์เป็นฐานการคำนวณ โดยไม่สามารถใช้ความชุกของโรคหรือความต้องการของประชาชนได้ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายปี ๒๕๔๖ ใช้จำนวนทันตแพทย์ที่อยู่ในภาคราชการทั่วประเทศ ๓,๓๗๐ คน (จากรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๔๓ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย) ซึ่งสามารถให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ได้เต็มที่ ๔๐ ชิ้นต่อคนต่อปี^(๔) ค่าห้องปฏิบัติการงานทันตกรรมประดิษฐ์เฉลี่ยเท่ากับ ๑,๐๖๓ บาทต่อชิ้น^(๕) และผู้รับบริการเป็นประชากรในกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์ประมาณ ๔๕ ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ๖๒ ล้านคน จึงตั้งเป้าหมายให้มีการจัดทำทันตกรรมประดิษฐ์สำหรับประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับร้อยละ ๗๓ ของความสามารถทันตแพทย์ในการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ตลอดทั้งปี ค่าคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพื่อเตรียมไว้สำหรับงานทันตกรรมประดิษฐ์ในวงเงินสูงสุด เท่ากับ ๒.๓๐ บาทต่อคนต่อปี ดังแสดงในตารางที่ ๗

๓. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล

เมื่อใช้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งกำหนดลักษณะการให้บริการทั้งหมด ๑๐ รูปแบบ^(๔) ทำการคำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยการหาต้นทุนดำเนินการที่เป็นค่าวัสดุอย่างเดียว (non-labor operating cost) และปรับเพิ่มต้นทุนค่าแรง ที่ร้อยละ ๖๒ ของต้นทุนดำเนินการทั้งหมด (อ้างอิงสัดส่วนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก การศึกษาต้นทุนสถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในโครงการ Social Investment Project-SIP^(๖)) จะได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเท่ากับ ๒๐๖ บาท/คน/ปี^(๗)

๔. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service EMS)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและคณะกรรมการบริหารกองทุนบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้มีมติเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ใน

ตารางที่ ๗ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการทันตกรรมประติษฐ์

รายการ	จำนวน
จำนวนทันตแพทย์ที่อยู่ในภาคราชการปี ๒๕๕๓	๓,๓๗๐ คน
ความสามารถในการให้บริการทันตกรรมประติษฐ์อย่างเต็มที่	๕๐ ชิ้น/คน/ปี
จำนวนชิ้นของทันตกรรมประติษฐ์สูงสุดที่ทันตแพทย์ในภาคราชการสามารถให้บริการได้ต่อปี	๑๓๕,๘๐๐ ชิ้น
ค่าเฉลี่ยค่าบริการห้องปฏิบัติการ งานทันตกรรมประติษฐ์ชนิดฐานอะคริลิก	๑,๐๖๓ บาท
ร้อยละของประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับประชากรทั้งประเทศ	๗๒.๖
จำนวนทันตกรรมประติษฐ์ที่คาดว่าจะได้รับการบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๕๗,๘๓๕ ชิ้น
วงเงินงบประมาณสำหรับบริการทันตกรรมประติษฐ์ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖	๑๐๔,๐๐๒,๕๔๘ บาท
อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการทันตกรรมประติษฐ์	๒.๓๑ บาท/คน/ปี

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ดังนั้น ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ได้กำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน ๑๐ บาทต่อคนต่อปี เท่ากับที่อนุมัติให้ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕

๕. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการลงทุนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง (capital replacement)

คณะกรรมการเห็นชอบตามที่นักวิจัยเสนอ กำหนดให้เท่ากับร้อยละ ๑๐ ของอัตราเหมาจ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวม คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ คิดเป็น ๑๐๙ บาทต่อคนต่อปี ซึ่งกำหนดเป็นงบประมาณสำหรับการลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างเพื่อทดแทนการชำรุดเท่านั้น ไม่รวมถึงการลงทุนใหม่

สรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๕๖

เมื่อนำอัตราเหมาจ่ายรายหัวแต่ละรายการมารวมกันเพื่อเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ดังตารางที่ ๘ พบว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เท่ากับ ๑,๔๑๔ บาทต่อคนต่อปี โดยมีองค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ

บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ๖๑๔ บาท บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ๔๖๙ บาท บริการทันตกรรมประติษฐ์ ๒.๓๑ บาท บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล ๒๐๖ บาท บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๐ บาท และการลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง ๑๐๙ บาท โดยมีสัดส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลเท่ากับร้อยละ ๑๕

หากอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น ๑,๔๑๔ บาท รัฐบาลต้องใช้งบประมาณเพิ่มจากปีงบประมาณ ๒๕๕๕ เท่ากับ ๙,๕๔๐ ล้านบาท หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๖๔ โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างมีอัตราการเพิ่มสูงสุดคือร้อยละ ๓๐.๗ (ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอัตราเหมาจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล) ในขณะที่การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลและบริการด้านการรักษาพยาบาลมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๗๑ และร้อยละ ๑๖.๖๓ ตามลำดับ

อภิปรายผล

อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๑,๔๑๔ บาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ เป็นเงิน ๒๐๒ บาทหรือมีอัตรา

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบรายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖

ลำดับที่	รายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว	ปีงบประมาณ ๒๕๔๕	ปีงบประมาณ ๒๕๔๖	อัตราการเพิ่มของ งบประมาณ (ร้อยละ)
๑	การรักษาพยาบาล			
	• ผู้ป่วยนอก	๕๗๔	๖๑๘	
	• ผู้ป่วยใน	๓๐๓	๔๖๕	
๒	การรักษาพยาบาลที่มีอัตราเหมาจ่ายสูง	๓๒	X	๑๖.๖๓
	งานทันตกรรมประดิษฐ์	X	๒.๓๑	
๓	การรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๒๕	X	
๔	การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล	๑๗๕	๒๐๖	๑๗.๗๑
๖	การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service; EMS)	๑๐	๑๐	๐
๗	การลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง (capital replacement)	๕๓.๔-๑๐=๔๓.๔*	๑๐๕	๓๐.๗
	อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อคนต่อปี)	๑,๒๐๒	๑,๔๑๔	๑๗.๖๔
	ความแตกต่างจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ (บาทต่อคนต่อปี)			
	งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ)	๑๕	๑๕	
	ยอดรวมของงบประมาณ ต่อประชากร ๔๕ ล้านคน (ล้านบาท)	๕๔,๐๕๐	๖๓,๖๓๐	
	งบประมาณที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๕ (ล้านบาท)			๘,๕๘๐

*ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ งบประมาณเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จำนวน ๑๐ บาทต่อหัวประชากร หักจากงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

เพิ่มร้อยละ ๑๗.๖๔ นั้น เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชากรไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔ ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลของประชาชนเท่ากับ ๐.๐๗๖๔ ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่การสำรวจปี ๒๕๓๙ มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเท่ากับ ๐.๐๖๖๖ ครั้งต่อคนต่อปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕.๖ ในขณะที่อัตราค่าการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๔๔ ลดลงจากปี ๒๕๓๙ เล็กน้อย (๔.๑๐ ครั้งต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๔ และ ๔.๓๔ ครั้งต่อคนต่อปีในปี ๒๕๓๙)

๒. ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดที่นำมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายปี ๒๕๔๖ มีค่าสูงกว่าตัวเลขต้นทุนที่ใช้ในการคำนวณปี ๒๕๔๕ โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลระดับจังหวัดปี ๒๕๔๖ ใช้ตัวเลขต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ๓๗๔ บาท และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ๖,๔๑๒ บาท ในขณะที่ปี ๒๕๔๕ ใช้ตัวเลขต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ๒๗๔ บาท และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ๕,๔๒๔ บาท คือ มีการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๖ และร้อยละ ๒๕.๖ ตามลำดับ

๓. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ มี

การนำตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยซึ่งมีต้นทุนต่อหน่วยสูงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (๖๗๙ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกและ ๑๒,๒๒๒ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) มาร่วมคำนวณด้วย

วิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปี ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ ใช้ข้อมูลที่สำคัญคือ ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลทุกระดับ ข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการสถานพยาบาลของประชาชนไทย ดังนั้น ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทั้งสองชุด จึงมีความสำคัญอย่างมาก แต่จากการสำรวจในช่วงต้นปี ๒๕๔๕ พบว่า มีสถานพยาบาลในภาครัฐที่ดำเนินการศึกษาดำเนินการโดยวิธีมาตรฐานจำนวนน้อยมาก ทั้งๆ ที่สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดอบรม รวมทั้งจัดส่งแผ่น Compact Disc ช่วยสอนเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานพยาบาลให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนแล้วก็ตาม ดังนั้น ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ จึงเป็นค่าใช้จ่ายรวมของสถานพยาบาลในปี ๒๕๔๔ แล้วนำมาคำนวณต้นทุนโดยวิธีลด จากนั้นจึงนำค่ามัธยฐานต้นทุนของสถานพยาบาลแต่ละระดับมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่าย ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจไม่สามารถสะท้อนต้นทุนจริงของสถานพยาบาลได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เฉพาะหรือมีการให้บริการที่มีลักษณะพิเศษ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูลด้านการเงินและการคลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถใช้ตัวเลขข้อมูลต้นทุนที่มาจากวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนสำหรับการพัฒนารฐานข้อมูลด้านการเงินและการคลังสุขภาพต่อไปในอนาคต

ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชากรไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนั้น มีแนวโน้มที่อัตราป่วยกรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาลจะต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากการสัมภาษณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากหัวหน้าครัวเรือน (proxy

respondent) หากไม่สามารถสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากการสำรวจในปี ๒๕๔๔ พบว่าเป็นการสัมภาษณ์โดยผู้อื่นตอบแทนร้อยละ ๕๔.๕^(๑๑) ดังนั้น จึงมีแนวโน้มว่า ผู้ให้ข้อมูลแทนจะไม่สามารถทราบการเจ็บป่วยและการใช้บริการของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนได้ ส่วนการเจ็บป่วยกรณีนอนโรงพยาบาลจะเป็นเหตุการณ์สำคัญของครัวเรือนและสมาชิกทุกคน ข้อมูลอัตราการเจ็บป่วยกรณีนอนโรงพยาบาลจึงมีแนวโน้มใกล้เคียงความเป็นจริงค่อนข้างมาก

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการคำนวณและรายละเอียดที่มากกว่าปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ซึ่งในปี ๒๕๔๕ ใช้วิธีประมาณการเท่ากับร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายบริการรักษาพยาบาล แต่พบว่า มีข้อจำกัดของข้อมูลในการคำนวณต้นทุนของกิจกรรมบางรายการ ทำให้ต้องใช้ข้อมูลต้นทุนของโครงการทั้งหมดจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ มาคำนวณงบประมาณที่ต้องใช้ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ซึ่งอาจจะไม่ถูกต้องกับต้นทุนที่แท้จริง นอกจากนี้ สัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในแต่ละกิจกรรมควรต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในอนาคต

ความเห็นของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖

อัตราเหมาจ่ายซึ่งคำนวณได้ทางวิชาการเท่ากับ ๑,๔๐๔ บาทต่อคนต่อปี นำไปสู่การอภิปรายอย่างกว้างขวางในหลายเวที ในหลายคณะทำงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง โดยมีความเห็นเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่มที่หนึ่ง ในฝ่ายที่ดูแลรับผิดชอบการคลังภาครัฐ นักวิชาการ และนักเศรษฐศาสตร์ เห็นว่าอัตราที่สูงเกินไป เมื่อเทียบกับภาระงบประมาณ ฐานะการคลัง การรักษาวินัยการคลัง ภาระหนี้สาธารณะต่อผลิตภัณฑ์

มวลรวมภายในประเทศ ภาระการจ่ายงบประมาณเพื่อชำระดอกเบี้ยเงินกู้ภาครัฐ เพดานงบประมาณปี ๒๕๔๖ กำหนดไว้ที่ ๙๙๙,๐๐๐ ล้านบาทโดยจัดทำงบประมาณขาดดุลต่อเนื่องจากปีงบประมาณก่อนหน้า ดังนั้นภาระงบประมาณที่เพิ่มจากปี ๒๕๔๕ จำนวน ๙,๕๓๔ ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๖ จึงมากเกินความสามารถที่จะหามาให้ทั้งหมดได้ นอกจากนี้ข้ออภิปรายสนับสนุนว่า อัตราที่สูงเกินไป ได้แก่

●การสำรวจภาคสนามของ ศุภสิทธิ์ พรณารุณัย และคณะ^(๑๔) ในพื้นที่ ๔ จังหวัดระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงธันวาคม ๒๕๔๔ พบว่า อัตราการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับร้อยละ ๕๙ และร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ ดังนั้น ควรจะต้องปรับลดอัตราเหมาจ่ายนี้ด้วยอัตราการใช้บริการจริง ซึ่งอัตราเหมาจ่าย ๑,๔๑๔ บาทนั้น คำนวณจากสมมติฐาน อัตราการใช้บริการร้อยละ ๑๐๐ ทุกครั้งที่เจ็บป่วยตามแบบแผนตามการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี ๒๕๔๔

●ต้นทุนดำเนินการ ของการรักษาพยาบาลนั้น อาจสูงเกินไป ด้วยเหตุของความด้อยประสิทธิภาพของสถานพยาบาล นอกจากนี้ต้นทุนที่คำนวณได้นี้ และการรวมเอาต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งค่อนข้างฟุ่มเฟือยในการสั่งจ่ายยา และการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ที่เกินความจำเป็นรวมอยู่ด้วย

กลุ่มที่สอง ในฝ่ายที่รับผิดชอบการจัดบริการให้ผู้ป่วย ทั้งภาครัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลภาคเอกชน เห็นว่า อัตราที่เหมาะสมแล้ว ข้อสนับสนุน คือ เมื่อประชาชนมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จนอาจถึงระดับเกินความจำเป็นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้นทุนในการเข้าถึงบริการ นอกจากค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสแล้ว เท่ากับ ๓๐ บาท สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการคุ้มครองมาก่อน (ซึ่งต้องการข้อมูลพิสูจน์สมมติฐานนี้ต่อไป) นอกจากนี้ สถานพยาบาล

เฉพาะทางและสถานพยาบาลตติยภูมิไม่สามารถรับอัตราเหมาจ่ายนี้ได้ เนื่องจากมีต้นทุนการให้บริการที่สูง โดยเฉพาะมีการเรียนการสอนในระดับปริญญาและหลังปริญญา (ข้อโต้แย้งกลับคือ สถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จะต้องวิเคราะห์ต้นทุนของการผลิตบัณฑิต ออกจากต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย และไม่พึงใช้งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล มาอุดหนุน - cross subsidy การผลิตบัณฑิต งบประมาณการผลิตบัณฑิตควรจะได้จากทบวงมหาวิทยาลัย หรือค่าหน่วยกิตที่สอดคล้องกับต้นทุน)

ประสบการณ์ของผู้วิจัย ในการเป็นเลขานุการด้านวิชาการให้คณะกรรมการฯ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่น ระหว่างอัตราเหมาจ่ายกับการบริหารงบประมาณ (กรณีเหมาจ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - inclusive capitation หรือ กรณีเหมาจ่ายผู้ป่วยนอก - capitation และกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน - Global budget หรือที่เรียกว่า exclusive capitation) และพฤติกรรมการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิภายใต้วิธีการบริหารงบประมาณ ทั้ง ๒ แบบ ซึ่งมีผลต่อฐานะการเงินของสถานพยาบาลตติยภูมิ ความกังวลและความไม่แน่ใจในอนาคตของฐานะการเงินของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การพิจารณาอัตราเหมาจ่ายครั้งนี้ไม่นำปัจจัยเหล่านี้ มาเกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ ดังนั้น รูปแบบการบริหารงบประมาณจึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเลขเหมาจ่ายรายหัว

ผู้วิจัยเห็นว่า การเลือกอัตราเหมาจ่าย อัตราใดอัตราหนึ่งระหว่าง ๑,๒๐๒ บาทถึง ๑,๔๑๔ บาทนั้น นอกจากข้อมูลเชิงวิชาการด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย เพื่อเป็นฐานการตัดสินใจทางการเมืองแล้ว น่าจะได้พิจารณาปัจจัยที่สำคัญเช่น

●ภาระงบประมาณ ฐานะการคลังภาครัฐ และภาระหนี้สาธารณะ และการสนองตอบนโยบายรัฐบาลที่สำคัญ โดยเฉพาะการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจะ

ได้รับงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอ

- เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทุกคนแล้ว บทบาทการจ่ายสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบภัยซึ่งบาดเจ็บจากรถ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยบริษัทประกันวินาศภัย อาจจะค่อยๆ หมดความจำเป็นลง รัฐบาลควรจะบริหารเงินก้อนนี้แทนบริษัทประกันภัย โดยมีส่วนแบ่งจากเบี้ยประกันภัยรับจากเจ้าของรถตามพระราชบัญญัตินี้ บริษัทประกันวินาศภัย อาจคงรับผิดชอบจ่ายสินไหมทดแทนกรณีตายและทุพพลภาพเท่านั้น การปรับนโยบายนี้ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีรายได้จากกรณีนี้อยู่หลายพันล้านบาทต่อไป

- อัตราการใช้บริการจริงของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การปรับลดอัตราเหมาจ่ายตามการยอมรับ (compliance) ของการใช้บริการนั้น มีความจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลอัตราการใช้บริการของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่เป็นระยะ ในขั้นนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยจะทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นการประจำทุก ๒ ปี (แทนการสำรวจทุก ๕ ปี)

- วิธีการบริหารงบประมาณที่ส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลจัดบริการอย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้มีสิทธิอย่างสูงสุด ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิอย่างเหมาะสม ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยไม่ “กัก” หรือ “ผลัก” ผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม

- การเพิ่มประสิทธิภาพของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้ต้นทุนการให้บริการเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างคุ้มค่ามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งเดิมดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก ๕ ปี ครั้ง

ล่าสุดคือปี ๒๕๔๔ และครั้งต่อไปจะดำเนินการในปี ๒๕๔๙ อาจเป็นระยะเวลานานเกินไปสำหรับการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น ควรมีการประสานงานกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อจัดให้มีการสำรวจอนามัยและสวัสดิการอีกครั้งในปี ๒๕๔๖ และต่อเนื่องทุก ๒ ปี ซึ่งนอกจากจะเป็นการประเมินผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีต่อไป

๒. ในขณะเดียวกัน การพัฒนาระบบข้อมูล การให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในสถานพยาบาลคู่สัญญา (CUP) มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการประเมิน และการปรับนโยบายที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และให้การอุดหนุนสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคต

๓. ต้องมีมาตรการบังคับให้มีการศึกษาต้นทุนของสถานพยาบาลแบบวิธีมาตรฐาน (conventional method of unit cost analysis) ในสถานพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขและของภาคเอกชน รวมทั้งต้นทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล

๔. ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการบริหารงบประมาณที่จัดสรรเงินเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการแบบเฉพาะทาง และสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย (๒๖ บาทสำหรับผู้ป่วยนอกและ ๖๒ บาทสำหรับผู้ป่วยใน)

๕. เนื่องจากการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในงานส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลบางรายการ เช่น บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็ก การให้ยาต้านเชื้อไวรัส HIV จากมารดาสู่ลูกและการให้นมผงสำหรับทารกที่มารดาติดเชื้อ จะคิดครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั่วประเทศ ดังนั้น จึงเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องให้บริการและดูแลกลุ่มบุคคลเป้าหมายเหล่านี้อย่าง

ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศต่อไป โดยในอนาคต กองทุนประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง ซึ่งรับผิดชอบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอาจจะต้องร่วมจ่ายกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้บริการกับกลุ่มผู้ประกันตนในความรับผิดชอบของกองทุนทั้งสอง

๖. การบริหารงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล และกิจกรรมสำหรับกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกประชากรกลุ่มเสี่ยงและควรสรุปบทเรียนในการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในปีงบประมาณที่ผ่านมา

๗. ควรมีการวิเคราะห์และวางแผนงบประมาณสำหรับการลงทุนที่เหมาะสมของระบบสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการกำหนดงบประมาณเพื่อการลงทุน และป้องกันภาวะถดถอยของการลงทุนในระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.อัมมาร สยามวาลาและคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกท่านที่ได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่อวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔ นพ. ศุภสิทธิ์ พรณารุโนทัย, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, กรมอนามัย, กรมควบคุมโรคติดต่อ, ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยัง ทันตแพทย์ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการศึกษาค้างนี้ ขอขอบพระคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ Mr. Kenichi Hirose จากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงผลการศึกษามีความเหมาะสมและถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย ที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส และการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประครองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐: ๓๘๑-๔๐.
๒. ศุภสิทธิ์ พรณารุโนทัย, ศิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี (จดหมายถึงบรรณาธิการ). วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๑: ๑๒๑-๖.
๓. ศุภสิทธิ์ พรณารุโนทัย, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐: ๓๕๑-๕.
๔. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๔๔.
๕. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔ : ๒๙-๓๑.
๖. ศุภชัย คุณารัตนพลฤกษ์, วิทยา ศรีดามา, วีระพล จันทร์ดียิ่ง, ศรีสุกัลลักษณ์ สิงคาลวณิช. แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: แพทยสภาแห่งประเทศไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๗. กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐานและแบบถัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐: ๓๕๕-๖๗.
๘. คณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากรในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สรุปรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๔๔. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๙. จารุรัตน์ บุณราคัมรุหะ. การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายการบริการทันตสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

๑๐. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอแนะต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายรายหัวกรณีทัศนคติกรมประดิษฐ์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๖. เอกสารประกอบการประชุมครั้งที่ ๕ / ๒๕๔๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๑. กัญญา ดิษยารักษ์, ดวงเนตร โถนิมิตร์. การศึกษาต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยการจัดการสุขภาพสถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ใน ๖ จังหวัดภายใต้โครงการ SIP ปีงบประมาณ ๒๕๔๓. นนทบุรี: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๑๒. วลัยพร พชรนฤมล, ภูษิต ประครองสาย, กัญญา ดิษยารักษ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวของบุคคลิทธิประโยชน์กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ ๒๕๔๖. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / องค์การอนามัยโลก; ๒๕๔๕.
๑๓. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการประชุมปรึกษาหารือในการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๖ ครั้งที่ ๓. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๔. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Kongsawat S, Srithamrongsawat S, Suttayakom W, Rodsawaeng P. Sustainable Universal Health Coverage : household met need. Nonthaburi : Health System Research Institute; ๒๐๐๒.

Abstract Capitation Rate of the Universal Health Care Coverage for the Fiscal Year 2546
Phusit Prakongsai, Walaiporn Patcharanarumol, Kanjana Tisayatikom and Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health System and Policy Research - International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2002; 11:599-613.

Changes in morbidity and cost of service provision were the two major pressures for the revision of capitation for the fiscal year 2546BE (2003AD).

The objective of this study was to analyze and propose capitation rate for FY2546. The same analytical framework for FY2545 was used with the most updated morbidity information from Health and Welfare Survey 2544 conducted by National Statistical Office, and cost of public and private health care providers using quick method of outpatient and inpatient operating cost estimations for FY2544. On preventive and promotion services, the benefit package as stipulated by the universal health care coverage scheme was referred. This study invited a genuine participation and involvement by all major public and private stakeholders through a task force arrangement whereby the researchers served as technical secretariat. The study was conducted during January to April 2545.

Based on the most updated evidence, the capitation rate for FY 2546 was 1,414 baht per capita beneficiary. The capitation amount comprised several key components: 618 baht for ambulatory care, 469 baht for hospitalization, 2.31 baht for dentures, 206 baht for personal preventive promotion services, 10 baht for pre-hospital ambulance services and finally 109 baht for replacement of capital expenditure. The 2546 capitation rate of 1,414 baht was 212 baht higher than capitation rate in 2545 (1,202 baht), an increase of 17.6 percent; this resulted in 9,540 million baht additional budget required by the government compared to that in FY2545.

Key words: capitation rate, universal health care coverage, FY2546BE.

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทำนายโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตร สำหรับหญิงไทย กรณีศึกษา จากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ๒๕ แห่ง

ยศ ตีระวัฒนานนท์

ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

จงกล เลิศเชิธรำรง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาสมการทำนายโอกาสของการคลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านมารดา ทารก ปัจจัยด้านสูติแพทย์ และปัจจัยด้านโรงพยาบาล กับโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตร โดยใช้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลหญิงที่มากคลอดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๒๕ แห่ง ผลการศึกษาพบว่า อายุของหญิงที่มากคลอดบุตร น้ำหนักทารกแรกคลอด เวลาที่คลอด วันที่คลอด การฝากพิเศษ ความแตกต่างของค่าฝากพิเศษระหว่างการผ่าตัดคลอดกับการคลอดปกติ อัตราส่วนของผู้คลอดทั้งหมดคือสูติแพทย์ ชนิกของโรงพยาบาล และที่ตั้งของโรงพยาบาล มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการทำนายผลวิธีการคลอด สำหรับตัวแปรอื่นๆ นอกเหนือที่ได้กล่าวไปแล้ว ไม่มีผลต่อความแม่นยำของการทำนายวิธีการคลอด โดยตัวแปรการฝากพิเศษมีค่า Odds ratio สูงที่สุด ผลการศึกษาที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนในเชิงนโยบายเพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในประเทศไทย

บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรในประเทศไทยกำลังถูกมองเสมือนทางเลือกของมารดาที่ต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรด้วยวิธีธรรมชาติที่พึงเลือกได้ แม้ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดบุตรจะมีความปลอดภัยมากอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อนในอดีต แต่ข้อเท็จจริงจากงาน

วิจัยหลายชิ้นพบว่าการคลอดทางช่องคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความปลอดภัยมากที่สุด^(๑-๔)

นอกเหนือจากข้อบ่งชี้ด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง สุขภาพของมารดาและทารกพบว่าการผ่าตัดคลอดยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ ด้านสังคม ค่านิยมและเศรษฐกิจ

เช่น ในต่างประเทศพบว่าวิธีการจ่ายเงินค่าคลอดบุตร หรือการมีระบบประกันสุขภาพจะส่งผลอย่างมากต่อ โอกาสในการผ่าตัดคลอด^(๕-๗) หรือการฟ้องร้องแพทย์มาก ขึ้นทำให้แพทย์มีแนวโน้มในการตัดสินใจผ่าตัดคลอดง่าย ขึ้น^(๑๐-๑๒) เป็นต้น

สำหรับสถานการณ์การผ่าตัดคลอดบุตรในประเทศ ไทยจากการสำรวจระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๓๙^(๑๓) พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นมาโดยตลอด โดยในปี ๒๕๓๓ มีอัตราการผ่าตัด คลอดบุตรร้อยละ ๑๕.๙ สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงร้อยละ ๒๒.๔ ในปี ๒๕๓๙ อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรพบสูง ที่สุดในโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๕๐ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปคือร้อยละ ๒๒.๙ โรงพยาบาลอื่นๆในภาครัฐเฉลี่ยที่ร้อยละ ๒๐.๒ ขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดเพียง ๗.๒

เมื่อนำอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรของประเทศไทย เทียบกับประเทศอื่นพบว่าในต่างประเทศโดยเฉพาะใน ทวีปยุโรปและลาตินอเมริกาอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักรในปี ๒๕๓๙ มีอัตราการผ่าตัด คลอดร้อยละ ๒๐.๖ และร้อยละ ๑๖ ตามลำดับ^(๑๔)

ผลเสียของการผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีความจำ เป็นสำหรับมารดาได้แก่ อันตรายซึ่งเกิดจากการเสีย เลือดรวมถึงได้รับยาสงบหรือยาระงับความรู้สึก^(๑-๓) สำหรับทารกก็เพิ่มความเสี่ยงจากการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในรายที่ผ่าคลอดก่อนการเจ็บครรภ์ มีโอกาส ได้รับอันตรายจากมีดผ่าตัดหรือยาสงบและยาระงับ ความเจ็บปวด^(๑) นอกจากนั้นแล้วยังส่งผลกระทบในทาง เศรษฐกิจและสังคม โดยพบว่าทุกๆร้อยละ ๑ ของการ เพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในประเทศไทย จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ ๙๐ ล้านบาท โดยหากคิดว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรที่ เหมาะสมควรเป็น ร้อยละ ๑๕ ซึ่งกำหนดโดยองค์การ อนามัยโลก แสดงว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในปี ๒๕๓๙ ที่ร้อยละ ๒๒.๔ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย

สูงถึง ๖๖๖ ล้านบาท^(๑๕)

การศึกษาเพื่อหาสมการทํานายโอกาสของการคลอด บุตรด้วยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะทำให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้าน มารดาและทารก ปัจจัยด้านสูติแพทย์ และปัจจัยด้าน โรงพยาบาล กับโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรเพื่อ เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนในเชิงนโยบายเพื่อลด อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

แหล่งข้อมูล

ใช้ข้อมูลจากการวิจัยการคลอดบุตรและการผ่าท้อง คลอดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่ง ดำเนินการเก็บข้อมูลหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๒๙ แห่ง ในช่วง เดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๔๐ ซึ่งมีผู้มา คลอดทั้งสิ้น ๘,๗๖๔ ราย

กรอบของการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนี้ได้กำหนดให้ตัวแปรตามหรือ ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่การคลอดด้วยวิธีการผ่าตัด และการคลอดทางช่องคลอด ทั้งนี้เนื่องจากในทาง ปฏิบัติสูติแพทย์ในประเทศไทยได้กำหนดให้หญิงตั้ง ครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อนแล้วต้องคลอดบุตร ด้วยวิธีการผ่าตัดอีก (secondary cesarean section) แม้ว่าจะมีรายงานทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ที่บ่งชี้ว่าการคลอดทางช่องคลอดภายหลังการผ่าตัด คลอดบุตรจะมีความปลอดภัยในระดับหนึ่ง แต่ เนื่องจากยังไม่เป็นที่แพร่หลายและยอมรับสำหรับ ประเทศไทย^(๑๖) ดังนั้นในการวิเคราะห์เพื่อทํานายโอกาส การคลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดในครั้งนี้ ผู้วิเคราะห์จึง ได้ทำการตัดข้อมูลสำหรับผู้คลอดที่เคยได้รับการผ่าตัด คลอดมาก่อนแล้วออกไปจากการวิเคราะห์ เพื่อป้องกัน การรบกวนต่อตัวแปรอื่นๆที่จะนำมาใช้ในการทํานาย

เนื่องจากผลลัพธ์ของการทํานายจากสมการจะ

เกิดขึ้นได้เพียงสองแบบ (binary outcome) คือ คลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด ตัวแปรทั้งหมดจึงนำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้ทางวิธีทางสถิติแบบ Logistic regression ด้วยโปรแกรม STATA Version 6 และใช้ LR test for minimum log likelihood เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อเลือกตัวแปรต่างๆเข้าในในสมการทำนายผล

สำหรับตัวแปรต่างๆที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย

๑. ตัวแปรด้านมารดาและบุตร

- อายุของหญิงที่มาคลอดบุตร

แม้ว่าปัจจัยด้านอายุของหญิงที่คลอดบุตรจะมีได้เป็นข้อบ่งชี้ทางสถิติศาสตร์สำหรับการผ่าตัดคลอดบุตร แต่ทั่วไปพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(๑๓) การศึกษาครั้งนี้จึงแบ่งอายุของหญิงเป็น ๒ กลุ่มคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า ๓๖ ปี และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ ๓๖ ปีขึ้นไป

- น้ำหนักแรกคลอดของทารก

น้ำหนักของทารกเมื่อเทียบกับรูปร่างของมารดาจะมีผลต่อความยากง่ายของการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาแน่ชัดแต่โดยทั่วไปสำหรับหญิงไทยมักถือว่าทารกที่มีน้ำหนักตั้งแต่ ๔,๐๐๐ กรัมขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดยากด้วยวิธีธรรมชาติ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลของการประมาณน้ำหนักของทารกก่อนคลอด แต่มีข้อมูลของน้ำหนักที่แท้จริงของทารกที่ซั้หลังการคลอด ตัวแปรนี้จึงนำมาแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่มเช่นกันโดยใช้น้ำหนักของทารกแรกคลอดที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔,๐๐๐ กรัม เป็นกลุ่มที่หนึ่งและน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัมเป็นกลุ่มที่สอง

- ช่วงเวลาของการคลอด

ประกอบด้วยส่วนที่สำคัญคือวันและเวลา โดยในส่วนของวันได้กำหนดให้มี ๗ กลุ่มตั้งแต่ วันอาทิตย์

จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ศุกร์ และเสาร์ สำหรับเวลาได้แบ่งตามเวรปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล คือ ๓ ช่วง คือ ตั้งแต่เวลา ๐.๐๐- ๔.๐๐ น. ๔.๐๐- ๑๖.๐๐ น. และ ๑๖.๐๐- ๒๔.๐๐ น.

- การฝากพิเศษ

การฝากพิเศษซึ่งหมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์ได้ตกลงกับแพทย์คนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะให้ดูแลตนเองเป็นพิเศษ อาจจะต้องตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์หรือดูแลเฉพาะช่วงคลอดบุตรก็ได้ ทั้งนี้แพทย์ผู้ดูแลมักจะได้รับค่าสิ่งตอบแทนเป็นจำนวนเงิน สำหรับข้อมูลการฝากพิเศษนี้ได้จากการลงข้อมูลให้ของเจ้าหน้าที่ห้องคลอดแบ่งเป็นหญิงคลอดที่ฝากพิเศษและหญิงคลอดที่ไม่ได้ฝากพิเศษ

- ค่าฝากพิเศษ และความแตกต่างของค่าฝากพิเศษระหว่างกรณีการผ่าตัดคลอดกับการคลอดปกติ

ในการสำรวจครั้งนี้ได้มีการสอบถามไปยังเจ้าหน้าที่ห้องคลอดหรือเจ้าหน้าที่หลังคลอดให้ลงข้อมูลในส่วนของการใช้จ่ายในการสำหรับการคลอดด้วยวิธีต่างๆ รวมถึงอัตราเฉลี่ยสำหรับค่าฝากพิเศษในกรณีคลอดทางช่องคลอดและคลอดด้วยการผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยโดยทั่วไปสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ทางผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลของค่าฝากพิเศษทั้งกรณีคลอดทางช่องคลอดและการคลอดโดยการผ่าตัด และผลต่างของค่าฝากพิเศษในกรณีทั้งสองมาใช้ในการสมการเนื่องจากอาจมีผลกวนของทั้งสามตัวแปร ผู้วิจัยจึงจะเลือกเพียงหนึ่งตัวแปรสำหรับนำมาใช้ในการสมการทำนายโดยดูจากความลงตัวของสมการ (minimum log likelihood) ของสมการ สำหรับการแบ่งผลต่างของค่าฝากพิเศษนั้นใช้การแบ่งที่ ผลต่างของค่าฝากพิเศษน้อยกว่า ๑,๐๐๐ บาท กับผลต่างของค่าฝากพิเศษมากกว่า ๑,๐๐๐ บาท

๒. ตัวแปรด้านการะงานของสูติแพทย์ (workload)

- อัตราส่วนของผู้มาคลอดต่อสูติแพทย์ และ

อัตราส่วนของผู้มาคลอดที่ฝากพิเศษต่อสูติแพทย์

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจำนวนสูติแพทย์ของโรงพยาบาล

ทุกแห่งจากรายงานประจำปีของกองโรงพยาบาลภูมิภาคในปี ๒๕๔๐ มาหารด้วยจำนวนหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลเหล่านั้นจากการเก็บข้อมูลของนักวิจัยในระยะเวลา ๑ เดือน ทำให้ได้สัดส่วนของผู้มาคลอดทั้งหมดต่อสูติแพทย์หนึ่งคนของโรงพยาบาลทั้ง ๒๕ แห่ง หรือนำมาหารด้วยจำนวนหญิงคลอดที่ฝากพิเศษในโรงพยาบาลแต่ละแห่งสำหรับอัตราส่วนของผู้มาคลอดที่ฝากพิเศษต่อสูติแพทย์ สำหรับการแบ่งชั้นเพื่อการวิเคราะห์ใช้วิธีการเรียงลำดับเป็น ๔ กลุ่ม (Quartile) คือ (๑) ผู้คลอดจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๔ คนต่อสูติแพทย์ต่อเดือน (๒) ผู้คลอดจำนวน ๓๕-๔๗ คนต่อสูติแพทย์ต่อเดือน (๓) ผู้คลอดจำนวน ๔๘-๖๓ คนต่อสูติแพทย์ต่อเดือน (๔) ผู้คลอดจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๔ คนต่อสูติแพทย์ต่อเดือน

๓. ตัวแปรของโรงพยาบาลและที่ตั้ง

- ชนิดของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ครั้งนี้จึงได้แบ่งระดับของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษเป็น ๓ ระดับได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากกว่า ๓๐๐ เตียงและโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยน้อยกว่า ๓๐๐ เตียง

- ภาคซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล

นอกเหนือจากชนิดของโรงพยาบาลแล้ว ที่ตั้งของโรงพยาบาลซึ่งอาจหมายถึงประเพณีและวัฒนธรรมและทัศนคติของประชาชนในแต่ละภาคของประเทศก็อาจจะมีผลต่อการผ่าตัดคลอดบุตรด้วย ดังนั้นผู้วิเคราะห์จึงได้นำตัวแปรที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลในภาคต่าง ๆ มารวมในการวิเคราะห์ด้วย โดยแบ่งเป็น ๔ ภาค กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ เหนือ และใต้

ผลการศึกษา

จากสมการตั้งต้นซึ่งแทนค่าด้วยตัวแปรต่างๆที่กล่าวไปข้างต้น พบว่า

๑) อายุของหญิงที่มาคลอดบุตร

๒) น้ำหนักทารกแรกคลอด

๓) เวลาคลอด

๔) วันที่คลอด

๕) การฝากพิเศษ

๖) ความแตกต่างของค่าฝากพิเศษระหว่างการผ่าตัดคลอดกับการคลอดปกติ

๗) อัตราส่วนของผู้คลอดทั้งหมดต่อสูติแพทย์

๘) ชนิดของโรงพยาบาล

๙) ที่ตั้งของโรงพยาบาล

มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการทํานายผลวิธีการคลอด สำหรับตัวแปรอื่นๆนอกเหนือที่ได้กล่าวไปแล้วไม่มีผลต่อความแม่นยำของการทํานายวิธีการคลอดได้แก่

- ค่าฝากพิเศษของการคลอดด้วยการผ่าตัด

- ค่าฝากพิเศษของการคลอดทางช่องคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ

หรือมีผลต่อสมการแต่มีผลกวนกับตัวแปรอื่น ได้แก่

- อัตราส่วนของจำนวนผู้คลอดที่ฝากพิเศษต่อสูติแพทย์

โดยตัวแปรที่มีผลต่อการลดลงของ log likelihood มากกว่า คือ อัตราส่วนของผู้คลอดทั้งหมดต่อสูติแพทย์ จึงถูกเลือกเข้าในสมการ

โดยสรุปของสมการการทํานายผลวิธีการคลอดได้ผลดังนี้

วิธีการคลอด = $-๓.๔๕ + ๐.๕๒ (\text{อายุ} > ๓๕ \text{ ปี}) + ๐.๐๒ (\text{น้ำหนักทารก} > ๔๐๐๐ \text{ กรัม}) + ๐.๒๔ (\text{คลอดช่วง } ๔.๐๐-๐๖.๐๐ \text{ น.}) + ๐.๗๖ (\text{คลอดช่วง } ๐๖.๐๐-๒๔.๐๐) + ๐.๓๔ (\text{คลอดวันจันทร์}) + ๐.๔๔ (\text{คลอดวันอังคาร}) + ๐.๒๒ (\text{คลอดวันพุธ}) + ๐.๔๑ (\text{คลอดวันพฤหัสบดี}) + ๐.๖๒ (\text{คลอดวันศุกร์}) + ๐.๑๖ (\text{คลอดวันเสาร์}) + ๐.๔๕ (\text{กรณีฝากพิเศษ}) + ๐.๒๖ (\text{ค่าฝากพิเศษต่างกันมากกว่า } ๑๐๐๐ \text{ บาท}) + ๐.๗๗ (\text{ผู้คลอด } ๓๕-๔๗ \text{ คน/สูติแพทย์}) + ๐.๒๕ (\text{ผู้คลอด } ๔๘-๖๓ \text{ คน/สูติแพทย์}) + ๐.๒๔ (\text{ผู้คลอด } > ๖๔ \text{ คน/สูติแพทย์}) - ๐.๕ (\text{โรงพยาบาลทั่วไปเตียงผู้ป่วย } > ๓๐๐)$

เตียง) - ๐.๓๑ (โรงพยาบาลทั่วไปเตียงผู้ป่วย <๓๐๐ เตียง) - ๐.๑๓ (โรงพยาบาลในภาคอีสาน) + ๐.๒๔ (โรงพยาบาลในภาคเหนือ) + ๐.๕๕ (โรงพยาบาลในภาคใต้)

โดยผลลัพธ์ วิธีการคลอดเป็น ๐ หมายถึง คลอดทางช่องคลอด และ ๑ หมายถึง คลอดโดยการผ่าตัดคลอด (primary cesarean section)

หรือหากนำเสนอผลการดังกล่าวที่ได้มาแปลงเพื่ออธิบายในรูปของ Odds ratio ดังตารางที่ ๑ จะพบว่า

- โอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรระหว่างหญิงคลอดบุตรที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีสูงเป็น ๑.๖๔ เท่าของหญิงมีคลอดบุตรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๕ ปีซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)
- น้ำหนักแรกคลอดของทารกที่มากกว่า ๔,๐๐๐

กรัมก็มีโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า ๔,๐๐๐ กรัมถึง ๒.๗๗ เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

- ทารกที่คลอดบุตรในช่วงเวลา ๔.๐๑-๑๖.๐๐ น.และคลอดในช่วงเวลา ๑๖.๐๑-๒๔.๐๐ น.มีโอกาสดำเนินการคลอดสูงกว่าผู้ที่คลอดในช่วงเวลา ๐.๐๑-๔.๐๐ น.เป็น ๓.๔๔ และ ๒.๑๔ เท่าตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

- การคลอดที่เกิดในช่วงวันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ และเสาร์ จะมีโอกาสผ่าตัดคลอดเป็น ๑.๔๗ เท่า ๑.๖๒ เท่า ๑.๕๑ เท่าและ ๑.๔๕ เท่าเมื่อเทียบกับการคลอดบุตรในวันอาทิตย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0๕$) แต่การคลอดบุตรในวันพุธและเสาร์ ไม่พบว่ามีควม

ตารางที่ ๑ ค่า Odds ratio, Standard error P-value และ ๙๕% confidential interval ของปัจจัยในการผ่าตัดคลอดบุตร

การผ่าตัดคลอด (primary C/S)	Odds Ratio	Std. Err.	P> z	[๙๕% Conf. Interval]	
อายุ >๓๕ ปี	๑.๖๘๐	๐.๑๘๒	๐.๐๐๐	๑.๓๕๘	๒.๐๗๘
น้ำหนักทารก >๔๐๐๐ กรัม	๒.๗๖๕	๐.๕๑๐	๐.๐๐๐	๑.๕๓๐	๓.๕๗๔
คลอดช่วง ๘.๐๑-๑๖.๐๐ น.	๓.๔๔๓	๐.๒๕๘	๐.๐๐๐	๒.๙๐๕	๔.๐๗๕
คลอดช่วง ๑๖.๐๑-๒๔.๐๐	๒.๑๓๖	๐.๒๑๐	๐.๐๐๐	๑.๗๖๒	๒.๕๙๐
คลอดวันจันทร์	๑.๔๖๗	๐.๑๘๐	๐.๐๐๒	๑.๑๕๓	๑.๘๖๖
คลอดวันอังคาร	๑.๖๒๒	๐.๒๐๐	๐.๐๐๐	๑.๒๗๓	๒.๐๖๖
คลอดวันพุธ	๑.๒๔๑	๐.๑๖๓	๐.๑๐๐	๐.๙๕๕	๑.๖๐๕
คลอดวันพฤหัสบดี	๑.๕๐๖	๐.๑๘๕	๐.๐๐๑	๑.๑๗๗	๑.๙๒๖
คลอดวันศุกร์	๑.๘๕๒	๐.๒๓๐	๐.๐๐๐	๑.๔๕๒	๒.๓๖๒
คลอดวันเสาร์	๑.๑๗๕	๐.๑๕๕	๐.๒๒๑	๐.๘๖๖	๑.๕๓๖
กรณีฝากพิเศษ	๔.๒๖๒	๐.๒๖๕	๐.๐๐๐	๓.๗๗๓	๔.๘๑๖
ค่าฝากพิเศษต่างกันมากกว่า ๑๐๐๐ บาท	๑.๒๕๖	๐.๑๑๔	๐.๐๐๓	๑.๐๕๓	๑.๕๔๐
ผู้คลอด ๓๕-๔๗ คน/สูติแพทย์	๒.๑๕๑	๐.๒๓๒	๐.๐๐๐	๑.๗๔๑	๒.๖๕๘
ผู้คลอด ๔๘-๖๓ คน/สูติแพทย์	๑.๒๘๕	๐.๑๓๘	๐.๐๑๗	๑.๐๔๖	๑.๕๘๕
ผู้คลอด >๖๔ คน/สูติแพทย์	๑.๓๒๖	๐.๑๗๕	๐.๐๓๓	๑.๐๒๔	๑.๗๑๗
โรงพยาบาลทั่วไปเตียงผู้ป่วย >๓๐๐ เตียง	๐.๕๕๒	๐.๐๘๔	๐.๕๘๐	๐.๘๐๐	๑.๑๓๓
โรงพยาบาลทั่วไปเตียงผู้ป่วย <๓๐๐ เตียง	๐.๗๓๓	๐.๑๑๓	๐.๐๔๔	๐.๕๔๒	๐.๙๕๑
โรงพยาบาลในภาคอีสาน	๐.๘๘๑	๐.๐๕๖	๐.๒๔๕	๐.๗๑๓	๑.๐๕๐
โรงพยาบาลในภาคเหนือ	๑.๓๑๗	๐.๑๓๓	๐.๐๐๖	๑.๐๘๑	๑.๖๐๔
โรงพยาบาลในภาคใต้	๑.๗๓๑	๐.๑๕๕	๐.๐๐๐	๑.๔๕๑	๒.๐๖๕

สมการทำนายโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรสำหรับหญิง

แตกต่างกับโอกาสของการผ่าตัดคลอดในวันอาทิตย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- โอกาสของการผ่าตัดคลอดสำหรับผู้ที่ไม่ฝากพิเศษ กับแพทย์จะสูงกว่ากรณีที่ไม่ฝากพิเศษถึง ๔.๒๖ เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.00$)

- ความแตกต่างของค่าฝากพิเศษระหว่างการผ่าตัดคลอดกับการคลอดปกติที่มากกว่า ๑,๐๐๐ บาท ทำให้หญิงคลอดบุตรมีโอกาสดำเนินการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น ๑.๓๐ เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

- ปริมาณของผู้มาคลอดบุตร ๓๙-๔๗ รายต่อสูติแพทย์หนึ่งคน ๔๔-๖๓ รายต่อสูติแพทย์หนึ่งคนและ ๖๔ รายขึ้นไปต่อสูติแพทย์หนึ่งคน ทำให้มีโอกาสดำเนินการคลอดบุตรเมื่อเทียบกับผู้มาคลอดบุตร น้อยกว่า ๓๙ รายต่อสูติแพทย์หนึ่งคนเป็น ๒.๑๕ เท่า ๑.๒๙ เท่าและ ๑.๓๓ เท่าตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

- ชนิดของโรงพยาบาลพบว่าการคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่มีเตียงผู้ป่วยน้อยกว่า ๓๐๐ เตียงจะมีโอกาสดำเนินการคลอดบุตรเป็น ๐.๗๓ เท่าเมื่อเทียบกับการคลอดในโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สำหรับการคลอดในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีเตียงผู้ป่วยมากกว่า ๓๐๐ เตียงไม่มีความแตกต่างในโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรเมื่อเทียบกับการคลอดในโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ภาคที่ตั้งของโรงพยาบาลพบว่าการคลอดในภาคเหนือและภาคใต้จะมีโอกาสดำเนินการคลอดบุตรสูงกว่าการคลอดในภาคกลาง ๑.๓๒ เท่า และ ๑.๗๓ เท่าตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ต่างกับการคลอดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่มีความแตกต่างของโอกาสการผ่าตัดคลอดเมื่อเทียบกับการคลอดในภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่านอกเหนือจากปัจจัยทางด้านการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับมารดาและ

ทารกแล้ว โอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรยังขึ้นกับปัจจัยด้านอื่นๆทางสังคม ภูมิศาสตร์ และเศรษฐกิจ ได้แก่ วันที่และเวลาของการคลอด การฝากพิเศษกับสูติแพทย์ ความแตกต่างของค่าฝากพิเศษระหว่างการผ่าตัดคลอดกับการคลอดปกติทางช่องคลอด ภาระงานของสูติแพทย์ หรือปัจจัยด้านขนาดและที่ตั้งของโรงพยาบาล ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์จึงไม่ควรมุ่งแต่การให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น เพราะเชื่อว่าสูติแพทย์เกือบทั้งหมดทราบดีถึงข้อบ่งชี้ต่างๆสำหรับการผ่าตัดคลอด เพียงแต่ปัจจัยต่างๆทางสังคมและเศรษฐกิจส่งผลต่อการตัดสินใจทั้งต่อสูติแพทย์เองและผู้มาคลอด

จากผลการวิจัยเห็นได้ชัดว่าการฝากพิเศษกับสูติแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการผ่าตัดคลอด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาฝากพิเศษกับสูติแพทย์จำนวนมากเพราะทราบดีว่าตนเองต้องการการดูแลเป็นพิเศษจึงทำให้กลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรในสัดส่วนที่สูงกว่า หรืออีกนัยหนึ่งก็คือการฝากพิเศษเป็นปัจจัยทำให้มีการผ่าตัดคลอดบุตรมากเกินความจำเป็น ทั้งจากความต้องการของผู้คลอดที่ฝากพิเศษ (เพราะต้องการผ่าตัดคลอด) และสูติแพทย์ก็ต้องการผ่าตัดคลอดให้เพราะต้องการบริหารจัดการด้านเวลาของสูติแพทย์เอง มีแรงจูงใจคือค่าฝากพิเศษที่จะได้รับมากกว่าหากผ่าตัดคลอด รวมถึงการต้องเผชิญกับความเสี่ยงสูงหากการคลอดในรายที่ฝากพิเศษมีปัญหาให้สูติแพทย์ที่เชื่อว่าการผ่าตัดคลอดปลอดภัยกว่าจึงตัดสินใจทำการผ่าตัดคลอด ซึ่งก็เป็นที่น่าสังเกตเช่นกันว่าแม้ในความเป็นจริงการผ่าตัดคลอดจะมีอันตรายต่อมารดาและทารกมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดแต่ในรายที่มีการฟ้องร้องต่อสูติแพทย์ในเรื่องการคลอดบุตรพบว่าเกือบทั้งหมดเป็นการฟ้องร้องเพราะสูติแพทย์ไม่ทำการผ่าตัดคลอดให้ทันเวลา แต่ไม่ปรากฏว่ามีการฟ้องร้องต่อสูติแพทย์ที่ทำการผ่าตัดคลอดเกินความจำเป็นจนเกิดผลแทรกซ้อน^(๑) จึงน่าเป็นเหตุผลสำคัญว่าเหตุใดสูติแพทย์

จึงเลือกผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดทางช่องคลอดหากต้องการป้องกันตนเองจากการถูกฟ้องร้อง

สำหรับปัจจัยที่สำคัญรองลงมาได้แก่เวลาที่คลอด ซึ่งค่อนข้างชัดเจนอยู่แล้วว่าในกรณีการผ่าตัดคลอดที่ไม่ฉุกเฉินส่วนใหญ่จะทำการผ่าตัดในช่วงเวลากลางวัน จึงส่งผลให้มีโอกาสผ่าตัดคลอดสูงกว่าช่วงเวลาอื่น อย่างไรก็ตามอาจเป็นไปได้ว่าสูติแพทย์บางท่านใช้การผ่าตัดคลอดเป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารเวลา เช่น กรณีผู้คลอดบางรายมีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหาในช่วงนอกเวลาราชการ ก็อาจตัดสินใจทำการผ่าตัดคลอดให้เสร็จก่อนหมดเวลาราชการ สำหรับน้ำหนักของทารกก็มีความน่าเชื่อถือเข้าได้กับทฤษฎีที่ว่าทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมมีโอกาสถูกผ่าตัดคลอดมากกว่า

อย่างไรก็ตามมีข้อที่น่าสังเกตและควรศึกษาลงไป ในรายละเอียดกว่านี้ คือ ประการที่ ๑ ผู้คลอดในภาคใต้มีโอกาสผ่าตัดคลอดมากกว่าผู้คลอดในภาคอื่นของประเทศทั้งที่อัตราการฝากพิเศษในภาคต่างๆมีความแตกต่างกันไม่มาก (ภาคกลางร้อยละ 42 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 33 ภาคเหนือร้อยละ 34 และภาคใต้ร้อยละ 34) และประการที่ 2 คือ การระการคลอดของสูติแพทย์มิได้แปรผันตามโอกาสการผ่าตัดคลอดบุตรซึ่งแต่เดิมมักเชื่อว่าสูติแพทย์ที่มีภาระการคลอดมากอาจจำเป็นต้องบริหารจัดการด้านเวลามากกว่าผู้ที่มีภาระการคลลดน้อยจึงต้องใช้ในการผ่าตัดคลอดมาเป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารเวลา

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเพื่อลดการผ่าตัดคลอด ร่วมกับวิธีการเดิมที่ใช้อยู่ ได้แก่ การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์ การติดตามและรายงานสถานการณ์การผ่าตัดคลอดในระดับสถานพยาบาลและระดับประเทศ การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามส่วนสำคัญที่สุดของการแก้ไขปัญหา ก็คือการพึงระวังมิให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดของทั้งมารดาและทารก เพราะการผ่าตัดคลอดยังมี

ความจำเป็นเสมอและมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับมารดาที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. Wagner M. Choosing cesarean section. *Lancet* 2000; 356:1677-80.
๒. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354:776.
๓. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalisation. *JAMA* 2000; 283:2411-6.
๔. Pincharoen S. Slide presentation. 2001. Ref Type: Report
๕. Gruber J, Kim J, Mayzlin D. Physician fee and procedure intensity: the case of cesarean delivery. *J Health Econ* 1999; 18:473-90.
๖. Onion DK, Meyer DL, Wennberg DE, Soule DN. Primary cesarean section rates in uninsured, Medicaid and insured populations of predominantly rural New England. *J Rural Health* 1999; 15:108-12.
๗. Aron DC, Gordon HS, DiGiuseppe DL, Harper DL, Rosenthal GE. Variations in risk-adjusted cesarean delivery rates according to race and health insurance. *Med Care* 2000; 38:35-44.
๘. Cai WW, Marks JS, Chen CH, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *Am J Public Health* 1998; 88:777-80.
๙. Padmadas SS, Kumar S, Nair SB, Kumari A. Caesarean section delivery in Kerala, India: evidence from a National Family Health Survey. *Soc Sci Med* 2000; 51:511-21.
๑๐. Tussin AD, Wojtowycz MA. Malpractice, defensive medicine and obstetrical behaviour. *Medical Care* 1997; 35:172-91.

๑๑. Dubay L, Kaestner R, Waidmann T. The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *J Health Econ* 1999; 18:491-522.
๑๒. Obstetricians are the top in medical field who are being sued, กรุงเทพฯธุรกิจ ๒๕๔๔.
๑๓. Tangcharoensathien V, Jansathit N, Sithitune C. Pattern of hospital delivery in Thailand 1990-1996. Bangkok: Health Systems Research Institute; 1998.
๑๔. Editorial. Cesarean section on the rise. *Lancet* 2000; 356:1697.
๑๕. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of Private practice in Public hospitals on the cesarean section Rate in Thailand. *Human Resources for Development Journal* 2000; 4:2-12.
๑๖. N. Saropala, S. Suthutvoravut. The outcome of the first VBAC program in Thailand. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998; under publication
๑๗. Andersen A.N, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000; 320:1708-12.

Abstract Model for Prediction of Cesarean Section in 29 Regional and General Hospitals in Thailand

Yot Teerawathananon^{*}, Piya Hanvoravongchai^{*}, Jongkul Lertiendumrong^{*}, Viroj Tangcharoensathien^{*}

^{*}International Health Policy Program, Thailand.

Journal of Health Science 2002; 11:630-7.

The objective was to create the model to predict cesarean section in Thailand by taking into account both biomedical and socioeconomic factors. A prospective cohort study was conducted in 29 Regional and Provincial hospitals from May to June 1998. The outcome of study, cesarean section or vaginal delivery, was observed. Logistic regression was used in the analysis.

The result showed that socioeconomic factors were as important as medical factors to influence cesarean section in Thailand. The recommended model was $P(\text{cesarean section}) = -3.85 + 0.52 (\text{age} > 35 \text{ years}) + 1.02 (\text{birth weight} > 4000 \text{ grams}) + 1.24 (\text{time at delivery } 8.01-16.00) + 0.76 (\text{time at delivery } 16.01-24.00) + 0.38 (\text{delivered on Monday}) + 0.48 (\text{delivered on Tuesday}) + 0.22 (\text{delivered on Wednesday}) + 0.41 (\text{delivered on Thursday}) + 0.62 (\text{delivered on Friday}) + 0.16 (\text{delivered on Saturday}) + 1.45 (\text{being private patient}) + 0.26 (\text{difference of doctor fee between cesarean section and vagina delivery} > 1000 \text{ Baht}) + 0.77 (\text{obstetrician's workload } 39-47 \text{ delivery/month}) + 0.25 (\text{obstetrician's workload } 48-63 \text{ delivery/month}) + 0.28 (\text{obstetrician's workload } > 64 \text{ delivery/month}) - 0.5 (\text{hospital beds} > 300) - 0.31 (\text{hospital beds} < 300) - 0.13 (\text{northeastern region}) + 0.28 (\text{northern region}) + 0.55 (\text{southern region})$.

Key words: cesarean section, factors, private patient, Thailand

การประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพ ชุมชนของจังหวัดสระบุรี

รวิวรรณ ศิริสมบุญ*

ถนอมวงษ์ วงษ์สถิตย์*

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

จากการจัดตั้งรัฐบาลชุดใหม่ ประเทศไทยได้มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกำหนดให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรก และเรียกสถานบริการนี้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ระดับชาติ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติที่ระดับจังหวัด และกระบวนการดำเนินงานในรอบ ๖ เดือนแรก วิธีการศึกษาประกอบด้วยการทบทวนเอกสาร การสังเกตและการสอบถามทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการของศูนย์สุขภาพชุมชน จ. สระบุรี จำนวน ๒๐ แห่ง ในเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนเมษายน ๒๕๔๕

ผลการวิจัยพบว่า ด้วยคุณลักษณะของนโยบายที่เร่งรัด ทำให้เจ้าหน้าที่มีความพร้อมน้อยในหลายด้าน เช่น ไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย โดยเห็นด้วยกับนโยบายที่ “เน้นสร้างสุขภาพ” สูงสุด แต่ไม่เห็นด้วยกับ “การนำเงินเดือนมารวมในงบที่สนับสนุนโครงการ” เมื่อประเมินรูปแบบของการจัดบริการพบว่า เกิดภาพการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชนแบบทดลองที่หลากหลายทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน โดยศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพร้อมในด้านโครงสร้าง สถานที่ในการจัดบริการ มากกว่าการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหา การให้อิสระในการตัดสินใจและวางแผนจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนทำให้มีการกระจายอย่างไม่เสมอภาค กระจุกตัวในที่ที่มีสถานบริการหนาแน่นอยู่แล้วในภาพรวมประชาชนมีความพึงพอใจค่อนข้างมาก ร้อยละ ๘๒.๘ แต่มีความพอใจน้อยในงานบริการทันตสาธารณสุข และการเยี่ยมบ้าน การศึกษากรณีจังหวัดสระบุรีครั้งนี้ให้ภาพเชิงลึกของโครงการศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อจังหวัดสระบุรี จังหวัดอื่นและส่วนกลาง ในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: บริการปฐมภูมิ, ประเมินผล, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, วิเคราะห์กระบวนการนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, ความพึงพอใจ

บทนำ

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นชื่อเรียกสถานพยาบาลปฐมภูมิ ที่พัฒนาภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๑) ที่ได้รับการคาดหวังให้เป็นสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจประจำครอบครัวประชาชน โดยต้องมีความพร้อมใน “การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ และเป็นบริการที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานงานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อบรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป”^(๒,๓)

คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรก รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหน่วยบริการ และจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหลักหรือหน่วยบริการปฐมภูมิรองตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก โดยรถยนต์ภายใน ๓๐ นาที^(๔) การดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จะมีประสิทธิภาพได้เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ตามนโยบายโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือมีความยั่งยืนหรือไม่เพียงใด และเป็นที่ยอมรับของประชาชนหรือไม่นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิเช่น นโยบายที่เน้นหนักต่อเนื่อง การจัดสรรงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง การตั้งใจจริงและทุ่มเทของผู้บริหารระดับต้นที่สนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติระดับล่าง ทั้งด้านบุคลากร วิชาการ วัสดุอุปกรณ์ และกำลังใจ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติในการปฏิบัติ

งานไปในแนวทางเดียวกัน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ต้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเต็มที่และชัดเจน

ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักในจังหวัดสระบุรี ที่ได้จัดตั้งและดำเนินการแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษานโยบายไปปฏิบัติ กระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน และผลของการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนในรอบ ๖ เดือนแรก (ต.ค. ๒๕๔๔ - มี.ค. ๒๕๔๕) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะของนโยบายด้านการจัดบริการปฐมภูมิ การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่จังหวัดและสู่ระดับปฏิบัติ ตลอดจนกระบวนการดำเนินงานของจังหวัดและสถานพยาบาลคู่สัญญาในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน และ ค้นหาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ปัจจัยความพร้อมในการดำเนินงาน และทัศนคติในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของประชาชนผู้มาใช้บริการ

วิธีการศึกษา

๑. การทบทวนเอกสาร (documentary review) เรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน

๑.๑ เอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และแหล่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ เอกสารของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนที่จัดทำโดยสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก

๑.๓ บันทึกการสังเกตระหว่างงานนิเทศงานศูนย์สุขภาพชุมชน และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

๒. การประเมินผลการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๐ แห่ง จังหวัดสระบุรี ไม่เกิน ๓ แห่งต่อสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ในการตรวจเยี่ยม ศูนย์สุขภาพ

ชุมชนครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๙ เมษายน ๒๕๔๕ แบบประเมิน^(๕) ประยุกต์จากแบบประเมินสถานบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข^(๖) ด้วยการให้คะแนนโดยเจ้าหน้าที่ผู้สังเกตงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับการแต่งตั้งจำนวน ๑๑ คน แต่ละคนประเมินในหัวข้อเดิมทุกครั้ง

๓. การสอบถามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ๙๔ คน เรื่องความพร้อมและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ด้วยแบบสอบถามชนิดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กรอก (self-administered questionnaire) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และความสัมพันธ์ของปัจจัยความพร้อมและค่าคะแนนความคิดเห็นโดยสถิติไค-สแควร์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/for windows

๔. การสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ด้วยแบบสอบถามชนิดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กรอก บ้านละหนึ่งแบบสอบถาม ๓๐ บ้านต่อ PCU หนึ่งแห่ง รวม ๖๐๐ แบบสอบถาม วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย

๕. ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน ๒๕๔๕

พื้นที่ศึกษา จังหวัดสระบุรี

ผลการศึกษา

ส่วนที่ ๑ ผลการนำนโยบายไปปฏิบัติด้านการจัดบริการปฐมภูมิ

๑. นโยบายและการแปลงนโยบายมาสู่การปฏิบัติ

๑.๑ ด้านนโยบายส่วนกลาง รัฐบาลมีนโยบายเร่งรัดสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๗) ให้กับประชาชนทุกคน ยกเว้นผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ และสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม โดยจัดงบประมาณสนับสนุนโครงการตามรายชื่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ต้องจัดบริการสาธารณสุขแบบองค์รวมให้กับ

ประชาชนในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย เน้นการบริการเชิงรุกด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ในสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพประชาชน ได้กำหนดรูปแบบมาตรฐานสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านใกล้ใจ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU (Primary Health Care Unit) โดยมอบหมายให้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจัดบริการตามรูปแบบโดยให้มีแผนจัดตั้งในปีแรก จัดตั้งในโรงพยาบาล ๑ แห่งและนอกโรงพยาบาลอย่างน้อย ๑ แห่ง และขยายให้ครอบคลุมพื้นที่ภายใน ๕ ปี และมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะผู้ซื้อบริการ (purchaser) เป็นผู้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตามสัญญา โดยรับความรู้ในการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพชุมชน^(๗-๙) ทาง Internet และเอกสารประกอบต่างๆ จากส่วนกลาง

๑.๒ ด้านนโยบายระดับจังหวัด ได้มีการแปลงนโยบายมาสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดศูนย์สุขภาพชุมชนที่สามารถให้บริการประชาชนได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจังหวัดได้จัดทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ

๑.๒.๑ จัดประชุมเพื่อแผนการจัดตั้ง PCU ๕ ปี^(๑๐) และให้เจ้าหน้าที่ศึกษาดูงานจังหวัดอื่นๆ

๑.๒.๒ ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดจัดทีมประชาสัมพันธ์สัญจรไปยังหน่วยบริการทุกระดับที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อทำความเข้าใจในนโยบาย หลักการ และแนวทางการปฏิบัติ และสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขโดยตรง

๑.๒.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบสถานพยาบาลก่อนที่จะรับขึ้นทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๑.๒.๔ จัดทำข้อตกลงเป็นมติคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเรื่องต่างๆ^(๑๑) คือ

- การจัดแบ่งพื้นที่และประชากร (mapping) ในการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคำนึงถึงความ

สะดวกทางการคมนาคมของประชาชนเป็นหลัก ไม่น่าถึงขอบเขตพื้นที่ตามเขตปกครอง

- การจัดเครือข่ายบริการ ให้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตั้งของสถานีอนามัยเดิม โดยให้บริการในลักษณะเชิงรุกตามแนวเวชศาสตร์ครอบครัว

- จัดทำข้อตกลงแนวทางระบบส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อป้องกันการให้บริการข้ามเขต และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจเพื่อความร่วมมือ

- ให้มีการจัดสรรเงินแบบจ่ายคนไข้ใน-นอก (inclusive capitation) ให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ตามจำนวนประชาชนสิทธิบัตรทองที่ขึ้นทะเบียน โดยไม่มีการกันไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเป็นการกระจายอำนาจด้านการบริหารงบประมาณให้กับพื้นที่

- มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาเป้าหมายและผลลัพธ์ของงาน ปรับเกณฑ์และดัชนีชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของจังหวัด

๑.๒.๕ ปัญหา อุปสรรค ที่เกี่ยวเนื่องกับนโยบาย^(๑๒) จากการจัดงบประมาณรายหัวตามจำนวนประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในจังหวัดสระบุรี ที่รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ในภาพรวมของจังหวัดสระบุรี งบประมาณขาดดุลประมาณ ๔๐ ล้านบาท หลังจากได้รับอนุมัติเงินฉุกเฉิน (contingency fund) สนับสนุนการดำเนินงานในปี ๒๕๔๕ เป็นเงิน ๑๒๔.๓ ล้านบาท (ขอสนับสนุน ๒๒๐ ล้านบาท) แต่เนื่องจากงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนเป็นค่าดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือนประมาณ ๑๐ ล้านบาทต่อเดือน ทำให้ในแต่ละเดือนจังหวัดสระบุรีมีงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนเพียงเดือนละประมาณ ๔.๕ ล้านบาท ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าสถานพยาบาลต้องใช้เงินบำรุงเดิมสำหรับจัด

บริการสาธารณสุขให้กับประชาชนเดือนละ ๕.๕ ล้านบาท ซึ่งมีผลต่อสภาพขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก

๑.๒.๖ ด้านการพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแผนในการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนนอกที่ตั้งโรงพยาบาล โดยใช้งบประมาณค่าบริหารจัดการการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๕

๑.๓ ด้านการดำเนินงานของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักและเครือข่าย วิเคราะห์จากเอกสารการนำเสนอของทีมงานระดับอำเภอที่นำเสนอต่อทีมประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัด^(๑๓) พบว่า

๑.๓.๑ ในด้านการเตรียมความพร้อมของระบบการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่จะมีการประชุมทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ของทั้งโรงพยาบาลและสถานีอนามัยที่อยู่ในเครือข่าย เพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ส่วนในด้านการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจ และความคาดหวังของประชาชนต่อระบบบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการบริการเชิงรุก

๑.๓.๒ ผลกระทบด้านงบประมาณ เนื่องจากสถานพยาบาลระดับสูงในจังหวัดคือ รพ.สระบุรี และ รพ.พระพุทธบาท ถึงแม้ได้รับเงินฉุกเฉินแล้ว ยังไม่มีเม็ดเงินจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงต้องมีบัญชีค้างชำระกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเดือนละประมาณ ๔ ล้านบาท (รพ.สระบุรี ๓ ล้านบาท รพ.พระพุทธบาท ๑ ล้านบาท) ทำให้บที่พึงได้รับกับบที่ได้รับจริงแตกต่างกันมากในทุกระดับสถานพยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาลทุกระดับมีความเข้าใจว่า งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการจัดบริการ จึงพยายามที่จะบริหารเม็ดเงินที่มีอยู่ สำหรับหล่อเลี้ยงสถานพยาบาลและบุคลากรให้อยู่รอด ไม่กล้าดำเนิน

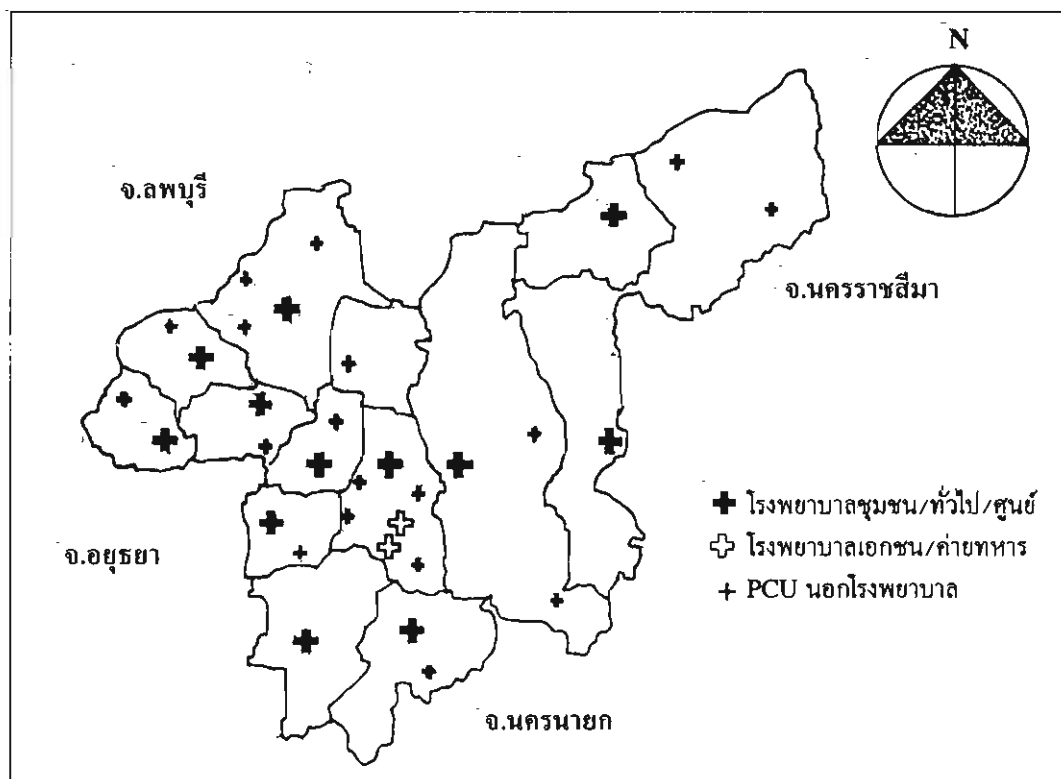
งานใหม่ๆ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่จะปฏิบัติงานตามหลักการโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการจัดบริการเชิงรุกตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว ยังคงเน้นในเรื่องการบริการเชิงรับ คือการรักษาพยาบาลประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

๑.๓.๓ ด้านการพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า สถานพยาบาลคู่สัญญา มีการส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดอื่นๆ และขอเข้าร่วมในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ

ส่วนที่ ๒ ผลการประเมินการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

ในรอบ ๖ เดือนแรก จังหวัดสระบุรีมีสถาน

พยาบาลคู่สัญญาหลัก ๑๔ แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง โรงพยาบาลค่ายทหาร ๑ แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน ๑ แห่ง ทั้งนี้ยังไม่รวมโรงพยาบาลแม่และเด็กที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาใหม่เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักทั้ง ๑๔ แห่งมีการจัดตั้งสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care unit: PCU) หรือ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” จำนวน ๒๙ แห่ง ตั้งในโรงพยาบาล ๖ แห่ง และนอกโรงพยาบาล ๒๓ แห่ง โดยเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท มี PCU สูงสุดถึงเครือข่ายละ ๕ แห่ง จากรูปที่ ๑ พบว่า การจัดตั้งศูนย์ในปีแรกมีการกระจุกตัวของสถานที่ตั้งโดยสัมพันธ์กับที่ตั้งของสถานพยาบาลคู่สัญญา กล่าวคือ พื้นที่ที่มีโรงพยาบาลกระจุกตัวก็มีศูนย์สุขภาพชุมชนกระจุกตัวเช่นกัน



รูปที่ ๑ การกระจายตัวของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในจังหวัดสระบุรี ณ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๕

ส่วนผลการประเมินมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนด้านต่างๆ นั้น แสดงในรูปที่ ๒

๒.๑ มาตรฐานด้านบุคลากร ที่ตั้งและประชากร ในความรับผิดชอบ

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ศึกษาทุกแห่ง ประกอบด้วย บุคลากรจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ร่วมกันปฏิบัติงาน มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดทั้งหมด คือมีแพทย์รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานทุกแห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบจำนวนประชากรอยู่ในช่วงระหว่าง ๒,๗๐๐ คน ถึง ๑๗,๕๕๒ คน เฉลี่ยประมาณ ๑๐,๐๐๐ คนต่อแห่ง ประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงศูนย์สุขภาพชุมชนได้ภายใน ๓๐ นาทีโดยรถยนต์ทุกแห่ง ส่วนใหญ่เป็นการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนนอกที่ตั้งโรงพยาบาล (๑๔ แห่ง) โดยใช้สถานที่สถานีอนามัยเดิมเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนแม่ข่ายครอบคลุมสถานีอนามัยลูกข่าย ๑-๕ แห่ง สถานพยาบาลคู่สัญญาเป็นหลักเกณฑ์หลายข้อประกอบกันในการเลือกสถานที่จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น จำนวนประชากร ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ระยะทางห่างจากโรงพยาบาล เป็นเขตรอยต่อต่างจังหวัดหรือต่างอำเภอ และมีประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น อยู่มากพอสมควร

มีศูนย์สุขภาพชุมชน ๓ แห่งที่รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า ๕,๐๐๐ คน ซึ่งทั้ง ๓ แห่งอยู่ในอำเภอที่มีประชากรขนาดเล็กคือ อำเภอดอนพุด อำเภอหนองโดน และอำเภอเสนาห์ และทั้งสามแห่งมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลไม่เกิน ๑๐ กิโลเมตร แต่ลักษณะพิเศษของศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลดอนพุดและโรงพยาบาลหนองโดน คืออยู่ในเขตตำบลที่เป็นเขตติดต่อกับจังหวัดลพบุรี โดยสถานพยาบาลคู่สัญญามีจุดมุ่งหมายเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ที่อยู่เขตรอยต่อไม่ต้องออกไปใช้บริการนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ส่วนการจัดบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นการรวมงานบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เจ้าหน้าที่ใน PCU

รับผิดชอบ ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามปกติของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพบาล ยังไม่มีการแยกแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เพื่อซักถามประวัติตามแนวทางเวชปฏิบัติออกจาก OPD ทั่วไป ยกเว้น PCU ในโรงพยาบาลบ้านหมอ ที่แยกดำเนินการออกมาต่างหาก โดยที่โรงพยาบาลบ้านหมอมีการจัดตั้งหน่วยงานเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้นใหม่โดยยุบงานส่งเสริมสุขภาพ และงานสุขภาพบาล และจัดบุคลากรเข้ามารับผิดชอบดำเนินการส่วนโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนมีการแยกแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เพื่อซักถามประวัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ ออกจาก OPD ทั่วไป แต่ยังไม่มีการเชิงรุกด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยโรงเรียน ส่วนโรงพยาบาลค่ายอดิศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลค่ายทหารมีการจัดบริการของทั้งแผนกผู้ป่วยนอกเป็นแบบเวชปฏิบัติครอบครัว และเพิ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแต่เดิมโรงพยาบาลค่ายทหารไม่มีงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มีแต่งานควบคุมโรค

ในด้านการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า PCU ของรัฐส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในรูปเวชภัณฑ์ที่เพียงพอและค่าสาธารณูปโภค แบบเหมาจ่ายเดือนละ ๓,๐๐๐ บาท ในภาพรวมคะแนนมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๗๔

๒.๒ มาตรฐานด้านข้อมูล พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนบางแห่งได้จัดทำแฟ้มประวัติครอบครัว (family folder) ในความเป็นจริงหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีการจัดทำบัญชี ๑-๔ เพื่อเป็นฐานข้อมูลประชากรเดิมอยู่แล้ว แต่ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์ และไม่ได้ทำให้เป็นปัจจุบัน ทำให้ขาดข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน จึงไม่สามารถประเมินสภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้ แม้บางแห่งมีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บันทึกข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่แล้ว แต่ยังไม่ค่อยมีการวิเคราะห์ประมวลผล ดังนั้นแผนการดำเนินงานในเชิงรุกจึงไม่มีการดำเนินงาน

จะเป็นไปในแบบงานประจำ ไม่พบการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น แผนการพัฒนานุเคราะห์ แผนปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อ แก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในภาพรวมได้คะแนนในมาตรฐาน ข้อนี้เพียงร้อยละ ๑๙.๖๗

๒.๓ มาตรฐานด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่ พบว่าในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นในการจัดบริการได้อย่างครอบคลุม ตามเกณฑ์ที่กำหนด และบางแห่งได้รับการสนับสนุน จากองค์กรท้องถิ่นและโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ เช่น ชุดเครื่องทำฟัน เครื่องพ่นยุง ในด้านอาคารสถานที่ ส่วนใหญ่จัดได้สวยงามและเป็นสัดส่วน ด้านการจัด ยานพาหนะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูง ส่วน ใหญ่ไม่มีปัญหาเนื่องจากที่ตั้งศูนย์ฯ เป็นสถานีนามัย ขนาดใหญ่ แต่มีปัญหาในบางศูนย์ซึ่งแก้ไขโดยใช้รถยนต์ หรือรถส่วนตัวของเจ้าหน้าที่ หรือรถรับจ้างในพื้นที่ ด้านการสื่อสารไม่มีปัญหาเนื่องจากโทรคมนาคมสะดวก

๒.๔ มาตรฐานด้านขีดความสามารถและ ผลลัพธ์

๒.๔.๑ งานด้านทันตกรรม ในภาพรวมการ จัดบริการทันตกรรมและการรายงานผล ยังอยู่ในรูป ของสถานีนามัยที่ตั้งของ PCU ไม่ได้เป็นภาพรวมของ PCU การให้บริการ ยังไม่มีการบริการทันตกรรมแบบ

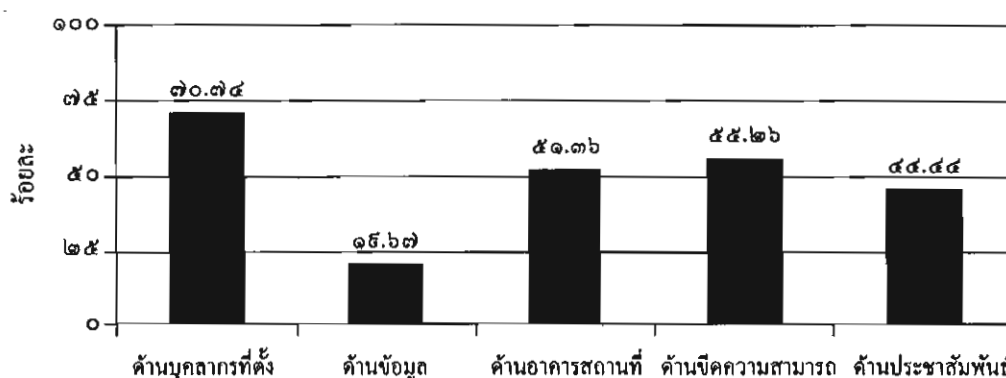
ผสมผสาน มีเพียงด้านทันตกรรมรักษาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนอุปกรณ์จะมีครบในสถานีนามัยที่มีทันตบุคลากร ประจำอยู่ มีปัญหาในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน เนื่องจากงบประมาณไม่ชัดเจน

๒.๔.๒ งานด้านเภสัชสาธารณสุข พบว่ามี มาตรฐานสูงพอสมควรคิดเป็นร้อยละ ๗๗.๙๔ มีปริมาณ ยาที่เหมาะสม การเบิกจ่ายยาไม่เกิน ๒ สัปดาห์ และมี เภสัชกรจากโรงพยาบาลไปดูแล ตรวจสอบ

ส่วนงานด้านส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล เบื้องต้น พบว่าส่วนใหญ่ขาดแผนปฏิบัติในเชิงรุก การ เยี่ยมบ้านประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีระยะเวลาน้อยกว่า ที่มาตรฐานกำหนด เจ้าหน้าที่มักจะปฏิบัติงานในด้าน การรักษาพยาบาลเบื้องต้นมากกว่าด้านส่งเสริมสุขภาพ

๒.๕ มาตรฐานด้านการประชาสัมพันธ์ ส่วน ใหญ่เป็นการชี้แจงในที่ประชุมขององค์กรท้องถิ่น ส่วน การทำประชาคมยังมีน้อย การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ ประชาชนระดับบุคคลและครอบครัว ในการดูแล สุขภาพพื้นฐาน และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วย ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีการปฏิบัติน้อย

ในภาพรวมคะแนนที่ได้จากการประเมินผลตาม มาตรฐานต่างๆ ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ ๔๕.๓๕ (รูปที่ ๒) แสดงว่าในระยะเริ่มต้นโครงการมีพื้นฐานที่ดีในด้าน บุคลากร ที่ตั้ง และประชากรในความรับผิดชอบ แต่



รูปที่ ๒ คะแนนตามมาตรฐานด้านต่างๆ ของการประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน จ. สระบุรี ปี ๒๕๔๕

ต้องพัฒนาในมาตรฐานอื่นๆ แทบทุกเรื่องยกเว้นด้าน
ขีดความสามารถเฉพาะของงานเภสัชสาธารณสุข

ส่วนที่ ๓ ผลการประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงาน งานและทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน

ด้านความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์
สุขภาพชุมชน และความคิดเห็นต่อการดำเนินงานใน
ศูนย์สุขภาพชุมชน มีเจ้าหน้าที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น
๙๔ คน ในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง ๒๐ แห่ง

จากตารางที่ ๑ ด้านความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้
ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในภาพรวมพบว่า มี
ความพร้อมที่ค่าเฉลี่ย ๒.๖๔ จาก คะแนนเต็ม ๔ โดย
ด้านการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ มีความพร้อมสูง
สุดที่ค่าเฉลี่ย ๓.๒๔ รองลงมาคือการบริการด้านรักษา
พยาบาลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย ๓.๑๔ ส่วนที่มีความพร้อม
น้อยสุด คือการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การวิเคราะห์

และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน

จากตารางที่ ๒ ด้านทัศนคติที่มีต่อนโยบายของ
ศูนย์สุขภาพชุมชนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์
สุขภาพชุมชน ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ในภาพรวมพบว่า ทัศนคติมีค่าเฉลี่ย ๒.๙๐ โดยมีทัศนคติ
ที่ดีต่อนโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ๓.๖๕
รองลงมาคือการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่
ของโรงพยาบาลกับสถานีนามัย ค่าเฉลี่ย ๓.๒๐ ส่วนที่
มีทัศนคติที่ไม่ดีที่สุด คือการนำเงินเดือนของเจ้าหน้าที่
รวมอยู่ในงบประมาณสนับสนุนค่าเฉลี่ย ๑.๔๖

เมื่อนำภาพรวมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในศูนย์
สุขภาพชุมชนมาหาความสัมพันธ์กับภาพรวมของ
ทัศนคติต่อนโยบายการดำเนินงานใน PCU โดยใช้สถิติ
ไคสแควร์ พบว่าทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย มีความสัมพันธ์
ตามนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐๗ กับความพร้อมในการ

ตารางที่ ๑ ความพร้อมในการจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดสระบุรี

ความพร้อมด้านการจัดบริการสาธารณสุข	ดี (ร้อยละ)	ค่อนข้างดี (ร้อยละ)	ไม่ค่อยดี (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)
๑. มีความเข้าใจ แนวทาง/นโยบาย ในการดำเนินงานใน PCU	๑๒.๘	๔๓.๖	๔๐.๔	๓.๒	๒.๖๖ ± ๐.๗๔
๒. รับบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบชัดเจน	๐.๐	๑๔.๕	๘๐.๕	๔.๓	๒.๑๑ ± ๐.๔๓
๓. มีความรู้ในด้านให้บริการรักษาเบื้องต้น	๒๘.๗	๕๖.๔	๑๔.๕	๐.๐	๓.๑๔ ± ๐.๖๕
๔. มีความรู้ในด้านให้บริการส่งเสริมสุขภาพ	๒๒.๓	๕๕.๖	๑๗.๑	๑.๑	๓.๒๔ ± ๐.๖๖
๕. มีความรู้ในด้านให้บริการควบคุมป้องกันโรค	๒๑.๓	๕๔.๓	๒๓.๔	๑.๑	๒.๕๖ ± ๐.๗๐
๖. วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของ ประชา. ได้	๐.๐	๑๒.๘	๘๖.๒	๑.๑	๒.๑๒ ± ๐.๓๕
๗. วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของ ประชา. ได้.	๐.๐	๑๐.๖	๘๕.๔	๐.๐	๒.๑๑ ± ๐.๓๑
๘. PCU ของท่านได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ จากแม่ข่าย	๑๕.๑	๔๑.๕	๓๖.๒	๓.๒	๒.๗๗ ± ๐.๘๐
๙. ได้รับความรู้ในการปฏิบัติงานจากแม่ข่าย	๑๓.๘	๓๗.๒	๓๕.๔	๕.๖	๒.๕๕ ± ๐.๘๕
๑๐. เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงาน ขอคำปรึกษาได้จากแม่ข่าย	๑๘.๑	๔๖.๘	๒๘.๗	๖.๔	๒.๗๗ ± ๐.๘๒
ภาพรวมความพร้อมในการปฏิบัติงานใน PCU					๒.๖๔ ± ๐.๔๓

ตารางที่ ๒ ทศนคติต่อนโยบายการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดสระบุรี

ทัศนคติต่อนโยบาย	ดี (ร้อยละ)	ค่อนข้างดี (ร้อยละ)	ไม่ค่อยดี (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)
๑. นโยบายที่เน้นสร้างสุขภาพเป็นแนวทางที่แก้ไข ปัญหาสาธารณสุขได้ดีกว่าการซ่อมสุขภาพ	๖๘.๑	๒๕.๘	๑.๑	๑.๑	๓.๖๕ ± ๐.๕๖
๒. PCU เป็นการดำเนินงานเชิงรุกด้านสาธารณสุข	๓๖.๒	๔๑.๕	๒๐.๒	๒.๑	๓.๑๒ ± ๐.๘๐
๓. การทำงานใน PCU ประกอบด้วยทีมงานจาก รพ. แม่ข่ายและ จนท.ของ สอ.จะทำให้เกิดทีมงาน สาธารณสุขที่ผสมผสานครบตามมาตรฐาน	๔๓.๖	๓๗.๒	๑๔.๕	๔.๓	๓.๒๐ ± ๐.๘๕
๔. การนำเงินเดือนของ จนท.ปฏิบัติงาน ร่วมกับ งบประมาณโครงการ UC	๔.๓	๗.๔	๑๘.๑	๗๐.๒	๑.๔๖ ± ๐.๘๑
๕. การบริหารงานที่เปลี่ยนเป็นเครือข่ายประกอบด้วย รพ. และ สอ.	๓๗.๒	๓๘.๓	๒๑.๓	๓.๒	๓.๑๐ ± ๐.๘๔
ภาพรวมทัศนคติต่อนโยบายการดำเนินงานใน PCU					๒.๙๐ ± ๐.๕๒

ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ ๔ ผลการประเมินความพึงพอใจของ ประชาชน

ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน ๔๓๑ แบบ
สอบถาม เป็นผู้มีสิทธิบัตรทองจำนวน ๓๒๕ คน (๗๕.๔%)
ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ๒๐ คน (๔.๖%) ผู้มีสิทธิ
ประกันสังคม ๕๔ คน (๑๒.๕%) ผู้อยู่ระหว่างการขึ้น
ทะเบียนเพื่อขอสิทธิบัตรทอง ๑๙ คน (๔.๔%) ผู้ที่
ต้องการจ่ายเงินเอง ๑๐ คน (๒.๓%) และมีสิทธิบัตร
ทองร่วมกับสิทธิอื่น (ซ้ำซ้อน) ๓ คน (๐.๗%)

ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของ
เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ในภาพรวมมีค่า
เฉลี่ย ๓.๑๑ โดยพึงพอใจมากที่สุดกับการจัดสถานที่ให้
บริการสะอาดและเป็นสัดส่วนค่าเฉลี่ย ๓.๗๖ รองลงมา
คือ การเดินทางไปใช้บริการมีความสะดวก ค่าเฉลี่ย ๓.๖๔
ส่วนพึงพอใจน้อยสุดต่อการให้บริการด้านทันตสาธารณสุข
มีค่าเฉลี่ย ๒.๑๐ รองลงมาคือการให้ความใกล้ชิดกับ
ประชาชนโดยการเยี่ยมบ้าน ค่าเฉลี่ย ๒.๒๓

นอกจากนี้ประชาชนระบุปัญหาหรือข้อเสนอแนะ
๒๔๓ คน (ร้อยละ ๖๕.๖๖) จำแนกตามกลุ่มได้ ๖ กลุ่ม
คือ มีปัญหามากที่สุดเพราะแพทย์จากโรงพยาบาลมา
ตรวจล่าช้า ร้อยละ ๑๔.๖๒ ผู้มารับบริการมากแต่จำนวน
เจ้าหน้าที่น้อย ร้อยละ ๑๑.๑๔ และเจ้าหน้าที่ไม่ค่อย
สนใจ เอาแต่คุยกัน ร้อยละ ๗.๔๙ ส่วนข้อเสนอแนะคือ
ต้องการให้หมอไปเยี่ยมที่บ้าน ร้อยละ ๑๔.๑๐ ต้องการ
ให้มีบริการทันตกรรม ร้อยละ ๑๐.๔๔

เมื่อจำแนกสถิติด้านการรักษาพยาบาลออกเป็น ๒
กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการ พนักงาน
รัฐวิสาหกิจ จ่ายเงินเอง และประกันสังคมเป็นกลุ่มที่ ๑
และกลุ่มบัตรทองและผู้ที่ยังไม่ได้รับบัตรทองแต่
ต้องการได้สิทธิบัตรทองเป็นกลุ่มที่ ๒ เปรียบเทียบ
ความพึงพอใจรายหัวข้อโดยใช้สถิติ One - way anova
เพื่อดูความแตกต่างในด้านความพึงพอใจต่อการบริการ
กับสิทธิบัตรที่ประชาชนมีอยู่ พบว่าไม่มีความแตกต่าง
ตามนัยสำคัญทางสถิติ ($p > ๐.๐๕$) ทุกหัวข้อ

ตารางที่ ๓ ความรู้สึกพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดบริการของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดสระบุรี

ประเด็นการจัดบริการสาธารณสุข	พอใจ (ร้อยละ)	ค่อนข้าง พอใจ (ร้อยละ)	ไม่ค่อย พอใจ (ร้อยละ)	ไม่ พอใจ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)
๑. การเดินทางไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีความสะดวก	๗๑.๗	๒๐.๖	๔.๕	๑.๔	๓.๖๔ ± ๐.๖๔
๒. การบริการด้านทันตสาธารณสุข	๐	๕๒.๔	๕.๖	๔๒.๐	๒.๑๐ ± ๐.๕๗
๓. มีวัสดุอุปกรณ์พร้อมสำหรับให้บริการ	๕๐.๓	๓๕.๔	๗.๐	๓.๒	๓.๓๗ ± ๐.๗๕
๔. ความรวดเร็วในการให้บริการ	๕๒.๐	๓๖.๗	๘.๘	๒.๖	๓.๓๘ ± ๐.๗๕
๕. ยาที่ได้รับเหมือนยาที่ได้รับเมื่อไป รพ.	๖๔.๕	๒๖.๗	๕.๖	๓.๒	๓.๕๒ ± ๐.๗๕
๖. การดูแลหญิงตั้งครรภ์และให้วัคซีนเด็กเล็ก	๐	๖๓.๑	๓.๕	๓๓.๔	๒.๓๐ ± ๐.๕๔
๗. การแสดงความใกล้ชิดของ จนท. กับ ปชช. โดยการเยี่ยมบ้าน	๐	๕๗.๕	๗.๕	๓๔.๖	๒.๒๓ ± ๐.๕๓
๘. การให้ความช่วยเหลือเมื่อ ปชช. มีปัญหา	๕๓.๘	๓๔.๑	๘.๘	๓.๒	๓.๓๕ ± ๐.๗๘
๙. การให้บริการทั่วไป	๕๖.๑	๓๕.๕	๕.๘	๒.๖	๓.๔๕ ± ๐.๗๒
๑๐. สถานที่ให้บริการ สะอาด เป็นสัดส่วน ภาพรวมความพึงพอใจต่อการจัดบริการ	๗๕.๑	๑๘.๓	๑.๖	๐.๕	๓.๗๖ ± ๐.๕๒
					๓.๑๑ ± ๐.๔๔

วิจารณ์และสรุปผล

๑. ปัญหาจากคุณลักษณะของนโยบายที่เป็นนโยบายเร่งรัด ยังไม่สามารถสร้างความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานได้ครบถ้วน ประกอบกับปัญหาด้านงบประมาณที่ใช้สนับสนุนการบริการของสถานพยาบาลในจังหวัดสระบุรีอยู่ในสภาพขาดดุล ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีพัฒนาเท่าที่ควร ส่วนใหญ่ยังเป็นการจัดบริการเชิงรับ ให้สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชน ที่ยังคงคาดหวังต่อการได้รับบริการด้านรักษาพยาบาลสูงอยู่ อย่างไรก็ตาม ในช่วงเริ่มต้นจังหวัดมีการแก้ปัญหาสภาพขาดดุลภายในอย่างยืดหยุ่นโดยให้เป็นบัญชีค้างชำระ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะได้รับเงินค่าบริการผู้ป่วยส่งต่อมาทดแทนส่วนที่ขาดดุล

๒. ด้านการจัดบริการ ยังไม่มีการนำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวมาปฏิบัติ ซึ่งพบว่ามีส่วนน้อยที่มีเครื่องมือในการติดตามสุขภาพของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง เช่น บางแห่งจัดทำ Family folder และบางแห่งมีการจัดเก็บข้อมูลประชากรด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปชื่อ "Program THO" หรือมีข้อมูลจากแบบสำรวจข้อมูลรายครอบครัว ๖๐๐๐ (folder) ที่ทุกสถานีย่อมจำเป็นต้องทำการสำรวจตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีกำหนดไว้ แต่ยังไม่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และส่วนใหญ่ยังไม่สามารถนำข้อมูลรายบุคคลมาวิเคราะห์เพื่อติดตามภาวะสุขภาพได้จริง การที่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความพร้อมน้อยในด้านการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชาชน อาจเนื่องจากการเริ่มต้นดำเนินการเช่นเดียวกับประสบการณ์การดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดอื่นๆ

๓. ด้านการบริหารจัดการในศูนย์สุขภาพชุมชน เนื่องจากยังมีความขัดแย้งระหว่างความรับผิดชอบด้านงบประมาณดำเนินการที่ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (แม่ข่าย) และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพ

ชุมชนนอกโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน จึงทำให้การดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชนขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบางอำเภอที่ คปสอ.ที่ไม่สามารถประสานกันได้ จึงยังไม่พบแผนซึ่งแสดงความก้าวหน้า เช่น แผนพัฒนาบุคลากร แผนการปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

ในด้านความรู้ ความเข้าใจ อาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคทำให้การดำเนินงานไม่สมดุลกันระหว่างสิ่งที่ควรทำและสิ่งที่ไม่ควรทำ เอกสารที่ส่วนกลางจัดทำขึ้นเป็นเพียงเครื่องมือส่วนหนึ่งที่จะให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ แต่ยังคงอาศัยการอบรม เพื่อเพิ่มการรับรู้ และการทำความเข้าใจ ทั้งระดับผู้มีอำนาจตัดสินใจของจังหวัดและของสถานพยาบาลคู่สัญญา การกำกับตามมาตรฐานหรือสัญญาอาจไม่ได้ช่วยพัฒนาระบบให้ดีขึ้นเท่าที่ควร

ในระยะเริ่มต้นของการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดสระบุรี มีการกระจุกตัวอยู่ในบริเวณที่มีโรงพยาบาลหนาแน่น ยังไม่มีการวางแผนการกระจายในภาพรวมของจังหวัด ความพร้อมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ยังมีน้อย จึงควรพิจารณาวางแผนพัฒนาทั้งทางด้านบุคลากร และการปฏิบัติงานเป็นขั้นตอน ก่อนที่จะขยายออกให้ครอบคลุมพื้นที่ ในทางกลับกัน สถานื่อนามัยทุกแห่งควรได้รับการพัฒนาให้เป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ไปพร้อมๆกับพื้นที่ที่จัดตั้งเป็น PCU แล้ว ซึ่งบางอำเภอได้พยายามพัฒนาสถานื่อนามัยแบบทั้งพวง เช่น ในพื้นที่อำเภอวิหารแดง อำเภอเมืองสระบุรี และอำเภอบ้านหมอ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

๑. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในศูนย์สุขภาพชุมชน และในสถานพยาบาลทุกระดับ ต้องทำความเข้าใจกับนโยบายของรัฐบาล ส่วนกลาง และจังหวัด และปรับ

กลวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และขอรับการสนับสนุนจากแม่ข่ายหรือระดับสูงขึ้นไป

๒. ผู้บริหารของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ควรจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาลเพื่อวางรูปแบบที่ชัดเจนก่อนขยายลงนอกพื้นที่ กำหนดแผนพัฒนาบุคลากร ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การทำแผนปฏิบัติการเชิงรุก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการใช้งบประมาณ เพื่อสร้างเงื่อนไขให้เกิดการปฏิบัติงานเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในระยะต่อไป

๓. ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ในฐานะผู้กำหนดนโยบายระดับจังหวัด ควรพิจารณาแก้ไขปัญหาในคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสระบุรี ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในงานอนามัยโรงเรียน และในฐานะผู้ติดตาม ควบคุมกำกับ ต้องเพิ่มความเข้มในเรื่องการติดตามประเมินผล เนื่องจากกระจายอำนาจในเรื่องการจัดงบประมาณไปให้พื้นที่ทั้งหมดแล้ว และในฐานะผู้ให้การสนับสนุน ควรวางแผนสนับสนุนหลักสูตรในการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่อย่างต่อเนื่องหลังจากการติดตามประเมินผลทุกระยะ

๔. ข้อเสนอแนะสำหรับส่วนกลาง ควรมีการจัดหลักสูตรสำหรับฝึกอบรมการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งด้านการเป็นวิทยากรในพื้นที่ การปฏิบัติงาน การกำกับ ติดตามและประเมินผล

ในการประเมินโดยผู้ตรวจราชการ และผู้นิเทศงานจากส่วนกลางให้คำนึงถึงปัจจัยด้านกำลังคนและบริบทของแต่ละ PCU ร่วมด้วย และควรประเมินความก้าวหน้ามากกว่าประเมินส่วนขาดจากเกณฑ์มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ไพศาล เทพปฏิพัทธ์ นายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์วิทยา ศุภพันธ์ นายแพทย์ ๔ ด้านเวชกรรมป้องกัน และผู้บริหารของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทุกแห่ง ที่สนับสนุน ข้อมูลในส่วนของการบริหารจัดการของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ขอขอบคุณทีมงานประเมินผลงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีทุกท่าน ที่สนับสนุนข้อมูลทั้งก่อนและหลังการประเมินงานในศูนย์สุขภาพชุมชน และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่สนับสนุนเงินในการพัฒนานักวิจัยอย่างต่อเนื่องของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ ๑๔/๒๕๔๔ (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๒. สุพิศรา ศรีวนิชชากร, สุศักดิ์ อธิมานนถ์, บำรุง ชลเทศ, ทศนีย์ สุรกิจโกศล, ณัฐพร สุขพอดิ. บริการสุขภาพ: ไกลใจ-ใกล้บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๓. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทศนีย์ สุรกิจโกศล. เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้บ้านใกล้ใจ : แนวคิดและประสบการณ์โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: อุกการพิมพ์; ๒๕๔๓.
๔. คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเปลี่ยนผ่าน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๔.
๕. สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. มาตรฐาน หลักเกณฑ์ ดัชนีชี้วัด การติดตามประเมินผลการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๑/๒๕๔๕ (เอกสารอัดสำเนา). สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; ๒๕๔๕.
๖. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ. (เอกสารทางอินเทอร์เน็ต) ๒๕๔๕ [cited 2002 Feb1]; Available from: URL: <http://๒๐๓.๑๕๗.๓.๑๐๐/pmc/assess/assessment.doc>
๗. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. (เอกสารทางอินเทอร์เน็ต) ๒๕๔๕ [cited 2002 Feb1]; Available from: URL: <http://๒๐๓.๑๕๗.๓.๑๐๐/pmc/standard.doc>.
๘. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แฟ้มสุขภาพ ระบบข้อมูลเพื่อการดูแลประชาชนด้านสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (เอกสารทางอินเทอร์เน็ต) ๒๕๔๕ [cited 2002 Feb1]; Available from: URL: <http://๒๐๓.๑๕๗.๓.๑๐๐/pmc/folder/folderguide.doc>
๙. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ: ถามตอบเกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิ ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ; ๒๕๔๕.
๑๐. สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. แผนการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิ ๕ ปี (เอกสารอัดสำเนา). สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; ๒๕๔๔.
๑๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สรุปประชุมคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดสระบุรี (เอกสารอัดสำเนา). สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; ๒๕๔๕.
๑๒. สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สรุปปัญหา อุปสรรค และการประเมินผลการดำเนินงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๑/๒๕๔๕ (เอกสารอัดสำเนา). สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; ๒๕๔๕.

Abstract Evaluation of the Primary Health Care Units in Saraburi Province

Rawewan Sirisomboon*, Thanomwong Wongsathit*, Siriwan Pitayarangsarit**

*Saraburi Provincial Health Office, Saraburi Province **International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000

Journal of Health Science 2002; 11:739-51.

Thailand introduced a new model of a primary health care unit to achieve universal coverage of health care in 2001. As the Primary Health Care Units (PCUs) have just been operated for 6 months, the implementation process and the people satisfaction is rarely documented. This study described how the policy had been implemented, analyzed how it effected the performance of health personnel and assessed whether the beneficiaries were satisfied with the services. Carried out during February-April 2002 in Saraburi province, conclusions were reached after documentary review and assessment of the two sets of self-administered questionnaire designed for the staff and the villagers. It was found that the policy had been quickly implemented with substantial constraints. The staff responded that their jobs were not well defined yet advocacy on the emphasis on health promotion was reported. Various adaptations of PCU model were unduly made under many constraints. Most PCUs met the standard only on infrastructure and location aspects while a few found health records useful in health promotion. Also the liberal implementation of PCUs resulted in their ill distribution. Focusing on the public satisfaction, people were generally highly satisfied with the services, but gave low scores to dental health services and home visits. Examination of the Saraburi case, provides insights about the program of the Universal Coverage of Health Care Policy, and may benefit health service managers in other provinces and national program managers.

Key words: primary health care, evaluation, universal coverage of health care, policy process analysis, policy implementation, people satisfaction

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก: บทเรียนจากพื้นที่เพื่อการปรับนโยบาย

ยศ ตีระวัฒนานนท์*

ศิริพร กัญชนะ**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

พรสินี อมรวิเชษฐ์**

บวร งามศิริอุดม**

*โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

**กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยซึ่งขยายการดำเนินงานครอบคลุมทั้งประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก มีการผสมผสานการดำเนินงานเข้าสู่ระบบการให้บริการการดูแลฝากครรภ์และคลอดบุตรอย่างกลมกลืนทำให้เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน ระบบการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดด้วยความสมัครใจนับเป็นกุญแจสำคัญ (key entry point) ของการดำเนินงานเพราะเป็นจุดคัดกรองและให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเพื่อเข้าสู่โครงการ

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจข้อมูลรายละเอียดวิธีดำเนินงาน ต้นทุนและผลลัพธ์ในกิจกรรมหลักได้แก่ การให้คำปรึกษาและตรวจเลือด การให้ยาต้านไวรัส และการให้นมผงทดแทนนมมารดา ด้วยแบบสำรวจในช่วงเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม ๒๕๔๔ ในพื้นที่ ๑๓ จังหวัดของเขต ๙ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเขต ๑๐ ภาคเหนือตอนบน พบว่า ยังมีข้อพิจารณาสำคัญสำหรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลดีขึ้นได้แก่ ๑) การทำมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการคัดกรองและการยืนยันกรณีผลเลือดเป็นบวก เพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ปฏิบัติตามอย่างถูกต้องซึ่งจะช่วยลดปัญหาการตรวจซ้ำซ้อน สิ้นเปลือง และรายงานผลต่ำกว่ามาตรฐาน ๒) การพิจารณาลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดลงให้เหลือเพียงครั้งเดียวเมื่อเริ่มต้นฝากครรภ์ซึ่งจะช่วยลดงบประมาณของการดำเนินงานได้มากและทำให้ภาระงานของผู้ให้คำปรึกษาลดลง จากนั้นให้คำปรึกษาและตรวจครั้งที่สองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ๓) พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดให้ดีขึ้นโดยเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันแก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีผลเลือดเป็นลบ โดยเปิดโอกาสให้คู่สมรสมีส่วนร่วม ๔) เพิ่มการป้องกันในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ ๗๔ ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโครงการฯสุทธิ (net enrollment rate) จากปัจจุบันเพียงร้อยละ ๕๖ ๕) ขยายการป้องกันในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่ไม่มาฝากครรภ์และมีผลเลือดบวกเมื่อมาคลอด หรือกลุ่มที่ปฏิเสธยา AZT โดยการให้ยา Nevirapine

บทนำ

ภาระของเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

นับตั้งแต่มีการค้นพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๗^(๑) มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ ตามด้วยกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศและชายนักเที่ยว ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๒-๒๕๓๗ ส่งผลให้เชื้อเอชไอวีแพร่ระบาดเข้าสู่สตรีที่เป็นแม่บ้านรวมถึงเด็กซึ่งเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ อาจกล่าวได้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นระยะวิกฤติที่สุดการแพร่ระบาดของเอดส์ในไทย

จนถึงปัจจุบันคาดว่าจะมีคนไทยติดเชื้อแล้วทั้งสิ้น ๑,๐๐๙,๗๔๗ คน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๓.๖ เป็นการติดเชื้อในทารก ขณะที่ผู้ใหญ่จำนวนกว่า ๓๒๙,๐๐๐ คน และเด็ก ๑๕,๑๒๒ คนได้สูญเสียชีวิตไปแล้ว^(๒) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เอดส์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของชายไทยและเป็นอันดับสองในเพศหญิง หรืออาจกล่าวได้ว่าในปี ๒๕๔๒ ชายไทยและหญิงไทยเสียชีวิตจากเอดส์สูงถึงวันละ ๑๐๓ และ ๓๗ คนตามลำดับ

คิดเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ถึง ๖ คนต่อชั่วโมง (ตารางที่ ๑)^(๓)

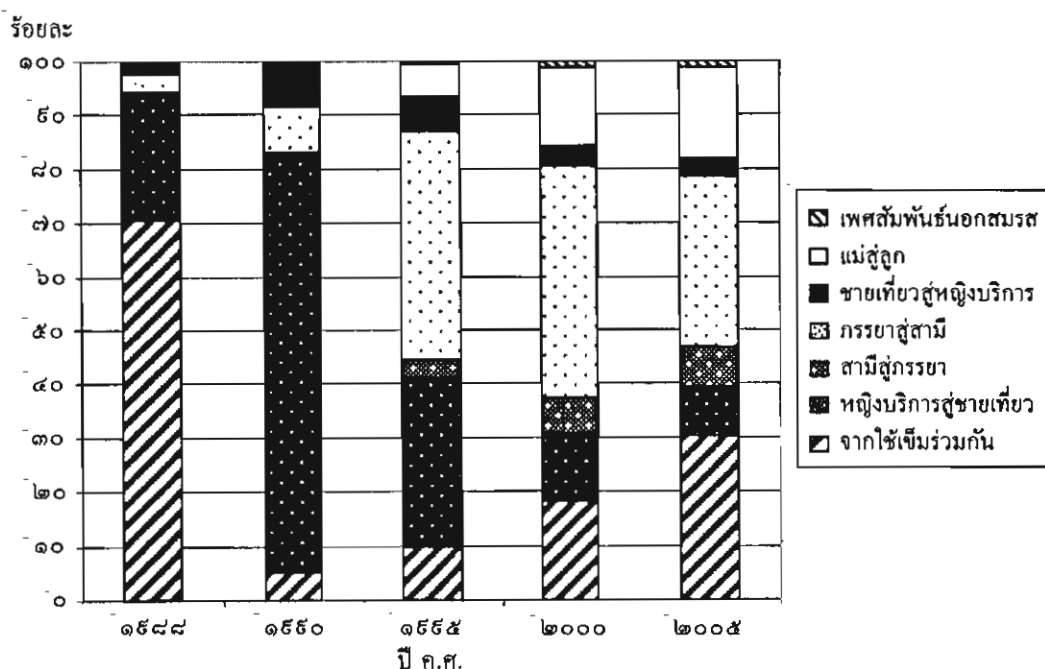
เอดส์สามารถติดต่อได้หลายทาง ได้แก่ การรับเลือดที่มีเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ การคลอด และการให้นม แต่คาดว่าสาเหตุการติดเชื้อของคนไทยส่วนใหญ่ในอนาคตจะเกิดจากภรรยาติดเชื้อจากสามี การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด และการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก^(๒) (รูปที่ ๑)

แต่ละปีประเทศไทยมีทารกคลอดราว ๗๐๐,๐๐๐-๘๐๐,๐๐๐ คน หากนับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในมารดาเท่ากับการสำรวจของกองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีอัตราการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ ๑.๙๔, ๑.๖๖ และ ๑.๔๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๔ ตามลำดับ จึงประมาณได้ว่าในแต่ละปีจะมีทารกคลอดจากมารดาติดเชื้อประมาณ ๑๐,๕๐๐-๑๕,๔๔๐ คน หากไม่มีการป้องกัน ทารกเหล่านี้จะติดเชื้อและต่อมาป่วยเป็นเอดส์ราว ๓,๒๐๐-๔,๙๐๐ คนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมดในประเทศไทย

ตารางที่ ๑ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย ในปี ๒๕๔๒

ลำดับ	สาเหตุ	ชาย		สาเหตุ	หญิง	
		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
๑	เอชไอวี/เอดส์	๓๗,๕๔๕	๑๖	หลอดเลือดสมอง	๒๕,๐๕๓	๑๕
๒	หลอดเลือดสมอง	๒๑,๐๔๓	๙	เอชไอวี/เอดส์	๑๓,๗๐๗	๘
๓	อุบัติเหตุจราจร	๑๕,๘๕๑	๘	เบาหวาน	๑๒,๗๘๔	๘
๔	มะเร็งตับ	๑๖,๖๑๓	๗	หัวใจขาดเลือด	๘,๕๙๗	๕
๕	ถุงลมโป่งพอง	๑๒,๒๖๒	๕	มะเร็งตับ	๘,๑๖๒	๕
๖	หัวใจขาดเลือด	๑๑,๒๓๘	๕	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	๕,๕๓๐	๓
๗	มะเร็งปอด	๗,๖๒๒	๓	ถุงลมโป่งพอง	๕,๔๕๔	๓
๘	เบาหวาน	๗,๒๘๒	๓	วัณโรค	๔,๖๑๕	๓
๙	ตับแข็ง	๖,๕๕๒	๓	อุบัติเหตุจราจร	๔,๕๘๕	๓
๑๐	วัณโรค	๖,๔๗๓	๓	ตับอักเสบ	๔,๒๗๒	๓

ที่มา รายงานเบื้องต้นคณะทำงานศึกษาภาระโรคของคนไทย^(๓)



รูปที่ ๑ คาดคะเนสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในคนไทย (ค.ศ. ๑๙๘๘-๒๐๐๕)
ที่มา: Projections for HIV/AIDS in Thailand: ๒๐๐๐-๒๐๒๐

อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

จากการศึกษาวิจัยพบว่าการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกประกอบไปด้วย ๓ ช่องทาง ได้แก่ (๑) การถ่ายทอดทางรกในขณะตั้งครรภ์พบได้ประมาณร้อยละ ๑๐ (๒) การสัมผัสกับเชื้อเอชไอวีของทารกในขณะคลอดพบประมาณร้อยละ ๑๕ และ (๓) การถ่ายทอดจากการรับน้ำนมจากมารดาที่ติดเชื้อประมาณร้อยละ ๑๐^(๔,๕) อย่างไรก็ตามอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกยังมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคของโลก ทั้งนี้คาดว่าเกิดจากปัจจัยด้านสายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี พันธุกรรมของคนในแต่ละเชื้อชาติ เช่น อัตราการถ่ายทอดเชื้อในขณะตั้งครรภ์และคลอดพบตั้งแต่ร้อยละ ๑๕-๒๐ ในทวีปยุโรป ร้อยละ ๑๕-๓๐ ในทวีปอเมริกาเหนือและสูงสุดร้อยละ ๒๕-๓๕ ในทวีปแอฟริกา สำหรับประเทศไทยมีรายงานอยู่ที่ร้อยละ ๑๔.๙^(๖)

นอกจากนี้พบว่ามีปัจจัยอื่นๆอีกที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในทารก^(๔,๕,๗,๘) เช่น ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อน

คลอด การอักเสบของถุงน้ำคร่ำ จำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดของมารดาขณะคลอดหรือการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้มีอัตราการถ่ายทอดเชื้อต่ำ เช่น การผ่าตัดคลอดซึ่งสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้ร้อยละ ๕๐ ระดับไวรัสในกระแสเลือดต่ำหรือพบ neutralizing antibody เป็นต้น การใช้ยาต้านไวรัสสามารถลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้จึงสามารถนำมาใช้ลดการติดเชื้อของทารกในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดเมื่อรวมกับการให้นมผสมทดแทนนมมารดาจึงสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีในทารกอย่างได้ผล

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกด้วยยาต้านไวรัส สำหรับประเทศไทย

หลังจากค้นพบสูตรยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ภายใต้ชื่อรหัสว่า ACTG๐๗๖^(๙) ซึ่งสามารถลดการติดเชื้อในทารกได้ร้อยละ ๖๗ โรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่ง

ในประเทศไทยก็ได้เริ่มใช้สูตรยาดังกล่าว อย่างไรก็ตามพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสเนื่องจากความยากลำบากในการบริหารยา คือ การให้ยาก่อนช่วงนาน เริ่มกินยา Zidovudine (AZT) ขนาด ๑๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๕ ครั้ง ที่อายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์จนเจ็บครรภ์ ขณะเจ็บครรภ์ให้ยา AZT ทางหลอดเลือดดำจนคลอด และให้กินยา AZT ชนิดน้ำวันละ ๔ ครั้งสำหรับทารกอีก ๖ สัปดาห์ ทำให้ต้นทุนยาสูง การบริหารจัดการไม่สะดวกและเกิดความร่วมมือจากมารดาผู้ติดเชื้อน้อย

การให้นมผสมทดแทนนมมารดาเป็นอีกส่วนสำคัญที่ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เพราะร้อยละ ๔๐ ของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเกิดจากการได้รับนมแม่^(๔) หากหลีกเลี่ยงก็สามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามต้องพึงระวังถึงผลข้างเคียงของการให้นมผสมทดแทนนมมารดาอยู่เสมอ เช่น โอกาสเจ็บป่วยของทารกจากการติดเชื้อทางเดินหายใจหรือทางเดินอาหาร การเกิดค่านิยมผิดสำหรับการเลี้ยงนมผสมในมารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อ หรือในทางตรงกันข้ามเกิดปัญหาการรังเกียจจากสังคมเพราะผู้อื่นทราบได้ว่ามารดาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ มีรายงานความสำเร็จของการวิจัยในประเทศไทย^(๕) ที่พบสูตรให้ยาระยะสั้นและสะดวกต่อการบริหารจัดการ คือเริ่มกินยา AZT ที่อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ในขนาด ๓๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๒ ครั้งจนเจ็บครรภ์จึงเปลี่ยนเป็นกินยา AZT ทุก ๓ ชั่วโมงจนคลอด สูตรยาดังกล่าวสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ถึงร้อยละ ๕๐ ทำให้มีความเป็นไปได้สูงสำหรับนำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อทั่วประเทศ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและเจาะเลือดเพื่อให้ความรู้และค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบผลเลือดของตนเอง การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกจึงสามารถเริ่มให้บริการได้อย่าง

รวดเร็ว โดยเริ่มประสบการณ์จากพื้นที่นำร่อง

ดังนั้นปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จึงเริ่มดำเนินการในพื้นที่ ๖ จังหวัดภาคเหนือตอนบนซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูงสุดในประเทศไทยโดยหญิงตั้งครรภ์เริ่มกินยา AZT ที่อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ในขนาด ๓๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๒ ครั้งจนเจ็บครรภ์จึงเปลี่ยนเป็นกินทุก ๓ ชั่วโมงจนคลอด และทารกกินยาด้านไวรัสชนิดน้ำต่ออีก ๗ วัน ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้เพิ่มพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน ๗ จังหวัดโดยหญิงตั้งครรภ์เริ่มกินยา AZT ที่อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ในขนาด ๓๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๒ ครั้งจนเจ็บครรภ์จึงเปลี่ยนเป็นกินยาทุก ๓ ชั่วโมงจนคลอด แต่ไม่ให้นม AZT แก่ทารก ผลการดำเนินงานในพื้นที่ทั้งสองนับว่าประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๓ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินการเพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกสู่สถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศไทย^(๑๐-๑๒)

รายงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์บทเรียนการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ดำเนินงาน เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติงาน (policy and program improvement)

วิธีการศึกษา

ใช้แบบสอบถามทำการเก็บข้อมูลรายละเอียดการดำเนินงาน ต้นทุนและผลการดำเนินงานในกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ๑) การให้คำปรึกษาก่อนและภายหลังการเจาะเลือด
- ๒) การตรวจเลือดสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี
- ๓) การให้ยาด้านไวรัสแก่มารดาและทารก
- ๔) การให้นมผงทดแทนนมมารดา
- ๕) การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการเจาะเลือด

สำหรับทารก

๖) การตรวจเลือดสำหรับทารกเพื่อติดตามการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

โรงพยาบาลที่ถูกสำรวจอยู่ใน ๑๓ จังหวัดประกอบไปด้วยโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจำนวน ๗ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๔๒ แห่งในเขต ๗ ได้แก่ อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร นครพนม มุกดาหาร และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจำนวน ๗ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๖๔ แห่งในเขต ๑๐ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน รวมทั้งสิ้น ๑๖๐ โรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม ๒๕๔๔

ผู้วิจัยจัดให้มีผู้เก็บข้อมูลหลักในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลเป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลไปยังฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลเพื่อให้เก็บและบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลหลักยังเป็นผู้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนส่งกลับมายังผู้วิจัย

นำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสำรวจประเมินผลโครงการมาทำการวิเคราะห์แล้วเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น

ผลการศึกษา

การให้คำปรึกษา

พบว่าหญิงที่มาฝากครรภ์เกือบทั้งหมด ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบกลุ่ม (group counseling) การให้คำปรึกษามักผสมผสานไปกับระบบการให้บริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาล มีส่วนน้อยที่หญิงตั้งครรภ์ต้องรับคำปรึกษาที่คลินิกให้คำปรึกษาทั่วไปร่วมกับผู้ต้องการตรวจเลือดกลุ่มอื่น (General Voluntary Counseling and Testing-VCT services) ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการยอมรับสำหรับการให้คำปรึกษาและตรวจเลือด (compliance) จากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าร้อยละ ๙๙ ของหญิง

ตั้งครรภ์ที่ได้รับคำปรึกษาก่อนตรวจเลือดยินยอมให้ตรวจเลือดซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าประเทศต่างๆที่เคยรายงาน^(๑๓)

บทบาทของสถานอนามัยในการให้บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดนั้นยังมีไม่มาก กล่าวคือเพียงร้อยละ ๑๓ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับคำปรึกษาที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดไม่ได้ให้คำปรึกษาร่วมกับสามีเมื่อตรวจพบว่าติดเชื้อ (post-test couple counseling) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานประมาณกว่าร้อยละ ๔๐ ของคู่สมรสที่ภรรยาฝากครรภ์และติดเชื้อเมื่อมีการติดตามให้มารับคำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดพบว่าไม่มาใช้บริการ

การให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ทำเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลและจะมีการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งหากผลเลือดของหญิงตั้งครรภ์เป็นลบเมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๓๐-๓๒ สัปดาห์ ทั้งนี้ในส่วนของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเพื่อทำการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่อาจอยู่ในช่วง window period หรือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อหลังการตรวจครั้งแรก ผู้วิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๔๕ ฝากครรภ์ก่อน ๒๙ สัปดาห์จึงได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดในระหว่างการฝากครรภ์ถึง ๒ ครั้ง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกิดภาระงานของเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาค่อนข้างมากและคิดเป็นค่าใช้จ่ายสูง

จากข้อมูลที่ทำการศึกษาประเมินทางเศรษฐศาสตร์^(๑๔) พบว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้เงินทั้งประเทศเพื่อการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (ซึ่งให้คำปรึกษาและตรวจเลือด ๒ ครั้ง) ทั้งสิ้นประมาณ ๒๕๓ ล้านบาทต่อปี (ปรับจากข้อมูลดำเนินการโครงการในพื้นที่ ๑๓ จังหวัด ในเขต ๗ และ ๑๐ ที่ทำการศึกษา) ทั้งนี้ยังไม่ได้หักจำนวนเงินที่สามารถประหยัดลงไปได้จากการไม่ต้องรักษาทารกที่จะเจ็บป่วยจากเอดส์ในอนาคตที่เรียกว่า cost offset ซึ่งหากคิดมูลค่า

ดังกล่าวดังกล่าวจะเหลือต้นทุนสุทธิเพียง ๑๓๕ ล้านบาทต่อปี สามารถป้องกันการตกให้ติดเชื้อได้ประมาณ ๑,๖๗๐ ราย หรือคิดเป็นต้นทุนต่อการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก คิดเป็นจำนวนเงินประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้ ๑ ราย (หรือต้นทุนสุทธิ ๕๐,๐๐๐ บาทต่อทารกป้องกันได้ ๑ ราย) แต่หากดำเนินการโดยลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาเหลือเพียง ๑ ครั้งจะมีต้นทุนดำเนินการเพียง ๑๗๐ ล้านบาท (ต้นทุนสุทธิ ๕๔ ล้านบาท) หรือคิดเป็นเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้ ๑ ราย (ต้นทุนสุทธิ ๓๖,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้ ๑ ราย)

อย่างไรก็ตามการลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดลงจะส่งผลให้มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อใน window period และหญิงที่ติดเชื้อใหม่ในระหว่างตั้งครรภ์เสียโอกาสไม่ได้เข้าสู่โครงการฯ ต้นทุนของการเสียโอกาสนี้ขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ดังกล่าว จากการทบทวนเอกสารพบว่าในปี ๒๕๔๐ มีรายงานในกรุงเทพฯ^(๑๔) พบ seroconversion rate อยู่ที่ร้อยละ ๗.๔ หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อร้อยละ ๗ ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจไม่พบการติดเชื้อแต่การตรวจครั้งต่อมาเมื่ออายุครรภ์ ๓๐-๓๒ สัปดาห์ให้ผลเลือดเป็นบวก ซึ่งหากนำมาคำนวณจะพบว่า การลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดจะทำให้ทารกที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีลดลงไป ๗๗ ราย

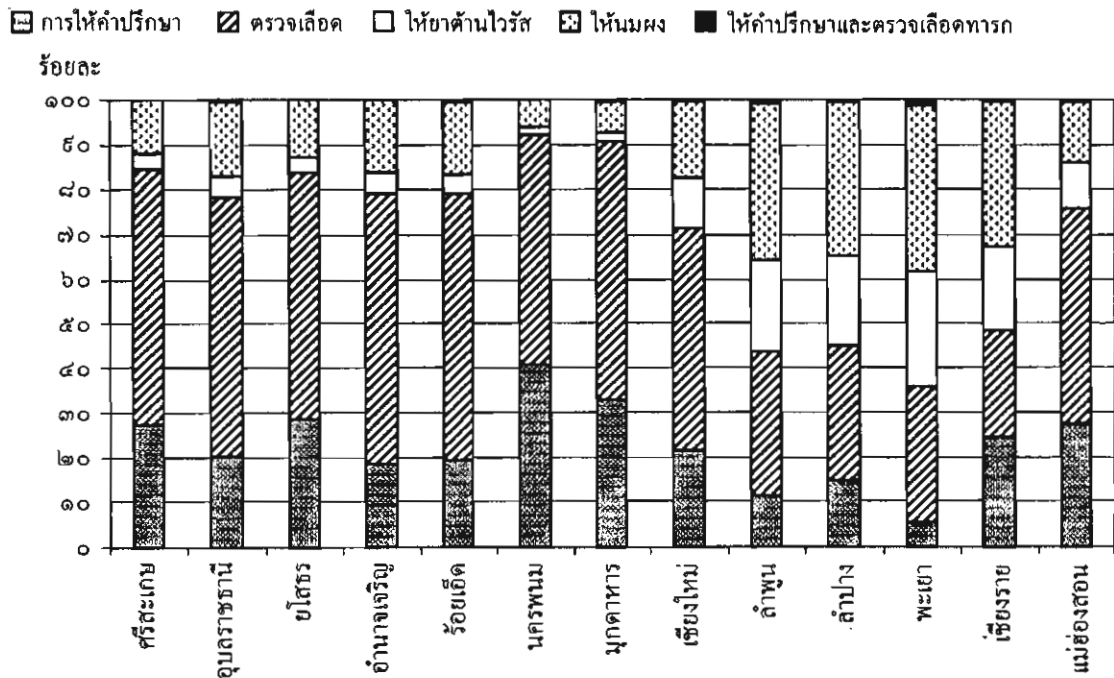
อย่างไรก็ตามหากคิดต้นทุนต่อทารก ๑ รายที่ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้จากการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดครั้งที่สอง ซึ่งใช้หลักการของ Incremental cost effectiveness analysis จะเป็นจำนวนเงิน ๑,๐๗๐,๐๐๐ บาทต่อทารก ๑ รายที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น (หรือต้นทุนสุทธิ ๙๙๙,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น) ซึ่งหากนำมาเทียบกับต้นทุนต่อการป้องกันทารก ๑ รายในกรณีให้คำปรึกษาและตรวจเลือดเพียง ๑ ครั้ง จะพบว่าเด็กทารกอีก ๗๗ คนที่ป้องกันการติดเชื้อได้

ต้องลงทุนมากกว่าถึง ๑๐ เท่าในกรณีไม่รวม cost offset หรือ ๒๗ เท่าในกรณีต้นทุนสุทธิ ($(๑,๐๗๐,๐๐๐/๑๐๐,๐๐๐ = ๑๐$, และ $๙๙๙,๐๐๐/๓๖,๐๐๐=๒๗$) ซึ่งหากเทียบแล้วการนำเม็ดเงินจำนวนเท่ากันไปลงทุนด้านอื่นๆ ในระบบสุขภาพน่าจะสามารถช่วยชีวิตคนได้มากกว่านี้ รวมทั้งหากนำเงินส่วนต่างนี้ไปลงทุนพัฒนาการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ในโครงการจำนวนเม็ดเงิน ๑ ล้านบาทก็ควรจะช่วยป้องกันการตกได้มากกว่า ๑ คน (ซึ่งจะแสดงให้เห็นในการพิจารณาเรื่องทางเลือกสำหรับการให้ยาต้านไวรัสในส่วนท้าย)

การตรวจเลือด

เนื่องจากมีการให้บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดแก่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ๒ ครั้งผลของการศึกษาต้นทุนจึงพบว่าร้อยละ ๔๙ ของงบดำเนินการในสถานพยาบาลภาครัฐ ในพื้นที่ตัวอย่าง ๑๓ จังหวัดเป็นต้นทุนของการตรวจเลือด ดังแสดงในรูปที่ ๒ (ร้อยละ ๒๓ สำหรับการให้คำปรึกษา ร้อยละ ๙ สำหรับการให้ยาด้านไวรัส และร้อยละ ๑๙ สำหรับการให้นมผสมทดแทนนมมารดา)

นอกจากนี้การวิจัยยังพบว่ามาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการคัดกรองและการยืนยันกรณีผลเลือดเป็นบวกยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยพบว่ามี การตรวจคัดกรองที่มากเกินไปจนจำเป็นกล่าวคือใช้การตรวจมากกว่า ๑ วิธีสำหรับการตรวจคัดกรอง และสถานพยาบาลหลายแห่งที่ตรวจยืนยันก่อนการรายงานผลเลือดต่ำกว่ามาตรฐานและเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกและกองโรคเอดส์แนะนำ (ทั้งจำนวนและวิธีการตรวจ) รวมถึงมีสถานพยาบาลอีกส่วนหนึ่งที่ทำการตรวจเลือดเกินความจำเป็นคือมีการตรวจที่ซ้ำซ้อนไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยได้ประมาณการณไว้ว่าหากมีการจัดทำมาตรฐานการตรวจคัดกรองได้ดีและมีการปฏิบัติอย่างจริงจังจะสามารถประหยัดงบประมาณสำหรับการตรวจเลือดได้ถึงร้อยละ ๑๒ หรือเป็นจำนวนเงินกว่า ๒๐ ล้านบาทต่อปีทั่วประเทศ



รูปที่ ๒ ส่วนของต้นทุนสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกใน ๑๓ จังหวัด

ยาต้านไวรัส

ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๔๑- มิถุนายน ๒๕๔๒ อัตราการได้รับยาต้านไวรัสของหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๗๔ (พิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ ๔๓ ถึง ๙๖) ของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อทั้งหมด โดยทั้งนี้ร้อยละ ๕๓ กินยาสูตร AZT ระยะสั้นของกระทรวงสาธารณสุข และที่เหลือร้อยละ ๒๑ กินยาสูตรอื่นๆ

อย่างไรก็ตามการศึกษาความคงอยู่ของการกินยาต้านไวรัสสูตรระยะสั้นตลอดช่วงการตั้งครรภ์ใน ๖ โรงพยาบาล ๒ จังหวัด (พะเยาและอุบลราชธานี) พบว่า attrition rate อยู่ที่ร้อยละ ๒๐ หรือกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจำนวน ๑๐๐ ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีจำนวน ๒๐ รายที่ออกจากโครงการระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งในจำนวนนี้ไม่มีข้อมูลรายละเอียดว่าได้รับการดูแลต่ออย่างไรหรือผลของการตั้งครรภ์เป็นเช่นไร

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลเป็นที่น่าสนใจที่พบว่าหญิง

ตั้งครรภ์ใน ๑๓ จังหวัดที่เก็บข้อมูลในปี ๒๕๔๔ พบว่าร้อยละ ๗ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดมาฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์เกินกว่า ๓๔ สัปดาห์ซึ่งเป็นอายุครรภ์ที่เริ่มให้ยาต้านไวรัส AZT สำหรับสูตรระยะสั้น ซึ่งจากข้อมูลในงานวิจัยอื่นในประเทศไทยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้ามักเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งรายงานในจังหวัดเชียงใหม่^(๑๖) พบว่าสูงถึงร้อยละ ๔ และนอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มสูงที่จะปฏิเสธการทานยาต้านไวรัสสูตรระยะสั้น

นมผสมทดแทนนมมารดา

ข้อมูลพบว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อส่วนใหญ่ที่เข้าโครงการป้องกันฯ สมัครใจรับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก และมีอัตราคงอยู่สำหรับการรับนมผสมในสัดส่วนสูงคือร้อยละ ๙๔ แต่จากข้อมูลเชิงลึกในบางพื้นที่ยังพบว่ามีบางรายได้นำนมผสมที่ได้รับนำไปขายต่อซึ่งทำให้ทารกไม่ได้รับนมผสมหรือได้รับนมผสมอย่างไม่พอเพียงและ

ต่อเนื่อง ทำให้ต้องเลือกให้นมมารดาผสมกันไป ข้อมูลงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าการเลี้ยงนมผสมร่วมกับนมมารดาควบคู่กันไป เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเพราะจะเพิ่มโอกาสของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกภายหลังการคลอดมากกว่าการเลี้ยงด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว (exclusive breastfeeding)^(๑๗)

วิจารณ์

การดำเนินโครงการฯ ของประเทศไทย อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งได้รับการยกย่องในระดับนานาชาติ มีการผสมผสาน (integrate) โครงการเข้าสู่ระบบการให้บริการดูแลการฝากครรภ์และคลอดอย่างกลมกลืน ประเทศไทยมีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้มแข็งมากเป็นทุนเดิมอยู่แล้วจึงช่วยให้ผลของการดำเนินงานป้องกันฯ ส่วนใหญ่ราบรื่น ได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์สูง มีแนวโน้มการคงอยู่ของการดำเนินงานยั่งยืน จุดเด่นที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือระบบการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดด้วยความสมัครใจที่ค่อนข้างเข้มแข็ง ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่และเป็นจุดต้นของการนำหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเข้าสู่โครงการฯ

อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีหลายส่วนที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ซึ่งได้แก่

- เพิ่มความเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการภาคเอกชน

การดำเนินงานที่ผ่านมาจำกัดอยู่แต่ในระบบบริการของภาครัฐ แต่ปัจจุบันในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมดำเนินงานและการให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจัดอยู่ในบริการพื้นฐาน ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมสถานพยาบาลเอกชนให้มากที่สุดอย่างเร่งด่วน ซึ่งจากการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในระหว่างปี ๒๕๔๐-๒๕๔๔^(๑๘) พบว่าสถานพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนตลาดของการคลอดอยู่ที่ร้อยละ ๗-๑๐ ของการคลอดในโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย

- ความคงอยู่ในโครงการ

จากข้อมูลการวิจัยที่กล่าวเบื้องต้นจะพบว่า อัตราการคงอยู่ในโครงการฯ สุทธิ (net enrollment rate) อยู่ที่ร้อยละ ๕๖ (อัตราสมัครใจเข้ารับยาร้อยละ ๗๔ x อัตรากินยาตลอดโครงการร้อยละ ๘๐ x อัตรารับนมผสมร้อยละ ๙๕) ซึ่งหมายความว่าจากหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลเลือดว่าติดเชื้อทารกเพียงร้อยละ ๕๖ เท่านั้นที่จะได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานอย่างครบถ้วนเต็มที่ระบบสุขภาพไทย มีศักยภาพสูง และมีความสามารถที่จะเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโครงการฯ สุทธิได้อีกมาก

- ปรับประสิทธิภาพให้ดีขึ้นโดย

ปรับต้นทุน

๐ ด้วยการลดการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดให้เหลือเพียง ๑ ครั้งในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และทำการตรวจเลือดซ้ำเฉพาะกลุ่มเสี่ยง สาเหตุที่แนะนำให้ทำการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเพราะมีรายงานที่ยืนยันได้ว่าหากหญิงตั้งครรภ์รู้ผลเลือดบวกเร็วหรือมีระยะเวลาในการตัดสินใจก่อนกินยาจะส่งผลต่อการสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ มากกว่าหญิงที่รู้ผลเลือดช้า^(๑๙)

๐ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมอนามัยร่วมกันพิจารณาจัดทำแนวทางการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงาน

๐ เพิ่มโอกาสเข้าร่วมโครงการของผู้ติดเชื้อที่ด้อยโอกาส เช่น แรงงานย้ายถิ่น คนจน ชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ข้อมูลในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า^(๒๐) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ (ทั้งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ) อยู่ที่ ๒,๖๙๓ บาทต่อครอบครัวต่อเดือน ซึ่งจำนวนดังกล่าวใกล้เคียงกับเส้นความยากจนของประเทศไทยที่รายงานว่าอยู่ที่ ๔๘๖ บาทต่อคนต่อเดือน (เฉลี่ย ๒.๔ คนต่อครัวเรือน) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยืนยันได้ว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาส การเพิ่มโอกาสค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้

และให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและรอบด้านจะช่วยให้การเข้าถึงบริการป้องกันดีขึ้น ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับรายละเอียดรายการกิจกรรมดังต่อไปนี้

ก. การฝากครรภ์

ควรชักนำให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเข้ารับการฝากครรภ์ให้เร็วขึ้นตั้งแต่ในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ โดยการเร่งประชาสัมพันธ์ ให้บริการในเชิงรุก และลดภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของกลุ่มนี้

ข. การให้คำปรึกษาและตรวจเลือด

บริการให้คำปรึกษาในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

เนื่องจากประชากรในกลุ่มนี้มีลักษณะที่ค่อนข้างจำเพาะ เช่น การศึกษาต่ำ บางครั้งไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ หรือแม้กระทั่งสื่อสารด้านภาษาไทย^(๙๙) เช่นชาวเขา เป็นต้น ดังนั้นสื่อหรือภาษาที่ใช้อาจจำเป็นต้องมีการปรับให้เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการปรับแนวทางการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดทั้งวิธีการและสถานที่ให้สะดวกแก่ผู้รับบริการมากขึ้น^(๑๐๐) เช่น จัดระบบการให้คำปรึกษาสำหรับกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ นับเป็นการปรับระบบสุขภาพไทย ให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (health system responsiveness)

๐ ใช้สูตรยา HIVNET012 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ปฏิเสธสูตรยา AZT, หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ทนอาการข้างเคียงของการใช้ยา AZT ไม่ได้, หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่มาฝากครรภ์ช้าและหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อกลุ่มเสี่ยงสูงที่ผลเลือดขณะมาคลอดเป็นบวก HIVNET 012 เป็นรหัสการทดสอบสูตรยา Nevirapine(NVP) ที่ใช้สำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการให้ NVP ชนิดเม็ดกินเพียงครั้งเดียวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเมื่อเจ็บครรภ์และให้ทานอีกครั้งสำหรับทารกภายหลังการคลอด ๗๒ ชั่วโมง สูตรยาดังกล่าวพบว่าสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้ถึงร้อยละ ๔๗^(๑๐๑) ถึงแม้จะให้ประสิทธิผลต่ำกว่าสูตรยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในประเทศไทยแต่บริหารยาได้ง่าย สะดวก

และมีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับสูงจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ จึงเห็นว่าการให้ยา NVP น่าจะมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้เป็นทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ปฏิเสธที่จะรับยา AZT หรือไม่ได้มาฝากครรภ์แต่พบว่า มีผลเลือดเป็นบวกเมื่อมาคลอดหรือ ใกล้คลอด ทั้งนี้ได้มีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบระหว่างการให้สูตรยา AZT เพียงอย่างเดียว (เหมือนที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน คือ ให้ AZT ทั้งกรณีหญิงติดเชื้อมาฝากครรภ์ก่อนและหลัง ๓๖ สัปดาห์) เปรียบเทียบกับการใช้ NVP เป็นทางเลือกในกรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมาฝากครรภ์หลัง ๓๖ สัปดาห์หรือปฏิเสธสูตรยา AZT พบว่าทางเลือกหลังมีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่า กล่าวคือ สามารถช่วยชีวิตทารกได้จำนวนมากขึ้นโดยใช้งบประมาณที่ต่ำลง^(๑๐๒) โดยในแต่ละปีจะสามารถป้องกันการตกมีให้ติดเชื้อได้เพิ่มขึ้น ๒๒๔ คนโดยใช้งบประมาณลดลง ๗ ล้านบาท ผู้วิจัยเชื่อว่าการปรับสูตรยากรณีเช่นนี้อยู่ในวิสัยของระบบสุขภาพไทยที่มีความเข้มแข็ง บุคลากรสาธารณสุขมีคุณภาพและความสามารถเพียงพอ

ข้อพิจารณาอื่นๆ

การชักนำให้สามีเข้ามามีบทบาท ได้รับข้อมูล

ในปัจจุบันแนวโน้มของการดึงคู่ครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันมีแนวโน้มได้รับการยอมรับมากขึ้นจากผู้ให้บริการเพราะเชื่อว่าจะทำให้การยอมรับเข้าร่วมโครงการฯ และการคงอยู่ตลอดการป้องกันดีขึ้น^(๑๐๓) ดังนั้นการเริ่มต้นด้วยการชักนำสามีเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดด้วยการให้คำปรึกษาแบบคู่ (couple counseling) จะเป็นการเริ่มให้ความรู้และทำให้สามีเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันฯ

นอกจากนี้ประโยชน์สำคัญอีกประการหนึ่งของการให้คำปรึกษาแบบคู่ กรณีเมื่อตรวจพบเชื้อ (post test counseling) คือ ทำให้ลดโอกาสของการติดเชื้อรายใหม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเป็นลบเพราะสามี

ได้รับทราบข้อมูลการป้องกันโรคเอดส์และสร้างความตระหนักต่อโรคเอดส์

บทบาทของชุดตรวจให้ผลเร็ว (HIV Rapid Test)

อาจมีที่ใช้กรณีที่ไม่ทราบผลเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในท้องคลอด ซึ่งหากมีการให้บริการตรวจเลือดด้วยชุดตรวจให้ผลเร็วก็จะสามารถให้การดูแลและป้องกันสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อในกลุ่มนี้ได้อย่างได้ผล ซึ่งปัจจุบันมีราคาไม่แพงและมีประสิทธิภาพการทำนายผลแม่นยำ อีกทั้งผลเสียจากการให้การป้องกันด้วยยาหรือการดูแลการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดบวกลงก็มีน้อยมากจึงไม่ควรเกิดความเสียหายในกรณีดังกล่าว^(๒๓,๒๔)

มาตรฐานการดูแลหญิงคลอดที่ติดเชื้อ

การดูแลการคลอดก็เป็นอีกส่วนที่มีความสำคัญต่อการลดอุบัติการณ์การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เช่น หลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำโดยไม่มีควมจำเป็น การเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะเป็นที่ยอมรับแล้วว่าการผ่าตัดคลอดสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้^(๒๕) แต่ก็พบว่าอาจเป็นไปได้ยากสำหรับประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยที่จะให้การติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้ให้ผ่าตัดคลอด ดังนั้นการผ่าตัดคลอดสำหรับผู้ติดเชื้ออย่างน้อยก็ควรทำในรายที่มีความจำเป็น มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ไม่ควรให้การติดเชื้อมาเป็นอุปสรรคให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดได้รับการบริการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงพบว่ามีอัตราผ่าตัดคลอดอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจคือในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๕๓ อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้ออยู่ที่ร้อยละ ๑๕.๖^(๒๖) และจังหวัดพะเยาร้อยละ ๒๓.๗^(๒๕)

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ประการสุดท้ายแต่มีความสำคัญที่สุดคือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพราะวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกก็คือการป้องกันมิให้มารดาติดเชื้อ

การเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกัน (preven-

tion counseling) จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะ ในแต่ละปีเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดแก่หญิงตั้งครรภ์ ๗-๘ แสนคนต่อปี ซึ่งคนเหล่านี้รวมถึงคู่ครองจัดว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ การใช้ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดจึงไม่ควรมองที่ผลของการป้องกันการติดเชื้อในทารกที่มีจำนวนในแต่ละปี ๔,๒๐๐-๔,๔๐๐ คนเท่านั้น (๗๐๐,๐๐๐-๘๐๐,๐๐๐ การคลอดต่อปี x อัตราการติดเชื้อร้อยละ ๒ x โอกาสการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ร้อยละ ๓๐) ในปัจจุบันระบบการให้คำปรึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ยังมุ่งเน้นในการค้นหาเฉพาะผู้ติดเชื้อ จึงละเลยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มใหญ่ที่ไม่ติดเชื้อ ข้อมูลการวิจัย^(๒๗) แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการให้คำปรึกษาเพื่อฟังผลเลือดกรณีผลเลือดเป็นลบสั้นมากและส่วนใหญ่ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่างจากกรณีผลเลือดบวกอย่างมาก ดังนั้นการย้ำ เร่งรัดระบบให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาแบบคู่ หรือการใช้สื่อต่างๆ เพื่อเน้นย้ำให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงการป้องกันตนเองและคู่สมรสจึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการปรับวิธีการให้คำปรึกษาที่แตกต่างจากปรกติสำหรับในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อกามโรค ผู้ติดสารเสพติด หรือหญิงขายบริการทางเพศ ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) องค์การอนามัยโลก กรมอนามัย และโครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลหลักในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน ๑๓ จังหวัดที่ช่วยเอื้อต่อการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ทบทวนวรรณกรรมที่ได้ให้ข้อคิดเห็นที่สำคัญสำหรับการปรับแก้รายงานฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. Phanupak P, Locharemkul C, Panmuong W, Wilde H. A report of three cases of AIDS in Thailand. *Asian J Allergy Immunol* 1985; 3:195-9.
๒. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. Bangkok: Karnsana Printing Press; 2001.
๓. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries study. Preliminary report of burden of disease and injuries in Thailand 1999. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.
๔. Fowler GM, Simonds RJ, Roongpisuthipong A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47:21-38.
๕. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of Human Immunodeficiency Virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992; 340:585-8.
๖. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353:767-73.
๗. European Collaborative Study. Cesarean section risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1994; 343:1464-67.
๘. St. Louis ME, Kamenga M, Brown C, Nelson AM, Manzila T, Batter V, et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic, and placental factors. *JAMA* 1993; 269:2853-9.
๙. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. New Engl J Med*, 1994; 331:1173-80.
๑๐. Thaineua V, Sirinirund P, Tanbanjong A, Lalleman M, Soucat A, Lamboray JL. From research to practice: use of short course zidovudine to prevent mother-to-child HIV transmission in the context of routine health care in northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1998; 29:429-42.
๑๑. Kanshana S, Thewanda D, Teeraratkul A, Limpakarnjanarat K, Amornwichet P, Kullerk N, et al. Implementing short-course zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. *AIDS* 2000; 14:1617-23.
๑๒. ยศ ศิริวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริพร กัญชนะ, พรศินี อมรวิเชษฐ์, นริลักษณ์ กุลฤกษ์, วรทรัพย์ ชิตประเสริฐ และคณะ. ต้นทุนประสิทธิภาพการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๕.
๑๓. Cartoux M, Meda N, Perre PV, Newell ML, Vincenzi I, Dabis F, et al. Acceptability of Voluntary HIV Testing by pregnant women in developing countries: an international survey. *AIDS* 1998; 12:2489-93.
๑๔. Teerawattananon Y, Tangchroensathien V. National program for prevent mother-to-child HIV transmission in Thailand: an analysis of policy options. Oral presentation at XI international AIDS conference; 7-2002 July 12; Fira de Barcclong hotel, Spain. Barcelona; 2002.
๑๕. Roongpisuthipong A, Siriwasin W, Simonds RJ, Sangtaweasin V, Vanprapar N, Wasi C, et al. HIV seroconversion during pregnancy and risk for mother-to-child transmission. *JAIDS* 2001; 28:348-51.
๑๖. สิทธิ จิตติกรมย์. การศึกษาภาวะทางสังคมและสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโครงการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จังหวัดเชียงใหม่. รายงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกหลังคลอด; ๒๓-๒๕ เมษายน ๒๕๔๔; เชียงใหม่; ๒๕๔๔.
๑๗. Coutoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001; 15:379-87.
๑๘. ยศ ศิริวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. รายงานเบื้องต้นการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยปี ๒๕๔๐-๒๕๔๔. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๙. Apitsawapa Y, Prasit V, Jonsakul K, Kantipong P, Watt G, Brown AE. Thai language skill and HIV counseling among hilltribe people: a hospital based study in Chiang Rai. *J Med Assoc Thai* 1999; 82:808-10.
๒๐. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41:31-44.
๒๑. Guay L.A, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999; 354:795-802.
๒๒. Bassett MT. Keeping the M in MTCT: Women, mother, and HIV prevention. *Am J Public Health* 2001; 91:701-3.
๒๓. Minkoff H, O'Sullivan MJ. The case for rapid HIV testing during labor. *JAMA* 1998; 279:1743-4.

๒๔. Wilkinson D, Wilkinson N, Lombard C, Martin D, Smith A, Floyd K, et al. On-site HIV testing in resource-poor setting: is one rapid test enough?. *AIDS* 1997; 11:377-81.
๒๕. เพชรศรี ศิริรัตน์. โครงการศึกษาการใช้ยา Zidovudine

เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเขต ๑๐ จังหวัดพะเยา. รายงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกหลังคลอด; ๒๓-๒๕ เมษายน ๒๕๔๔; เชียงใหม่; ๒๕๔๔.

Abstract: Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission: Field Lessons for Policy Shift
Yot Teerawattananon*, Siripon Kanshana**, Viroj Tangcharoensathien*, Pornsinee Amornwichet**, Borworn Ngamsiriudom**

*Senior Research Scholar Programme on Health System Research and Policy, **Department of Health, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2002; 11:792-803.

The nation-wide program for prevention of mother-to-child HIV transmission was implemented successfully since late 1999. Recent program evaluation conducted through questionnaire survey in 160 public facilities in all 13 provinces in the two public health region 7 (Northeastern) and 10 (upper-North) during March-July 2001 had been analyzed. This study demonstrated opportunities for improving of the program effectiveness. This paper systematically describes and recommends potential improvements of program effectiveness (1) set a national standard of HIV laboratory testing; (2) reduce current practice of two rounds of voluntary counseling and HIV testing -VCT among pregnant women to single VCT at the first antenatal visit (except high risk groups); (3) encourage pre and post-test counseling for couples as a primary prevention for HIV negative couples; (4) increase net program enrollment rate by increasing accessibility for low socio-economic groups, increase husband participation to the program, and (5) consider potential role of introducing Nevirapine-HIVNET012 regimen as a drug of choice for late arrivals to antenatal visit by infected pregnancies and/or who refuse a standard regimen of Zidovudine. This will minimize lose opportunities among these sub-groups.

Considering a strong Thai program functioning, these recommendations are technically sound, feasible, affordable and would further potentiate program effectiveness and efficiency.

Key words: HIV, mother-to-child transmission, voluntary counseling, cost effectiveness, program evaluation

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

“การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน” โดยระบบสุขภาพไทย : ความคิดเห็นของ บุคลากรสุขภาพ

ศรีเพ็ญ ตันติเวส

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า ระบบสุขภาพที่ดีควรมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาระดับและความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ รวมทั้งการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนกลุ่มต่างๆ ตลอดจนสร้างความเสมอภาคในระบบการคลังด้านสุขภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพไทยในด้านต่างๆ ในเดือนมกราคมถึงมีนาคม ๒๕๔๔ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองรวม ๕๐๐ ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน ๒๕๑ ฉบับ (ร้อยละ ๕๘)

ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ ชนชั้นทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้รับบริการเป็นสาเหตุของการเลือกปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมการตอบสนองโดยระบบบริการภาคเอกชนอยู่ในระดับที่ดีกว่าภาครัฐ ทั้งในด้านการเคารพต่อบุคคลและการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ระบบสุขภาพไทยตอบสนองต่อความคาดหวังในด้านการเคารพต่อบุคคลและการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของประชากรทั่วไปในระดับปานกลาง โดยได้คะแนนเฉลี่ย ๕.๓ และ ๕ จากคะแนนเต็ม ๑๐ ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ที่มีฐานะร่ำรวย มีการศึกษาสูง ผู้สูงอายุ (เฉพาะองค์ประกอบด้านการให้ความเคารพต่อบุคคล) อาศัยอยู่ในเขตเมือง และชนกลุ่มใหญ่ ส่วนเพศชายและหญิงได้รับการตอบสนองไม่แตกต่างกัน

ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบด้านการเคารพต่อบุคคลเท่ากับด้านการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเห็นว่าจุดมุ่งหมายหลักทั้งสามประการของระบบสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาสถานะสุขภาพ การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน และความเป็นธรรมทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ มีความสำคัญเท่าๆ กัน

คำสำคัญ

การตอบสนอง ระบบสุขภาพไทย การเลือกปฏิบัติ ความเสมอภาค

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายของระบบสุขภาพ (health system goals) ว่า ควรมีองค์ประกอบ ๕ ประการ ได้แก่ การพัฒนาระดับและความเสมอภาคของสถานะสุขภาพ ระดับและความเสมอภาคของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน (responsiveness to people's expectations) และความเป็นธรรมทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยระบุให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการให้บรรลุจุดมุ่งหมายทุกองค์ประกอบ^(๑) จะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายเหล่านี้แตกต่างไปจากสิ่งที่เคยเป็นมาในอดีตเมื่อระบบสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเฉพาะระดับสถานะสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก และให้ความสนใจในเรื่องความเสมอภาคหรือความเป็นธรรมต่อประชากรกลุ่มต่างๆ ตลอดจนการตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพน้อยมาก จึงมีการเลือกปฏิบัติ (discrimination) หรือให้บริการที่ไม่สร้างความพึงพอใจแก่ประชาชน สร้างปัญหาความไม่เข้าใจและไม่ร่วมมือ จนเป็นอุปสรรคในการดำเนินการของระบบสุขภาพโดยรวม

“การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน” ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบที่หนึ่ง ได้แก่ การให้ความเคารพต่อบุคคล [respect of person (ROP)] ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลกับระบบสุขภาพ โดยให้ความสำคัญต่อมิติทางจริยธรรม ประกอบด้วย การให้ความเคารพในศักดิ์ศรี (dignity) การให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (autonomy) การรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) และการสื่อสาร (communication) ของผู้ให้บริการที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดี องค์ประกอบที่สอง ได้แก่ การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง [client orientation (CLO)] ซึ่งครอบคลุมความพึงพอใจของ

ผู้ป่วยต่อกระบวนการให้บริการสุขภาพ โดยไม่ประเมินผลลัพธ์ของบริการ (clinical outcome) องค์ประกอบของการตอบสนองในกลุ่มนี้ได้แก่ การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ (prompt attention) การมีโอกาเลือกแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษา (choice) ผู้ป่วยสามารถได้รับความช่วยเหลือจากญาติมิตร รวมทั้งประกอบกิจกรรมทางศาสนา ระหว่างการรับบริการ (social supports) และความสะดวกสบายรวมทั้งคุณภาพของ สิ่งแวดล้อม (basic amenities) เช่น ความสะอาด ความสว่างของอาคารสถานที่ เป็นต้น^(๒)

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มประเมินการดำเนินการของระบบสุขภาพ (health systems performance assessment) ในประเทศสมาชิก โดยกำหนดกรอบในการประเมินให้ครอบคลุมจุดมุ่งหมายทั้งห้าประการ^(๓) ในการประเมินระดับและความเป็นธรรมของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนกลุ่มต่างๆ ของระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกแบ่งการศึกษาออกเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ การเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก [key informants (KI) survey] และการสำรวจครัวเรือน (household survey) ทั้งนี้โดยใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดไปประมวลรวมกันเพื่อหาระดับและการกระจายของการตอบสนองของระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ^(๔)

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุขได้สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพในประเทศไทย เพื่อจัดส่งให้องค์การอนามัยโลก โดยใช้คำถามมาตรฐานที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก บางส่วนของข้อมูลดังกล่าวสะท้อนภาพการดำเนินงานของระบบสุขภาพไทยในประเด็นการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนสาเหตุของการเลือกปฏิบัติ และความสำคัญขององค์ประกอบย่อยของจุดมุ่งหมายของระบบสุขภาพในมุมมอง

มองของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รายงานนี้จึงเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินเรื่องดังกล่าวในประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

๑. **แบบสอบถาม:** ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามมาตรฐานชนิดตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) ที่องค์การอนามัยโลกจัดทำขึ้นจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แบบสอบถามแบ่งเป็น ๕ ตอนดังนี้

ตอนที่ ๑ สาเหตุของการเลือกปฏิบัติของระบบสุขภาพต่อประชาชน : ผู้ตอบเลือกว่าสิ่งต่อไปนี้คืออะไรที่เป็นสาเหตุของการเลือกปฏิบัติ: สัญชาติ เชื้อชาติ สีผิว ภาษา ศาสนา ลัทธิการเมือง ฐานะการเงิน การไม่มีประกันสุขภาพเอกชน สถานะสุขภาพ และชนชั้นทางสังคม

ตอนที่ ๒ การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน: ผู้ตอบประเมินการตอบสนองฯ ใน ๔ องค์ประกอบย่อยว่า การตอบสนองแต่ละองค์ประกอบโดยผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐและเอกชนอยู่ในระดับใด ได้แก่ ไม่ดีอย่างมาก ไม่ดีปานกลาง ดี และดีมาก

ตอนที่ ๓ การตอบสนองของระบบสุขภาพต่อความคาดหวังของประชากรกลุ่มต่างๆ: ผู้ตอบประเมินการตอบสนองฯ ทั้งสององค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความเคารพต่อบุคคล และการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการสุขภาพ โดยประเมินในประชากรทั่วไป (general population) และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้แก่ เพศชาย - หญิง, อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี - อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป, ฐานะร่ำรวย - ยากจน, การศึกษาชั้นประถมศึกษาขึ้นไป - ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา, อาศัยอยู่ในเขตเมือง - ชนบท, และประชากรส่วนใหญ่ - ชนกลุ่มน้อย ทั้งนี้ให้ประเมินโดยการให้คะแนนตั้งแต่ ๐-๑๐ เมื่อ ๐ หมายถึงเลวที่สุด และ

๑๐ หมายถึงดีที่สุด

ตอนที่ ๔ ความสำคัญขององค์ประกอบของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ

ตอนที่ ๔.๑ : ผู้ตอบประเมินว่าแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ ๑ ถึง ๔ โดย ๑ หมายถึงสำคัญมากที่สุด และ ๔ หมายถึงสำคัญน้อยที่สุด ผู้วิจัยคำนวณสัดส่วนของผู้ตอบที่เลือกระดับความสำคัญแต่ละระดับสำหรับองค์ประกอบหนึ่งๆ หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มระดับความสำคัญเป็น ๓ กลุ่มได้แก่ “สำคัญมาก” “สำคัญปานกลาง” และ “สำคัญน้อย” โดยให้ความสำคัญระดับ ๑ และ ๒ เป็นกลุ่ม “สำคัญมาก” ความสำคัญระดับ ๓, ๔, ๕, และ ๖ เป็นกลุ่ม “สำคัญปานกลาง” และความสำคัญระดับ ๗ และ ๘ เป็นกลุ่ม “สำคัญน้อย”

ตอนที่ ๔.๒ : ผู้ตอบเปรียบเทียบความสำคัญขององค์ประกอบหลักของการตอบสนองฯ ได้แก่ การให้ความเคารพต่อบุคคล และการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเลือกแผนภาพวงกลมซึ่งแสดงความสำคัญขององค์ประกอบทั้งสองในสัดส่วนต่างๆ กัน ๕ แบบ (ดูรูปที่ ๓)

ตอนที่ ๕ ความสำคัญเชิงเปรียบเทียบของจุดมุ่งหมายของระบบสุขภาพ: ใช้ข้อคำถามทำนองเดียวกับการศึกษาความสำคัญขององค์ประกอบของการตอบสนองในตอน ๔.๒ (ดูรูปที่ ๔, ๕ และ ๖)

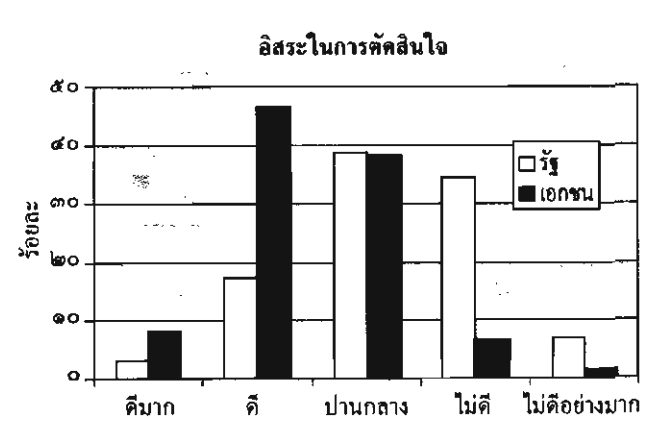
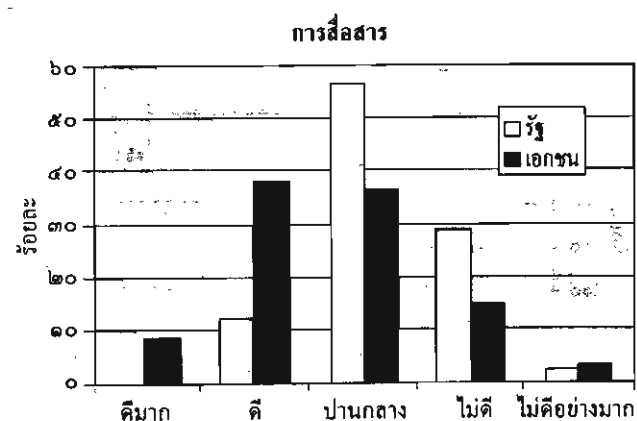
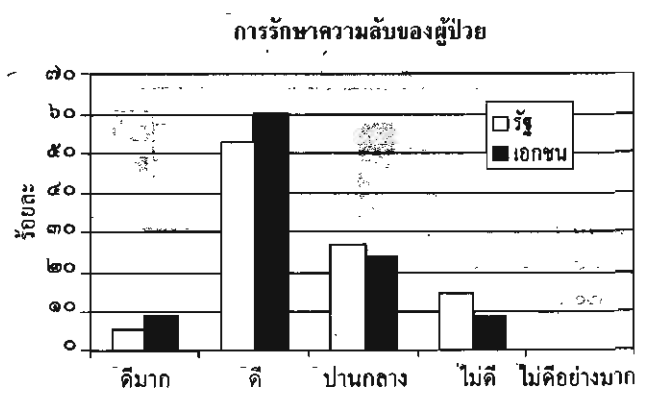
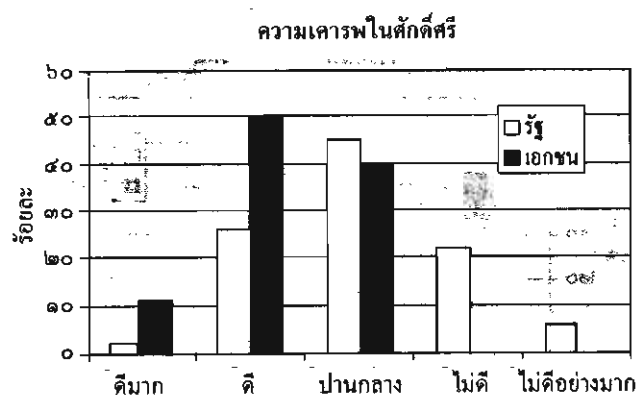
๒. **ช่วงเวลาเก็บข้อมูล:** เดือนมกราคม ถึงมีนาคม ๒๕๔๔

๓. **กลุ่มตัวอย่าง:** คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) โดยตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานในระบบสุขภาพ จำนวน ๕๐๐ คน ดังนี้

(๑) ผู้เข้าร่วมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การประเมินต้นทุน - ประสิทธิภาพของโครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขต ๑๐ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๑๐๐ คน และเขต ๗ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน ๑๐๐

ตารางที่ ๑ สาเหตุของการเลือกปฏิบัติของระบบสุขภาพต่อประชาชน

สาเหตุของการเลือกปฏิบัติ	ร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความเห็นว่า “เป็นสาเหตุของการเลือกปฏิบัติ”
ชนชั้นทางสังคม	๘๒.๕
ฐานะการเงิน	๘๐.๘
การที่ผู้ป่วยไม่มีประกันสุขภาพเอกชน	๕๕.๘
สถานะสุขภาพ	
ภาษา	๒๓.๔
สัญชาติ	๑๕.๔
เชื้อชาติ	๑๘.๗
ลัทธิการเมือง	๑๖.๖
ศาสนา	
สีผิว	๓.๘



รูปที่ ๑ สัดส่วนของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามความคิดเห็นเรื่องการให้ความเคารพต่อผู้รับบริการของผู้ให้บริการสุขภาพในภาครัฐและเอกชน

คน

(๒) นักศึกษาหลักสูตรการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน ๑๐๐ คน

(๓) ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์ทหาร ณ ฐานทัพเรือสัตหีบ ชลบุรี จำนวน ๕๐ คน

(๔) อาจารย์และนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน ๑๐๐ คน

(๕) เภสัชกรของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน ๕๐ คน

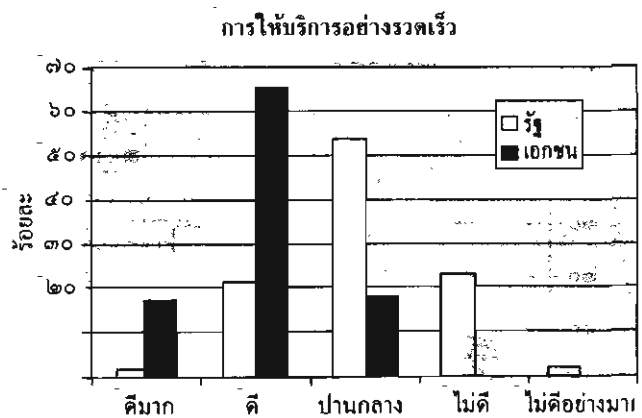
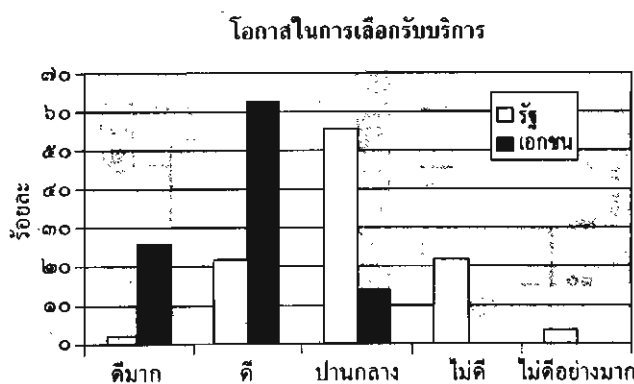
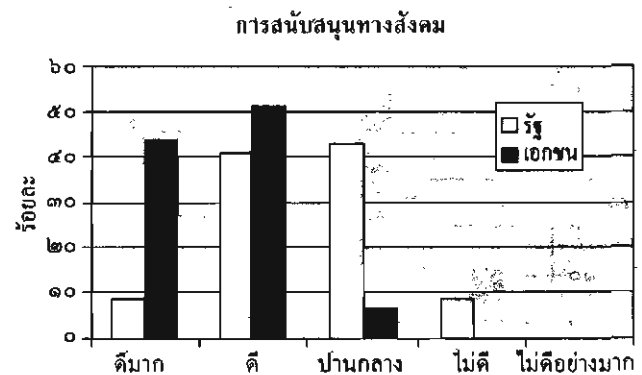
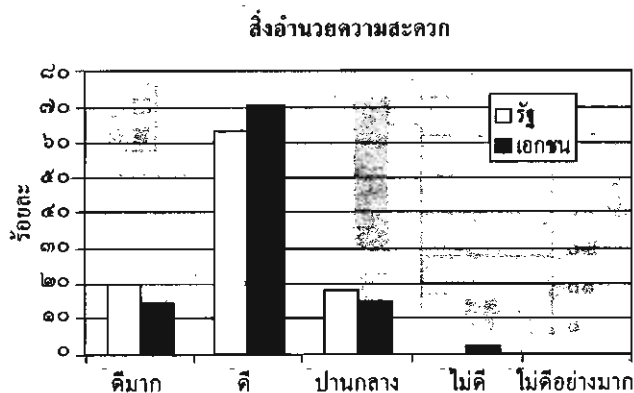
ผลการศึกษา

แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมีจำนวน ๒๙๑ ฉบับ

(ร้อยละ ๕๔) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ ๗๙) อายุตั้งแต่ ๓๑-๕๐ ปี (ร้อยละ ๕๐) เกือบทั้งหมด (ร้อยละ ๙๙.๗) สำเร็จการศึกษาระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (ร้อยละ ๘๓) ภาครัฐ (ร้อยละ ๙๙) ซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมือง (ร้อยละ ๖๖)

๑. สาเหตุของการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ของระบบสุขภาพต่อประชาชน

บุคลากรสุขภาพเห็นว่า ชนชั้นทางสังคม และฐานะการเงินของผู้รับบริการเป็นสาเหตุของการเลือกปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าสาเหตุอื่นๆ (ร้อยละ ๔๓ และ ๔๑ ตามลำดับ) (ตารางที่ ๑) รองลงมาได้แก่ การที่ผู้รับบริการไม่มีประกันสุขภาพ



รูปที่ ๒ สัดส่วนของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามความคิดเห็นเรื่องการให้ความเคารพต่อผู้รับบริการของผู้ให้บริการสุขภาพในภาครัฐและเอกชน

เอกชน สถานะสุขภาพ และภาษา ส่วนสัญชาติ เชื้อชาติ และลัทธิการเมืองนั้น บุคลากรสุขภาพเห็นว่าทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติต่ำกว่าร้อยละ ๒๐ ในขณะที่มีผู้ให้ความเห็นว่าสีผิวและศาสนาเป็นสาเหตุของการเลือกปฏิบัติเพียงร้อยละ ๔ และ ๕ ตามลำดับ

๒. การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน โดยระบบบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน

๒.๑ การให้ความเคารพต่อบุคคล

ในภาพรวม บุคลากรสุขภาพเห็นว่าระบบบริการภาคเอกชนให้ความเคารพต่อผู้รับบริการในระดับสูงกว่าระบบบริการภาครัฐ (รูปที่ ๑) กล่าวคือ ทุกคนเห็นว่าภาคเอกชนให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในระดับปานกลาง - ดีมาก โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๐) เห็นว่าอยู่ในระดับดี - ดีมาก และภาครัฐมีความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในระดับไม่ดี - ไม่ดีอย่างมาก (ร้อยละ ๒๗) สำหรับการรักษาความลับของผู้ป่วย มีบุคลากรสุขภาพที่เห็นว่าผู้ให้บริการเอกชนและภาครัฐรักษาความลับของผู้ป่วยในระดับดี และดีมาก คิดเป็นร้อยละ ๖๔ และ ๕๔ ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่มีผู้ใดเลยที่เห็นว่าการรักษาความลับของผู้ป่วยของผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนอยู่ในระดับไม่ดีอย่างมาก เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ที่เห็นว่าภาครัฐให้อิสระในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยในระดับปานกลาง และไม่ตีรวมนันสูงถึงร้อยละ ๗๓

๒.๒ การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นในภาพรวมว่าเอกชนยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการดีกว่ารัฐ

ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาด และสิ่งแวดล้อมภายในสถานบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพเกือบทั้งหมด เห็นว่า สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีสิ่งเหล่านี้อยู่ในระดับปานกลาง - ดีมาก โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๐-๗๐) เห็นว่าอยู่ในระดับดี (รูปที่ ๒) สำหรับด้านการสนับสนุนทางสังคม เช่น การอนุญาตให้ติดต่อกับญาติมิตร และโอกาสที่จะ

ประกอบกิจกรรมทางศาสนาระหว่างเข้ารับบริการสุขภาพนั้น บุคลากรสุขภาพเกือบทั้งหมดเห็นว่า สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเปิดโอกาสในเรื่องดังกล่าวให้แก่ผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง - ดีมาก กล่าวคือ มีผู้เห็นว่าสถานบริการเอกชนให้โอกาสในเรื่องนี้ในระดับดี - ดีมาก รวมกันถึงร้อยละ ๙๒ ในขณะที่ร้อยละ ๔๒ เห็นว่า ภาครัฐให้โอกาสแก่ผู้รับบริการในระดับปานกลาง การรักษาและเลือกสถานที่ที่จะรับบริการมีแบบแผนคล้ายคลึงกัน

นอกจากนี้ ร้อยละ ๖๕ และ ๑๔ เห็นว่า ความรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของสถานบริการภาคเอกชนอยู่ในระดับดีและดีมากตามลำดับ และมีผู้เห็นว่าภาครัฐให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างล่าช้า ไม่ทันต่อเหตุการณ์อยู่ถึงร้อยละ ๒๔

๓. การตอบสนองของระบบสุขภาพต่อความคาดหวังของประชากรกลุ่มต่างๆ

๓.๑ การให้ความเคารพต่อบุคคล

บุคลากรสุขภาพประเมินว่า ระบบสุขภาพไทยให้บริการด้วยความเคารพต่อผู้รับบริการในภาพรวมของประชากรทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย ๕.๓ จากคะแนนเต็ม ๑๐) (ตารางที่ ๒) กลุ่มคนที่ได้คะแนนการได้รับ "ความเคารพต่อบุคคล" จากระบบบริการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป ผู้ที่มีฐานะร่ำรวย ผู้ที่มีการศึกษาสูง ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้ที่เป็นชนส่วน ใหญ่ ส่วนเพศชายกับเพศหญิงได้รับความเคารพปฏิบัติด้วยความเคารพไม่แตกต่างกัน

๓.๒ การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการสุขภาพ

ตามความเห็นของบุคลากรสุขภาพ การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้บริการของระบบสุขภาพของไทยในภาพรวมของประชากรทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย ๕ จากคะแนนเต็ม ๑๐) (ตารางที่ ๒) กลุ่มคนที่ได้คะแนนการได้รับบริการโดยการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

ตารางที่ ๒ การตอบสนองต่อความคาดหวังของระบบสุขภาพต่อประชากรกลุ่มต่างๆ

กลุ่ม	การให้ความเคารพต่อบุคคล			การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ประชากรทั่วไป	๒๘๗	๕.๓	๑.๗	๒๘๖	๕.๐	๒.๐
เพศ						
ชาย	๒๘๕	๕.๕	๑.๗	๒๘๖	๕.๑	๑.๕
หญิง	๒๘๕	๕.๕	๑.๗	๒๘๓	๕.๒	๑.๕
อายุ						
อายุต่ำกว่า ๖๕ ปี	๒๘๕	๕.๗	๑.๘	๒๘๔	๕.๔	๒.๐
อายุตั้งแต่ ๖๕ ปี ขึ้นไป	๒๘๔	๖.๒*	๑.๘	๒๘๓	๕.๖	๒.๑
ฐานะทาง						
ร่ำรวย	๒๘๕	๗.๔*	๑.๔	๒๘๕	๗.๒*	๑.๗
เศรษฐกิจ						
ยากจน	๒๘๓	๔.๕	๑.๕	๒๘๓	๔.๘	๒.๑
การศึกษา						
ได้รับการศึกษา	๒๘๕	๕.๕*	๑.๖	๒๘๕	๕.๗*	๑.๘
ไม่ได้รับการศึกษา	๒๘๓	๕.๑	๑.๘	๒๘๓	๕.๐	๒.๐
ถิ่นที่อยู่						
เขตเมือง	๒๘๖	๖.๔*	๑.๕	๒๘๖	๖.๐*	๑.๘
เขตชนบท	๒๘๔	๕.๒	๑.๘	๒๘๓	๕.๐	๒.๐
เชื้อชาติ						
ชนกลุ่มใหญ่	๒๘๔	๖.๑*	๑.๗	๒๘๔	๕.๗*	๑.๕
ชนกลุ่มน้อย	๒๘๓	๔.๕	๒.๐	๒๘๓	๔.๘	๒.๑

*แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$)

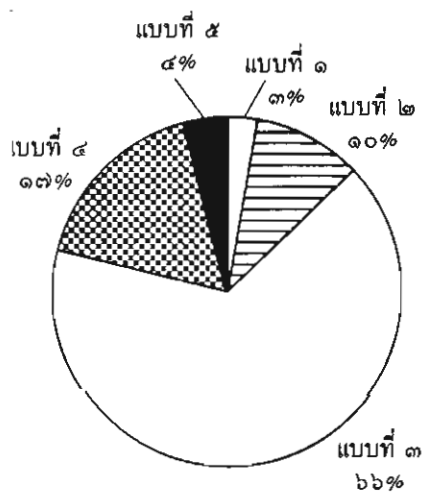
ตารางที่ ๓ สัดส่วนของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามระดับการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ (ร้อยละ)

องค์ประกอบ	สำคัญมาก	สำคัญปานกลาง	สำคัญน้อย	จำนวน
การเคารพในศักดิ์ศรี	๕๕.๗	๓๖.๗	๗.๖	๒๖๔
การได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์	๔๕.๑	๔๑.๐	๕.๕	๒๗๓
การรักษาความลับของผู้ป่วย	๔๓.๓	๔๖.๓	๑๐.๔	๒๗๐
การสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ	๓๓.๗	๕๒.๗	๑๓.๖	๒๗๓
การให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ	๒๘.๗	๕๗.๐	๑๔.๓	๒๗๒
โอกาสในการเลือกบริการ	๒๘.๐	๕๓.๕	๑๘.๑	๒๗๑
สิ่งอำนวยความสะดวก และความสะอาด	๑๕.๑	๕๗.๖	๒๗.๓	๒๗๑
การสนับสนุนทางสังคม	๑๑.๐	๕๒.๒	๓๖.๘	๒๗๒

นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่มีฐานะร่ำรวย มีการศึกษาสูง อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้ที่เป็ชนกลุ่มใหญ่ ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๖๕ ปีกับผู้ที่มียายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป และเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกันในด้านการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริการ

๔. ความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ ของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ

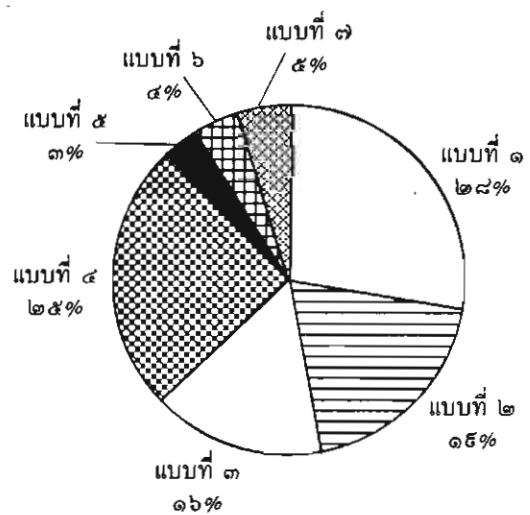
๔.๑ ความสำคัญขององค์ประกอบย่อย ๔ องค์ประกอบ



หมายเหตุ : ความเคารพต่อบุคคล : การยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

- แบบที่ ๑ ๑:๓
- แบบที่ ๒ ๑:๒
- แบบที่ ๓ ๑:๑
- แบบที่ ๔ ๒:๑
- แบบที่ ๕ ๓:๑

รูปที่ ๓ อัตราส่วนของบุคลากรสุขภาพจำแนกตามการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ



หมายเหตุ : การตอบสนอง : สถานะสุขภาพ : ความเป็นธรรมทางการเงิน

- แบบที่ ๑ ๑:๑:๑
- แบบที่ ๒ ๑:๑:๓:๑
- แบบที่ ๓ ๑:๒:๑
- แบบที่ ๔ ๑:๕:๒:๕:๑
- แบบที่ ๕ ๑:๒:๕:๑:๕
- แบบที่ ๖ ๑:๓:๑
- แบบที่ ๗ ๑:๕:๗:๑

รูปที่ ๔ อัตราส่วนของบุคลากรสุขภาพจำแนกตามการให้ความสำคัญต่อจุดมุ่งหมายของระบบสุขภาพ

องค์ประกอบของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนของระบบสุขภาพที่บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่เห็นว่ามีค่าสำคัญมาก ได้แก่ การเคารพในศักดิ์ศรี และการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีผู้ให้ความสำคัญในระดับดังกล่าวถึงร้อยละ ๕๖ และ ๔๙ ตามลำดับ ในขณะที่มีผู้ที่เห็นตรงกันข้ามอย่างสิ้นเชิง ว่าองค์ประกอบทั้งสองมีความสำคัญน้อยอยู่เพียงร้อยละ ๔ และ ๑๐ ตามลำดับ (ตารางที่ ๓)

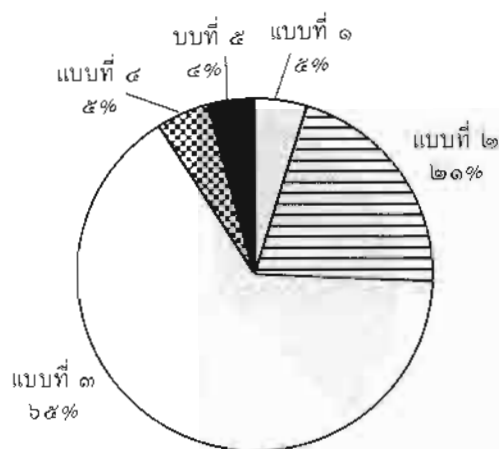
๔.๒ ความสำคัญเชิงเปรียบเทียบระหว่างองค์ประกอบของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๖) มีความเห็นว่า องค์ประกอบด้านการให้ความเคารพต่อบุคคล

และการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญเท่ากัน (รูปที่ ๓) รองลงมา ได้แก่ องค์ประกอบด้านการให้ความเคารพต่อบุคคลมีความสำคัญมากกว่าการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ๒ เท่า โดยมีผู้เลือกตัวเลือกนี้ร้อยละ ๑๗

๕. ความสำคัญเชิงเปรียบเทียบของจุดมุ่งหมายของระบบสุขภาพ

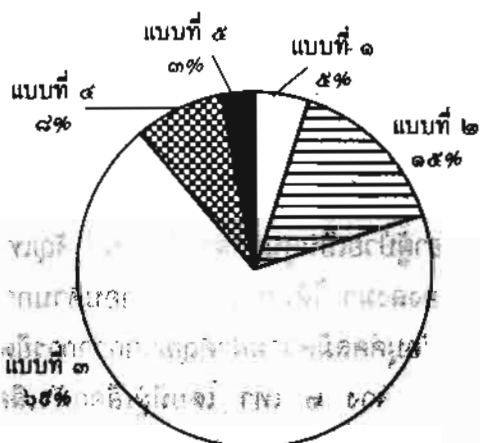
บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๒๘) ให้ความสำคัญต่อจุดมุ่งหมายด้านการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน การพัฒนาสถานะสุขภาพ และความเป็นธรรมด้านการเงินการคลัง เท่าๆ กัน (รูปที่ ๔) ในขณะที่ร้อยละ ๒๕ ให้ความสำคัญต่อสถานะสุขภาพมากกว่าการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน



หมายเหตุ: ระดับ : การกระจาย

- แบบที่ ๑ ๓.๑
- แบบที่ ๒ ๒.๑
- แบบที่ ๓ ๑.๑
- แบบที่ ๔ ๑.๒
- แบบที่ ๕ ๑.๓

รูปที่ ๕ อัตราส่วนของบุคลากรสุขภาพจำแนกตามการให้ความสำคัญต่อ “ระดับ” และ “การกระจาย” การพัฒนาสถานะสุขภาพ



หมายเหตุ: ระดับ : การกระจาย

- แบบที่ ๑ ๓.๑
- แบบที่ ๒ ๒.๑
- แบบที่ ๓ ๑.๑
- แบบที่ ๔ ๑.๒
- แบบที่ ๕ ๑.๓

รูปที่ ๖ อัตราส่วนของบุคลากรสุขภาพจำแนกตามการให้ความสำคัญต่อ “ระดับ” และ “การกระจาย” การตอบสนองต่อความต้องการคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ

และความเป็นธรรมด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยเห็นว่าจุดมุ่งหมายทั้งสามมีความสำคัญเป็นอัตราส่วน ๒.๕ : ๑.๕ : ๑ ตามลำดับ มีบุคลากรสุขภาพเพียงร้อยละ ๕ ที่เห็นว่า สถานะสุขภาพมีความสำคัญเกินกว่าครึ่ง (แบบที่ ๖ และ ๗)

ในการเปรียบเทียบความสำคัญระหว่าง “ระดับ” และ “การกระจาย” หรือ “ความเสมอภาค” ของการพัฒนาสถานะสุขภาพของประชากร บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๕) ให้ความสำคัญต่อระดับและการกระจายการพัฒนาสถานะสุขภาพเท่าๆ กัน (รูปที่ ๕) ร้อยละ ๒๑ ให้ความสำคัญต่อระดับของสถานะสุขภาพเป็น ๓ เท่าของการกระจายการพัฒนาสถานะสุขภาพ (อัตราส่วน ๓:๑) สำหรับผู้ที่เห็นว่า การกระจายการพัฒนาสถานะสุขภาพมีความสำคัญมากกว่าระดับของสถานะสุขภาพมีอยู่เพียงร้อยละ ๔

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญเชิงเปรียบเทียบระหว่าง “ระดับ” และ “การกระจาย” หรือ “ความเสมอภาค” ของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพนั้น บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๖๕) ให้ความสำคัญต่อระดับและการกระจายการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนเท่าๆ กัน (รูปที่ ๖) ร้อยละ ๑๕ เห็นว่าระดับของการตอบสนองต่อความต้องการคาดหวังของประชาชนมีความสำคัญเป็น ๒ เท่าของการกระจายการตอบสนอง และมีเพียงร้อยละ ๑๐ ที่เห็นว่า การกระจายการตอบสนองมีความสำคัญกว่าระดับของการตอบสนอง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

เมื่อองค์การอนามัยโลกได้นำแนวคิดเรื่องการประเมินการดำเนินการของระบบสุขภาพของประเทศสมาชิกใน ๓ จุดมุ่งหมายสำคัญของระบบ พร้อมทั้งผลการประเมินในลักษณะการจัดอันดับ (ranking) ประเทศตามการดำเนินการและการบรรลุจุดมุ่งหมายทั้งสาม ประการออกเผยแพร่เป็นครั้งแรกในหนังสือ The World Health Report ๒๐๐๐: health systems: improving

performance^(๑) นั้น ประเทศต่างๆ โดยผู้นำของประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการ จำนวนมากได้แสดงความไม่เห็นด้วย ตลอดจนวิพากษ์วิจารณ์หลักการและความน่าเชื่อถือของวิธีการประเมินในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำผลการประเมินไปจัดอันดับประเทศ^(๔-๕)

เนื่องจากขณะนี้แนวคิดและวิธีการประเมินที่กล่าวข้างต้นยังไม่ได้ช้อยติและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ประกอบกับวิธีการศึกษาออกแบบสำหรับการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ผู้วิจัยจึงคัดเลือกข้อมูลส่วนที่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินการของระบบสุขภาพ เพื่อรายงานแสดงสถานการณ์การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนไทยอย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยต้องใช้แบบสอบถามที่แปลจากแบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีแนวความคิดบางประการไม่สอดคล้องกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมหรือไม่ใช้ประเด็นความคาดหวังของประชาชนในการบริการสุขภาพในบริบทของสังคมไทย

การศึกษาเรื่องการเลือกปฏิบัติและการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนกลุ่มต่างๆนั้น ให้ผลที่สอดคล้องกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่า แม้ในปัจจุบันการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานจากรัฐจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคนตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ซึ่งประกาศใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ตลอดจนมีคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยโดยสภาวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ระบุสิทธิต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ซึ่งครอบคลุมหลายองค์ประกอบของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพ เช่น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพการรักษาความลับของผู้ป่วย เป็นต้น ทั้งนี้ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ^(๖) แต่ระบบสุขภาพของไทยยังตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนในภาพรวมในระดับปานกลาง ตลอดจนให้บริการต่อคนกลุ่มต่างๆ ในลักษณะที่ไม่เท่าเทียมกัน (inequity) และไม่เป็นธรรม

ในการประเมินว่าปัญหาการไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนในแต่ละองค์ประกอบมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขมากน้อยเพียงใด นั้น การให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบนั้นๆ ของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวบ่งชี้การให้ความสำคัญหรือการให้คุณค่าต่อ สิ่งต่างๆ ทั้งที่เป็นวัตถุและประเด็นเชิงนามธรรมขึ้น อยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม เช่น กระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization) บรรทัดฐาน (norms) และค่านิยม (values) เป็นอย่างมาก ลักษณะ รูปแบบ หรือคุณภาพของการบริการในระบบสุขภาพซึ่งเป็นที่คาดหวังหรือมีความสำคัญต่อคนในสังคมหนึ่ง อาจไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่มีความสำคัญเลยในมุมมองของคนในอีกสังคมหนึ่ง ดังนั้น การที่จะพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องประเมินให้ได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่คนไทยกลุ่มต่างๆ คาดหวังหรือให้ความสำคัญ เพื่อให้การพัฒนามีเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ว่า ในมุมมองของบุคลากรสุขภาพ การปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความเคารพและการยึดเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการมีความสำคัญเท่ากัน สำหรับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน การเคารพในศักดิ์ศรีและการได้รับการอย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ เป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด อย่างไรก็ตาม กลุ่มบุคลากรสุขภาพในการศึกษานี้ไม่ใช้ตัวแทนของประชาชนทั่วไป ในมุมมองของประชาชนความคาดหวังที่มีต่อระบบบริการสุขภาพอาจจะแตกต่างกันออกไป

การเปรียบเทียบความสำคัญของจุดมุ่งหมายทั้งสามประการของระบบสุขภาพ รวมทั้งระดับและการกระจายสถานะสุขภาพ และการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน บุคลากรสุขภาพเห็นว่าทุกจุดมุ่งหมายมีความสำคัญเท่ากัน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพไทยมีความเห็นที่สอดคล้องกับแนวคิดของ

องค์การอนามัยโลก ซึ่งชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดีในการปฏิรูประบบสุขภาพในอนาคต เนื่องจากบุคลากรซึ่งเป็นกลไกสำคัญของฝ่ายผู้ให้บริการได้ให้ความสำคัญต่อความความคาดหวังหรือความต้องการของประชาชน รวมทั้งความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรและการให้บริการต่อคนกลุ่มต่างๆ นอกเหนือไปจากการมุ่งพัฒนาระดับสถานะสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดดั้งเดิมและยังคงเป็นกระแสหลักของการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน

จากผลการศึกษาที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้ดำเนินการดังนี้

(๑) พัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนของระบบสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและสถานการณ์ในระบบสุขภาพของไทย

(๒) ด้วยข้อจำกัดของแบบสอบถามที่ใช้ การศึกษานี้ไม่สามารถคำนวณระดับ และค่าเฉลี่ยของความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบของการตอบสนองได้ ดังนั้นการออกแบบคำถามในอนาคต ควรจะประเมินการตอบสนองของระบบสุขภาพ และความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบทั้ง ๔ ด้าน ให้เป็นค่าคะแนน เช่น ระหว่าง ๑ - ๑๐ (continuous parameter) มากกว่าเป็น discrete parameter เพื่อให้สามารถคำนวณหาระดับของการตอบสนองในแต่ละตัวอย่างได้

(๓) ประเมิน “ระดับ” ของการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนโดยระบบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอในระบบบริการภาครัฐทุกระดับ เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการ รวมทั้งการประเมินเปรียบเทียบภาครัฐและภาคเอกชน

(๔) ศึกษาเปรียบเทียบการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนของระบบสุขภาพในมุมมองของบุคลากรสุขภาพกับมุมมองของประชาชนทั่วไป รวมทั้งในมุมมองของตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านเป็นอย่างสูง รวมทั้งขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาค้นคว้านี้ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
๒. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000; 78:717-31.
๓. Valentine NB, de Silva A, Murray CJL. Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results. Geneva: World Health Organization; 2000 Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 22.
๔. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. Lancet 2000; 356:1598.
๕. Williams A. Science or marketing at WHO? A commentary on 'World Health 2000'. Health Econ 2001; 10:93-100.
๖. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. Health Aff 2001; 20:10-20.
๗. Navarro V. The new conventional wisdom: an evaluation of the WHO report health systems: improving performance. Int J Health Serv 2001; 31:23-33.
๘. Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. Lancet 2001; 357:1692-7.
๙. Walt G, Mills A. World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk [letter]. Lancet 2001; 357:1692-7.

Abstract Thai Health Systems Responsiveness: Viewpoints of Health Workers

Sripen Tantivess, Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health Economics and Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000

Journal of Health Science 2002; 11:56-67.

Five health systems goals were advocated by World Health Organization; this includes level and distribution of health status, fairness of health financing, level and distribution of health systems responsiveness. This study aimed to assess the viewpoints of health workers on various issues regarding the responsiveness to people's expectations on Thai health systems. During January to March 2001, 500 self-administered questionnaires were distributed to health personnel; the response rate was 58 percent.

From health workers' views, social class and economic status of clients were the most important underlying factors of the discrimination in providing health services. The overall level of the responsiveness, concerning two major components - "respect of person (ROP)" and "client orientation (CLO)", performed by private providers were considered to be higher than those of public sector. Health workers viewed that Thai health systems responsiveness to the expectation of general population was moderate, (i.e. score 5.3 and 5 out of 10 for ROP and CLO, respectively). Moreover, sub-group assessment revealed inequality in the distribution of responsiveness across different population groups. Those appeared to gain higher responsiveness levels than their comparators included the rich, more educated, elderly, urbanites, and indigenous (majorities). There is no gender difference in health systems responsiveness.

Most health workers valued equally the two components of responsiveness, ROP and CLO. In addition, they regarded equal importance to the three major goals of health systems, namely (1) improving health status, (2) responding to people's expectations and (3) fairness in financial contribution. Likewise, they placed equal importance to the "level" and "distribution" of both health status improvement and responsiveness to people's expectation.

Key words: responsiveness, health system, discrimination, equity, Thailand

แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทย ในรอบ ๑๒ ปี (พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๔๔)

ยศ ตีระวัฒนานนท์

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สัญญา ศรีรัตนะ

ปรศนี ทิพย์โสถิต

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในช่วง ๑๒ ปีระหว่าง ๒๕๓๓-๒๕๔๔ โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลรัฐและเอกชนทั่วประเทศจำนวนสองครั้งในปี ๒๕๔๐ และ ๒๕๔๔ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage non-proportional probability to size systematic random sampling การศึกษานี้มีอัตราการตอบกลับร้อยละ ๖๔ และ ๓๖ ตามลำดับ ผู้วิจัยพบว่าการคลอดบุตรส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลระดับจังหวัด) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอดระยะเวลาของการสำรวจ โดย เป็นร้อยละ ๗๔ ของการคลอดทั้งหมดในปี ๒๕๔๔ ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ จำนวนคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หลังวิกฤตเศรษฐกิจ หญิงไทยมีอุปสงค์ต่อการคลอดบุตรใน โรงพยาบาลเอกชนลดต่ำลงอย่างชัดเจน โดยเพิ่มอุปสงค์ต่อการบริการในโรงพยาบาลภาครัฐมากขึ้น

ตลอดช่วงระยะกว่าทศวรรษอัตราการคลอดทางช่องคลอด การคลอดด้วยเข็ม และการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ขณะที่อัตราการคลอดบุตรด้วยการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี ๒๕๓๓ อัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศอยู่ที่ร้อยละ ๑๔.๘ และเพิ่มสูงขึ้นสูงสุด ในรอบ ๑๒ ปี เป็นร้อยละ ๒๒.๐๕ ในปี ๒๕๓๘ อย่างไรก็ตามภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจอัตราการผ่าตัดคลอดลดต่ำลงและคงที่ในอัตรา ร้อยละ ๒๐ ในปัจจุบัน ในปี ๒๕๔๔ อัตราผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนคิดเป็นร้อยละ ๕.๖ โรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไปร้อยละ ๒๘.๖ โรงพยาบาลรัฐอื่นๆร้อยละ ๒๔.๕ และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ ๕๓.๕ การ ผ่าตัดคลอดทุกรายกึ่งหนึ่งมีสัดส่วนเป็นหนึ่งในสามของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

การศึกษาในครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลแบบแผนการคลอดบุตรที่เป็นประโยชน์อย่างมาก อย่างไรก็ตามยังมีข้อ จำกัดบางประการของข้อมูล นักวิจัยเสนอให้กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำฐานข้อมูลแบบแผนการคลอดบุตร อย่างเป็นระบบเพื่อการประเมินในภาพรวมทั้งประเทศ และเพื่อ ใช้ประโยชน์ ในการประเมินโดยโรงพยาบาลเอง

คำสำคัญ: แบบแผนการคลอดบุตร, ผ่าตัดคลอด, การคลอดด้วยเข็ม, การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ, โรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลเอกชน

บทนำ

อนามัยแม่และเด็กนับเป็นตัวชี้วัดที่ดีสำหรับสะท้อน คุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม จะเห็นได้ว่า

ประเทศที่พัฒนาแล้วล้วนมีอัตราการฝากครรภ์สูง อัตราตายมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ต่ำโดยเฉพาะ อย่างยิ่งเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา^(๑) สำหรับ

ประเทศไทยข้อมูลกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี ๒๕๔๐ มีอัตราการฝากครรภ์ครบตามมาตรฐาน ๔ ครั้งสูงถึงร้อยละ ๙๕ หรือฝากครรภ์อย่างน้อย ๑ ครั้ง ร้อยละ ๙๙ โดยมีอัตราตายมารดาอยู่ที่ ๗.๖ ต่อแสน การเกิดมีชีพและอัตราตายทารกอยู่ที่ ๖.๕ ต่อพันเกิดมีชีพตามลำดับ^(๒) ดัชนีเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าบริการดูแลการฝากครรภ์และคลอดบุตรของประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในเอเชียหรือเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก

อย่างไรก็ตาม วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะได้ทำการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลของหญิงไทย ในปี ๒๕๓๓-๒๕๓๙^(๓) ผลการศึกษาครั้งนั้นพบว่าในช่วงเวลา ๗ ปี อัตราคลอดบุตรทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลง อัตราผ่าตัดคลอดบุตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๕.๒ ของการคลอดบุตรทั้งหมดในปี ๒๕๓๓ เป็น ร้อยละ ๒๒.๔ ในปี ๒๕๓๙ สำหรับการคลอดด้วยวิธีอื่น เช่น คีม-forceps extraction, เครื่องดูดสุญญากาศ-vacuum extraction มีแนวโน้มคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงประมาณร้อยละ ๑๐-๑๑ ของการคลอดทั้งหมด นอกจากนี้การศึกษาเดียวกันยังพบว่าในปี ๒๕๓๙ โรงพยาบาลชุมชนมีปริมาณการคลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ ๑๖ ของการคลอดบุตรทั้งหมดทั่วประเทศ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์มีปริมาณการคลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ ๕๑ โรงพยาบาลของรัฐบาลอื่นร้อยละ ๒๔ ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีปริมาณการคลอดบุตรเพียงร้อยละ ๙

การสำรวจดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ คือ ๑) ทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหาการผ่าตัดคลอดที่อยู่ในอัตราสูงมากเมื่อเทียบกับรายงานในต่างประเทศ^(๔-๑๐) และเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คืออัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๕ ของการคลอดทั้งหมด^(๑๑) ซึ่งการผ่าตัดคลอดที่มากเกินไปได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลเสียต่อทั้งมารดา^(๑๒-๑๖) ทารก^(๑๕-๑๗) และระบบสุขภาพโดยรวม^(๑๑,๑๘-๒๐) ๒) ทำให้ทราบภาระงาน (Work

Load) และแนวโน้มของบริการคลอดบุตรในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งสามารถนำมาใช้สำหรับการวางแผนในการจัดสรรทรัพยากร วางแผนเพื่อกำหนดดำเนินงานในเรื่องที่เกี่ยวกับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตร ๓) การสำรวจยังสามารถใช้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในอดีต เช่น นโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นจุดให้บริการคลอดบุตร การรณรงค์เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอด เป็นต้น

ในช่วงเวลาครึ่งทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญหลายอย่างในสังคมและระบบสุขภาพของประเทศ เช่น วิฤตติเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ ส่งผลให้กำลังซื้อของประชาชนลดลง รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนไทยลดลงอย่างชัดเจนอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๔๑, ๒๕๔๓^(๒๑) สถานพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องปิดกิจการเพื่อเป็นการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะถดถอยของการคลังรัฐบาลทำให้กระทรวงการคลังได้มีมาตรการปฏิรูประบบสวัสดิการข้าราชการฯ เพื่อเป็นการลดภาระรายจ่ายภาครัฐ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถูกจำกัดสิทธิในการใช้บริการในภาคเอกชน รวมถึงบริการฝากครรภ์และคลอดบุตรด้วย เนื่องจากไม่ใช่งานที่เป็นอุปสรรคหรือฉุกเฉินอันอาจจะเป็นอันตรายแก่ชีวิต^(๒๒) นอกจากนี้กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วง ๒-๓ ปีที่ผ่านมาทำให้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ทั้งด้านบวกและด้านลบถึงมือประชาชนมากขึ้น เช่น เกิดข้อถกเถียงกันในสังคมต่อประเด็น อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงมากขึ้น^(๒๒-๒๔) รวมทั้งอัตราที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ควรจะเป็นเท่าไร นอกจากนี้เมื่อปี ๒๕๔๔ มีการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) หญิงตั้งครรภ์ต้องไปใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านหรือในภูมิลำเนาของตนเอง เช่น สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ที่ได้เลือกลงทะเบียนไว้ ซึ่งน่าจะมีผลให้แบบแผนการคลอดบุตรเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ในปี ๒๕๔๖ นามี

สัญญาณที่บ่งถึงการฟื้นตัวของเศรษฐกิจไทย เหตุการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าวนี้ ทำให้มีคำถามว่าแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรได้ลดลงหรือไม่ ส่วนแบ่งการคลอดบุตรในภาคเอกชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในระหว่างปี ๒๕๓๗-๒๕๔๔ ซึ่งจะเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาที่วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ^(๓) ได้ทำการสำรวจไว้ อย่างไรก็ตามก็ดีเมื่อคณะผู้วิจัยทำการทบทวนการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในครั้งที่ผ่านมามีข้อที่ควรแก้ไขบางประการสำหรับการรายงานผลในภาพรวมของประเทศ เนื่องจากการสำรวจในสถานพยาบาลบางระดับได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่ม (Random

Sampling) แต่การรายงานผลดังกล่าวนั้นยังมิได้ทำการถ่วงน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำข้อมูลจากการสำรวจเดิมมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถ่วงน้ำหนักของสถานพยาบาลตัวอย่างด้วย เพื่อเป็นรายงานที่สมบูรณ์ขึ้น และสามารถใช้อ้างอิงต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

เนื่องจากข้อมูลของกรมอนามัยระบุว่า การคลอดบุตรของหญิงไทย ร้อยละ ๙๗ คลอดในสถานพยาบาล การคลอดนอกสถานพยาบาลไม่มีแหล่งบันทึกข้อมูลย้อนหลังที่ชัดเจนแน่นอนและให้เปรียบเทียบกับ การสำรวจเดิม คณะผู้วิจัยจึงทำการสำรวจการคลอดบุตรเฉพาะที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเท่านั้น

ตารางที่ ๑ จำนวนโรงพยาบาลและร้อยละการสำรวจในปี ๒๕๓๘ และ ๒๕๔๕ จำแนกตามประเภทสถานพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนสำรวจ ปี ๒๕๓๘	คิดเป็น ร้อยละ	จำนวนสำรวจ ปี ๒๕๔๕	คิดเป็น ร้อยละ
รพช. ๑๐ เตียง	๕๓	๓๓	๔๓	๓๕
รพช. ๓๐ เตียง	๔๒	๑๔	๑๔๐	๓๕
รพช. ๖๐ เตียง	๓๒	๓๓	๓๘	๓๕
รพช. ๘๐ เตียง	๒๑	๑๐๐	๔๒	๑๐๐
รพช. ๑๒๐ เตียง	๗	๑๐๐	๘	๑๐๐
รพ.ทั่วไป	๗๖	๑๐๐	๔๕	๖๘
รพ.ศูนย์	๑๗	๑๐๐	๒๐	๑๐๐
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๔	๑๐๐	๕	๑๐๐
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๐	๑๐๐	๑๐	๑๐๐
โรงเรียนแพทย์	๗	๑๐๐	๑๐	๑๐๐
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๗	๑๐๐	๖	๑๐๐
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๕๗	๑๐๐	๓๑	๖๓
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๗๔	๑๐๐ *	๒๕๖	๗๒ **
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๗๔	๑๐๐	๖๕	๘๔
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๓๑	๑๐๐	๓๖	๕๕
รวมตัวอย่างทั้งหมด	๕๕๓	๕๒	๗๕๕	๕๗

*คิดเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียง ๕๐-๕๕ เตียง

**คิดจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียงนอน ๑๐-๕๕ เตียง

การสำรวจข้อมูลใช้การสำรวจทางจดหมายด้วยแบบสอบถาม (self administered mailed questionnaire survey) โดยการสำรวจครั้งแรกในปี ๒๕๓๔ และครั้งที่สองในปี ๒๕๔๕ ได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คัดเลือกจำนวนสถานพยาบาลตัวอย่างเป็นแบบ multi-stage non-proportional probability to size โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามชั้นช่วงของขนาดเตียงในตารางที่ ๑

ตัวแปรที่สำคัญประกอบด้วย จำนวนการคลอดบุตรจำแนกตามวิธีคลอด ได้แก่ คลอดปกติทางช่อง

คลอดโดยไม่ใช้เครื่องมือช่วย คลอดด้วยคีม คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ คลอดด้วยการผ่าตัด และจำนวนสูติแพทย์ในโรงพยาบาลในแต่ละปี

สำหรับการผ่าตัดคลอดบุตรนั้น จำแนกเป็นการผ่าตัดปฐมภูมิ (primary) ในหญิงที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน หรือทุติยภูมิ (secondary cesarean) ซึ่งเป็นการผ่าตัดซ้ำสำหรับหญิงที่เคยผ่าตัดคลอดมาแล้วในครรภ์ก่อน

การคำนวณหาอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในระดับประเทศ ใช้วิธีการถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วนของแบบสอบถามที่ตอบกลับมาต่อจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดใน

ตารางที่ ๒ อัตราการตอบกลับแบบสอบถามจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ในการสำรวจทั้ง ๒ ครั้ง

ประเภทโรงพยาบาล	สำรวจปี ๒๕๓๔			สำรวจปี ๒๕๔๕		
	รพ.ส่งแบบ	รพ.ที่ตอบกลับ	ร้อยละตอบกลับ	รพ.ส่งแบบ	รพ.ที่ตอบกลับ	ร้อยละตอบกลับ
รพช.๑๐ เตียง	๕๓	๖๐	๖๔.๕	๔๓	๑๘	๔๑.๕
รพช.๓๐ เตียง	๔๒	๓๕	๘๓.๓	๑๔๐	๖๘	๔๘.๖
รพช.๖๐ เตียง	๓๒	๑๖	๕๐.๐	๓๘	๑๓	๓๔.๒
รพช.๕๐ เตียง	๒๑	๑๗	๘๑.๐	๔๒	๒๓	๕๔.๘
รพช.๑๒๐ เตียง	๗	๖	๘๕.๗	๘	๓	๓๗.๕
รวม รพ.ชุมชน	๑๕๕	๑๓๔	๖๘.๗	๒๗๑	๑๒๕	๔๖.๑
รพ.ทั่วไป	๗๖	๕๕	๗๒.๔	๔๕	๒๑	๔๖.๕
รพ.ศูนย์	๑๗	๑๕	๘๘.๒	๒๐	๑๓	๖๕.๐
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๕๓	๗๐	๗๕.๓	๖๕	๓๔	๕๕.๓
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๔	๓	๗๕.๐	๕	๒	๔๐.๐
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๐	๘	๘๐.๐	๑๐	๔	๔๐.๐
โรงเรียนแพทย์	๗	๕	๗๑.๔	๑๐	๕	๕๐.๐
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๗	๖	๘๕.๗	๖	๒	๓๓.๓
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๕๗	๒๖	๔๕.๖	๓๑	๑๕	๔๘.๔
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๘๕	๔๘	๕๖.๕	๖๒	๒๘	๔๕.๒
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๗๔	๔๓	๕๗.๘	๒๕๖	๕๓	๒๐.๗
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๗๔	๔๓	๕๗.๘	๖๕	๒๓	๓๕.๔
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๓๑	๑๘	๕๗.๘	๓๖	๑๐	๒๗.๘
รวม รพ.เอกชน	๑๘๐	๑๐๔	๕๗.๘	๓๕๗	๘๖	๒๔.๑
รวมตัวอย่างทั้งหมด	๕๕๓	๓๕๖	๖๔.๔	๗๕๕	๒๗๓	๓๖.๐

แต่ละชั้นช่วงของตัวอย่าง ในแต่ละปี จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในแต่ละปี หาได้จาก

- โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดฯ ใช้ข้อมูลจากปฏิทินสาธารณสุขรายปี
- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ใช้ข้อมูลจากกรมการแพทย์
- โรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัย ใช้ข้อมูลจากกรมอนามัย
- โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ใช้ข้อมูลกองสถิติ สำนักงานการแพทย์ กทม.
- โรงพยาบาลสังกัดกลาโหม ใช้ข้อมูลจากกรมแพทย์ทหาร กระทรวงกลาโหม
- โรงพยาบาลเอกชน ใช้ข้อมูลจากกองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

๑. อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม

ในการสำรวจครั้งที่ ๑ แบบสอบถามได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลต่างๆเมื่อปลายเดือนธันวาคม ๒๕๓๙ ได้หยุดรับแบบสอบถามเมื่อ มีนาคม ๒๕๔๐ และในการสำรวจครั้งที่ ๒ แบบสอบถามได้ถูกส่งเมื่อต้นเดือนธันวาคม ๒๕๔๔ และยุติการรับแบบสอบถามเมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๔๕

ตารางที่ ๒ แสดงการตอบกลับแบบสอบถามซึ่งพบว่าในการสำรวจครั้งที่ ๑ มีโรงพยาบาลตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น ๓๕๖ แห่งคิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ ๖๔ โดยมีอัตราการตอบกลับในโรงพยาบาลระดับจังหวัดสูงสุดคิดเป็นร้อยละ ๗๕ น้อยที่สุดที่โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ ๕๖ และพบว่าอัตราการตอบกลับในโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ ๕๔

สำหรับการสำรวจครั้งที่ ๒ มีโรงพยาบาลตอบกลับแบบสอบถามทั้งสิ้น ๒๗๓ แห่งคิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ ๓๖ โดยมีอัตราการตอบกลับในโรงพยาบาล

ระดับจังหวัดสูงสุดเช่นกันคิดเป็นร้อยละ ๔๙ น้อยที่สุดที่โรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ ๒๔ จะเห็นได้ว่าอัตราการตอบกลับในครั้งที่ ๒ แตกต่างจากการสำรวจครั้งที่ ๑ ค่อนข้างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน

๒. ปริมาณการคลอดบุตร

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนการคลอดบุตรในโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศซึ่งได้จากการคำนวณด้วยการถ่วงน้ำหนักจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนการคลอดบุตรโดยรวมค่อยๆ เพิ่มขึ้นจาก ๗๑๖,๐๐๐ ในปี ๒๕๓๓ จนสูงที่สุดจำนวน ๑ ล้านคนในปี ๒๕๓๔ จากนั้นการคลอดบุตรลดลงเป็น ๗๕๖,๐๐๐ ในปี ๒๕๔๐ หลังจากนั้นจำนวนการคลอดบุตรค่อนข้างคงที่

สำหรับสัดส่วนของสถานพยาบาลที่คลอดบุตรพบว่าในระยะแรกก่อนปี ๒๕๔๐ แนวโน้มของการคลอดบุตรส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัด ตามด้วยโรงพยาบาลอื่นของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ สำหรับแนวโน้มของการคลอดบุตรพบว่าสัดส่วนการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ จนอยู่ที่ ๔๑% ของการคลอดทั้งหมด

สัดส่วนของการคลอดในโรงพยาบาลระดับจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ ๓๐ เศษ โรงพยาบาล รัฐอื่นลดลงจากร้อยละ ๒๖ เป็นร้อยละ ๑๔ ใน ๑๒ ปี โรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพื่อขึ้นจนถึงจุดสูงสุดในปี ๒๕๓๙ (ร้อยละ ๑๗.๔) แต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจ มีสัดส่วนการคลอด ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ ร้อยละ ๗ ในปี ๒๕๔๔

กล่าวโดยสรุป ในรอบ ๑๒ ปี ระหว่าง ๒๕๓๓ ถึง ๒๕๔๔ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัดมีจำนวนผู้มาคลอดบุตรเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๑๑ และ ๓ ตามลำดับ) ขณะที่โรงพยาบาลรัฐอื่น และ โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนผู้มาคลอดบุตรลดลง (ร้อยละ ๗ และ ๗ ตามลำดับ) ในปี ๒๕๔๔ โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดให้บริการคลอดบุตรในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๙๓ ของการ

ตารางที่ ๓ จำนวนคลอดบุตรทั้งหมดในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๕

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕
รพ. ขนาด ๑๐ เตียง	๓๔,๕๕๕	๓๓,๐๖๐	๓๒,๓๕๕	๔๕,๐๗๕	๔๕,๒๐๕	๔๕,๔๐๕	๔๕,๕๐๕	๔๕,๖๐๕	๔๕,๗๐๕	๔๕,๘๐๕	๔๕,๙๐๕	๔๖,๐๐๕	๔๖,๑๐๕
รพ. ขนาด ๓๐ เตียง	๓๔,๕๕๕	๓๓,๐๖๐	๓๒,๓๕๕	๔๕,๐๗๕	๔๕,๒๐๕	๔๕,๔๐๕	๔๕,๕๐๕	๔๕,๖๐๕	๔๕,๗๐๕	๔๕,๘๐๕	๔๕,๙๐๕	๔๖,๐๐๕	๔๖,๑๐๕
รพ. ขนาด ๖๐ เตียง	๔๕,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕	๔๔,๕๕๕
รพ. ขนาด ๕๐๐ เตียง	๕,๒๖๖	๑๑,๖๖๖	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕
รพ. ขนาด ๑๒๐๐ เตียง	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕
รวม รพ. รุมนาน	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕
ร้อยละ	๒๑.๕	๒๑.๖	๒๑.๗	๒๑.๘	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙	๒๑.๙
รพ. หัวใจ	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕	๑๕๑,๕๕๕
รพ. สุราษฎร์	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕
รวม รพ. ระดับจังหวัด	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕	๒๑๕,๕๕๕
ร้อยละ	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗	๓๐.๗
รพ. สังกัดกรมแพทย์	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕	๔๐,๕๕๕
รพ. สังกัดกรมอนามัย	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕	๒๖,๕๕๕
โรงเรียนแพทย์	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕
รพ. สังกัด กทม.	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕	๑๕,๕๕๕
รพ. สังกัดสถาบัน	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕	๓๕,๕๕๕
รวม รพ. รัฐอื่น ๆ	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕	๑๕๕,๕๕๕
ร้อยละ	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗	๒๕.๗
รพ. เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕	๖๕,๕๕๕
รพ. เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕	๑๐,๖๕๕
รพ. เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕	๒๑,๕๕๕
รวม รพ. เอกชน	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕	๙๗,๕๕๕
ร้อยละ	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗	๑๓.๗
รวมทั้งหมด	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕	๓๑๖,๕๕๕

ตารางที่ ๔ อัตราการคลอดบุตรปกติ (ร้อยละ) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๕๕.๑๗	๕๕.๔๖	๕๕.๕๐	๕๕.๓๑	๕๕.๖๕	๕๕.๑๗	๕๕.๓๒	๕๖.๒๕	๕๖.๖๗	๕๕.๕๕	๕๕.๕๐	๕๕.๐๓
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๕๐.๖๗	๕๐.๖๕	๕๐.๑๕	๕๐.๕๖	๕๐.๖๐	๕๐.๕๕	๕๐.๑๕	๕๒.๑๓	๕๒.๕๒	๕๑.๖๕	๕๑.๖๗	๕๑.๓๕
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๔๕.๕๕	๔๖.๑๖	๔๖.๔๕	๔๖.๑๑	๔๖.๖๕	๔๕.๒๕	๔๖.๒๒	๔๕.๓๕	๔๕.๕๑	๔๕.๕๖	๔๕.๐๓	๔๓.๔๒
รพช. ขนาด ๕๐๐ เตียง	๔๓.๕๕	๔๓.๑๐	๔๒.๐๖	๔๐.๑๓	๔๐.๓๒	๔๑.๗๕	๔๒.๕๕	๔๖.๑๓	๔๕.๒๕	๔๕.๕๐	๔๓.๓๑	๔๒.๑๒
รพช. ขนาด ๑๒๐๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	๔๕.๖๒	๔๕.๖๒	๔๕.๖๗	๔๑.๖๕	๔๑.๑๗	๔๑.๓๕	๔๓.๔๒
รวม รพ.ชุมชน	๕๐.๕๕	๕๐.๖๗	๕๐.๓๖	๕๐.๕๖	๕๐.๕๕	๕๐.๑๕	๔๕.๕๕	๕๒.๒๕	๕๑.๖๕	๕๐.๖๐	๕๐.๒๕	๔๕.๒๕
รพ.ทั่วไป	๔๖.๒๖	๔๖.๑๒	๔๕.๐๕	๔๕.๕๖	๔๖.๕๗	๔๕.๕๕	๔๖.๕๕	๔๖.๓๐	๔๖.๖๗	๔๕.๐๕	๔๕.๑๐	๔๖.๐๖
รพ.ศูนย์	๔๑.๖๗	๔๒.๐๐	๔๐.๖๕	๔๕.๕๖	๔๖.๕๗	๔๕.๕๕	๔๖.๕๕	๔๖.๓๐	๔๕.๖๕	๔๕.๖๗	๔๕.๐๑	๔๕.๖๕
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๔๕.๕๕	๔๕.๕๕	๔๕.๕๕	๔๕.๕๕	๔๖.๕๗	๔๕.๕๕	๔๖.๕๕	๔๖.๓๐	๔๕.๖๕	๔๕.๖๗	๔๕.๐๑	๔๕.๖๕
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๔๑.๖๗	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
โรงพยาบาล	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รวม รพ.เอกชน	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕
รวมทั้งหมด	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕	๔๑.๗๕

คลอดทั้งหมดในประเทศไทย

๓. แบบแผนการคลอดบุตรจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

แบบแผนการคลอดบุตรในช่วงเวลาที่สำรวจพบว่า อัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงในรอบ ๑๒ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๙๐ (ตารางที่ ๔) โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการคลอดปกติต่ำสุด (ร้อยละ ๘๒ ในปี ๒๕๓๓ ลดลงเหลือร้อยละ ๓๔ ในปี ๒๕๔๔) โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีอัตราการคลอดบุตรปกติลดลงจาก ร้อยละ ๗๖ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๖๐ ในปี ๒๕๔๔ อัตราการคลอดบุตรปกติในโรงพยาบาลระดับจังหวัดลดลงมากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลรัฐอื่น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ทำให้อัตราการคลอดบุตรปกติรวมทั่วประเทศ ลดลงจากร้อยละ ๗๔ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๗๑ ในปี ๒๕๔๔

ตารางที่ ๕ แสดงอัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัด พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๔ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๒๒.๑ ในปี ๒๕๓๙ ซึ่งเป็นจุดสูงสุด ต่อมาลดลงเป็นร้อยละ ๒๐.๑ และร้อยละ ๑๘.๔ ในปี ๒๕๔๐ และปี ๒๕๔๑ ตามลำดับ ก่อนที่จะกลับสูงขึ้นซ้ำๆ อยู่ที่ร้อยละ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๔๔ โรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดได้แก่โรงพยาบาลเอกชนโดยมีอัตราการผ่าตัดคลอดในปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๕๓.๙ รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่ร้อยละ ๒๙.๖ และโรงพยาบาลอื่นของรัฐที่ร้อยละ ๒๔.๙ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำสุดที่ร้อยละ ๕.๖ เท่านั้นเนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ

การวิเคราะห์แนวโน้มพบว่า โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราเพิ่มขึ้นสูงสุด เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๖ โดยเพิ่มจากร้อยละ ๓๗.๗ เป็น ๕๓.๙ ใน ๑๒ ปี โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕.๕ เช่นกัน จาก ร้อยละ ๑๔.๑ เป็น ๒๙.๖ ใน ๑๒ ปี

ตารางที่ ๖ แสดงอัตราการคลอดบุตรด้วยคีมและ

เครื่องดูดสุญญากาศ พบว่า ภาพรวมทั้งประเทศอัตราการคลอดด้วยคีมและเครื่องดูดสุญญากาศมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ ๑๑.๑ เป็น ร้อยละ ๘.๒ ใน ๑๒ ปี อัตราการคลอดด้วยคีมและเครื่องดูดสุญญากาศลดลงมากที่สุดในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ ๕ และในโรงพยาบาลระดับจังหวัดประมาณร้อยละ ๑๐

๔. การผ่าคลอดทุติยภูมิ

ตารางที่ ๗ แสดงสัดส่วนของการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิ (secondary cesarean section) เมื่อเทียบกับการผ่าตัดคลอดทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต่างๆ พบว่า ภาพรวมระดับประเทศการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๓๖ ในปี ๒๕๓๔ และลดลงเล็กน้อย จนอยู่ในระดับร้อยละ ๓๒.๔ ในปี ๒๕๔๔

สัดส่วนการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิพบมากที่สุดที่โรงพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตามสัดส่วนดังกล่าวค่อนข้างคงที่ที่ไม่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในช่วงที่สำรวจ โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๔๐ ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

สำหรับโรงพยาบาลต่างๆ ที่เหลือมีแนวโน้มการผ่าตัดคลอดชนิดทุติยภูมิเพิ่มสูงขึ้นทั้งหมด สำหรับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีอัตราต่ำสุดแต่กลับพบว่าสัดส่วนการผ่าตัดคลอดทุติยภูมิกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากในระยะเวลา ๑๒ ปีที่สำรวจโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๗ ในปี ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๒๗ ในปี ๒๕๔๔

การศึกษาครั้งนี้ได้สอบถามจำนวนสูติแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (full-time obstetrician) และไม่เต็มเวลา (part-time consultant) ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อประเมินภาระงานของสูติแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากไม่สามารถตอบแบบสำรวจส่วนนี้ได้ เนื่องจากข้อจำกัดของการสำรวจที่

ตารางที่ ๕ อัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีผ่าตัดคลอด (ร้อยละ) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๐.๕๒	๐.๖๐	๐.๒๒	๐.๓๒	๐.๔๐	๐.๔๔	๐.๔๕	๐.๕๒	๐.๐๕	๐.๑๕	๐.๔๐	๐.๕๔
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๓.๔๘	๓.๘๐	๓.๓๗	๓.๓๗	๓.๗๑	๓.๓๕	๓.๓๕	๓.๔๐	๓.๑๔	๓.๕๔	๓.๕๘	๓.๘๗
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๖.๒๖	๖.๕๐	๖.๖๖	๖.๘๕	๖.๗๒	๖.๘๕	๖.๘๕	๖.๘๘	๖.๒๓	๖.๐๕	๖.๖๑	๖.๐๘
รพช. ขนาด ๕๐ เตียง	๕.๑๓	๕.๔๗	๕.๕๕	๕.๕๕	๕.๕๕	๕.๕๕	๕.๕๕	๕.๕๕	๕.๐๗	๕.๐๑	๕.๐๕	๕.๐๘
รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	๑๒.๕๘	๑๒.๖๘	๑๒.๖๐	๑๒.๑๕
รวม รพ.ชุมชน	๓.๕๘	๓.๘๖	๔.๓๒	๔.๐๖	๔.๔๕	๔.๔๕	๔.๔๕	๔.๕๒	๓.๘๑	๔.๕๗	๔.๕๐	๔.๕๕
รพ.ทั่วไป	๑๓.๐๕	๑๔.๒๘	๑๕.๓๒	๑๗.๕๒	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘
รพ.ศูนย์	๑๖.๔๕	๑๗.๑๖	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕	๑๗.๕๕
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๑๔.๑๑	๑๕.๑๖	๑๕.๓๒	๑๗.๕๒	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘	๑๕.๓๘
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓	๑๗.๖๓
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓	๑๖.๓
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๓๗.๐๐	๔๒.๕๘	๔๗.๑๗	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๓๕.๕๕	๔๒.๕๕	๔๗.๑๗	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๓๗.๗๐	๔๒.๕๕	๔๗.๑๗	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓
รวม รพ.เอกชน	๓๗.๖๘	๔๒.๕๕	๔๗.๑๗	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓	๔๗.๖๓
รวมทั้งหมด	๑๔.๗๖	๑๕.๖๕	๑๕.๖๐	๑๖.๕๑	๑๕.๑๐	๑๕.๑๐	๑๕.๑๐	๑๖.๐๖	๑๕.๗๕	๑๕.๒๑	๑๖.๕๒	๑๖.๖๗

ตารางที่ ๖ อัตราการคลอดบุตรด้วยวิธีที่มดลูกและเครื่องดูดสุญญากาศ (ร้อยละ) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภทโรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช. ขนาด ๑๐ เตียง	๓.๕๑	๓.๕๔	๓.๕๓	๔.๓๗	๔.๕๑	๔.๓๕	๔.๒๔	๓.๒๓	๓.๐๔	๔.๒๗	๔.๒๐	๔.๑๔
รพช. ขนาด ๓๐ เตียง	๕.๖๕	๕.๓๕	๕.๖๗	๕.๐๗	๕.๔๕	๕.๒๑	๕.๕๐	๔.๔๗	๔.๓๔	๔.๕๗	๔.๖๐	๔.๗๕
รพช. ขนาด ๖๐ เตียง	๘.๗๕	๖.๓๔	๕.๔๘	๖.๓๕	๕.๖๓	๔.๗๖	๔.๕๖	๓.๓๘	๓.๒๖	๓.๐๑	๓.๓๖	๓.๔๕
รพช. ขนาด ๕๐๐ เตียง	๗.๒๕	๖.๘๔	๗.๕๓	๘.๗๕	๘.๒๖	๗.๗๖	๕.๖๓	๔.๗๘	๔.๕๔	๔.๕๕	๔.๕๕	๔.๘๐
รพช. ขนาด ๑๒๐๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	๑๑.๖๒	๑๓.๔๐	๑๓.๖๖	๑๕.๓๘	๑๖.๑๕	๑๗.๐๑	๑๘.๓๕
รวม รพ.ชุมชน	๕.๕๗	๕.๒๗	๕.๓๑	๕.๔๘	๕.๖๒	๕.๓๑	๕.๖๕	๔.๒๔	๔.๓๒	๔.๘๓	๔.๘๑	๕.๑๖
รพ.ทั่วไป	๕.๖๕	๕.๖๑	๕.๔๓	๕.๕๑	๕.๕๕	๕.๕๕	๑๐.๓๘	๕.๓๘	๕.๕๕	๑๐.๕๘	๑๐.๖๓	๑๐.๕๔
รพ.ศูนย์	๑๑.๖๘	๑๐.๖๗	๑๐.๘๓	๑๐.๓๒	๑๐.๑๖	๑๐.๕๕	๑๔.๘๕	๑๓.๑๒	๑๒.๖๑	๑๒.๐๕	๑๑.๕๒	๑๑.๓๒
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๑๐.๓๑	๕.๕๑	๕.๘๕	๕.๗๕	๕.๓๑	๑๑.๕๖	๑๑.๖๕	๑๐.๖๘	๑๐.๕๓	๑๑.๑๗	๑๑.๑๑	๑๐.๘๐
รพ.สังกัดกรมแพทย์	๑๐.๗๖	๑๐.๕๕	๑๐.๕๗	๑๐.๗๖	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑	๑๐.๕๑
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๐.๒๕	๑๐.๕๗	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖
โรงเรียนแพทย์	๑๗.๓๐	๑๖.๘๒	๑๕.๑๑	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐	๑๔.๔๐
รพ.สังกัดกรุงเทพมหานคร	๑๔.๖๓	๑๓.๓๗	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓	๑๑.๖๓
รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม	๘.๔๓	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕	๑๐.๑๕
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘	๑๒.๘๘
รพ.เอกชน < ๑๐๐ เตียง	๒๓.๒๕	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑	๒๒.๓๑
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๑๕.๐๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕	๑๖.๖๕
รพ.เอกชน > ๒๐๐ เตียง	๑๔.๔๒	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖	๑๒.๕๖
รวม รพ.เอกชน	๑๗.๕๑	๑๗.๒๘	๑๖.๕๓	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖	๑๕.๕๖
รวมทั้งหมด	๑๑.๑๐	๑๐.๔๕	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖	๑๐.๗๖

ตารางที่ ๗ อัตรา Secondary CS (ร้อยละของ CS ทั้งหมด) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี ๒๕๓๓-๒๕๔๔

ประเภท โรงพยาบาล	๒๕๓๓	๒๕๓๔	๒๕๓๕	๒๕๓๖	๒๕๓๗	๒๕๓๘	๒๕๓๙	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔
รพช.๑๐ เตียง	๒๕.๖๖	๓๓.๓๓	๓๓.๖๔	๑๖.๖๗	๒๖.๖๓	๒๖.๖๖	๒๖.๖๖	Na	Na	Na	Na	Na
รพช. ๓๐ เตียง	๑๖.๒๒	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพช. ๖๐ เตียง	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพช. ๕๐ เตียง	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพช. ๑๒๐ เตียง	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na	Na
รวม รพ.ชุมชน	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพท.	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพท.	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รวม รพ.ระดับจังหวัด	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.กรมการแพทย์	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.ทบวงมหาวิทยาลัย	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.สังกัดกท.	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.สังกัดกรมอนามัย	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.สังกัดกล้าไหม	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รวม รพ.รัฐอื่นๆ	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.เอกชน <๑๐๐ เตียง	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.เอกชน ๑๐๑-๒๐๐ เตียง	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รพ.เอกชนมากกว่า ๒๐๐ เตียง	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รวม รพ.เอกชน	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖
รวม รพ.ทุกประเภท	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖	๑๖.๖๖