



ในด้านทีมผู้ให้บริการ ทีม 3 หมอประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าวิชาชีพที่ขาดแคลนมากที่สุด 3 อันดับแรก (ภาพที่ 5) คือ แพทย์ ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 62.4) และแพทย์สาขาอื่นๆ โดยมีหน่วยบริการจำนวน 96 แห่งที่ไม่มีแพทย์เวียนไปให้บริการ และมีหน่วยบริการจำนวน 76 แห่ง ที่ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการนอกเวลาราชการ โดยพบว่ามีเพียง 10 แห่งใน 76 แห่ง ที่มีแพทย์ให้บริการนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 13.2) อย่างไรก็ตาม ยังมีเภสัชกร (ร้อยละ 45.5) และบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข (ร้อยละ 41.9) ซึ่งเป็นทีมผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิออกให้บริการในแต่ละช่วงเวลา และหน่วยบริการยังมีช่องทางการเข้าถึงบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 60.4) ผู้พิการ (ร้อยละ 55.8) และผู้ด้อยโอกาส (ร้อยละ 51.2)

นอกจากนี้ มีหน่วยบริการจำนวน 340 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ รวมถึงศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า มีรูปแบบการดูแลโดยบางสาขาชีพแบบไม่ครบทีมร้อยละ 68.4 การดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 66.0 การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนโดยทีมหมอประจำตัว 3 คนแบบครบทีมร้อยละ 52.4 และการดูแลโดยทุกวิชาชีพพร้อมกันร้อยละ 50.6 รวมทั้งมีการดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในชุมชนร้อยละ 50.2

ในด้านกิจกรรมการบริการในพื้นที่ซึ่งสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกครั้ง คือ การส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 85.9 และ การควบคุมป้องกันโรคร้อยละ 82.9 อย่างไรก็ตาม มีกิจกรรมที่ต้องการปรับปรุงพัฒนามากที่สุด เพราะมีหน่วยบริการที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน ได้แก่ จัดบริการโดยทีม 3 หมอแบบเชิงรุกในชุมชน (ร้อยละ 73.7) นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมที่ยังทำได้ครบถ้วนเป็นสัดส่วนน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ การฟื้นฟูสุขภาพ (ร้อยละ 50.3)

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ร้อยละ 48.5) การส่งเสริมการออกกำลังกาย (ร้อยละ 46.8) งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 43.2) และการประเมินมาตรฐานด้านสุขภาพ (ร้อยละ 41.1)

ในด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและเครือข่ายพบว่า จากจำนวน 390 แห่ง มีผู้ให้บริการออกพื้นที่เชิงรุกตามบ้านร้อยละ 71.6 โดยการใช้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างชัดเจนมากที่สุดและต่อเนื่องร้อยละ 57.3 และมีการขับเคลื่อนและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดย พชอ. มีส่วนร่วมน้อยที่สุดร้อยละ 43.5

ในด้านช่องทางการสื่อสารที่ถูกใช้มากที่สุดคือ การแจ้งข่าวโดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 78.0) รองลงมาคือ การใช้เสียงตามสาย (ร้อยละ 58.6) และผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) (ร้อยละ 49.6)

ในส่วนข้อมูลคำตอบของคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เกี่ยวกับระบบการส่งต่อซึ่งมีการปฏิบัติแตกต่างกันและบางหน่วยงานยังขาดการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และผู้ตอบแบบสอบถามไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย อีกทั้งอยากให้บูรณาการข้อมูลกลางเกี่ยวกับผู้ป่วยในพื้นที่ให้ทีม 3 หมอ เข้าถึงได้เพื่อประโยชน์ในการดูแลและส่งต่อ เช่น ประวัติการรักษา ยาเดิม และการแพ้ยา

ในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้เสนอแนะให้เพิ่มสถาบันหลักในจังหวัดของตนเพื่อความสะดวกในการเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อยากให้ปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตร โดยการเพิ่มการเรียนด้านสาธารณสุข และการดำเนินโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนให้มากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการได้ครบถ้วน ทุกครั้ง และสม่ำเสมอ

ผลการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการโดยใช้สถิติ binary logistic regression ตัวแปรต้น คือ 1) การ

ขั้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ขั้นทะเบียนแล้ว/ยังไม่ได้ขั้นทะเบียน) 2) เขตสุขภาพ (7, 8, 9 และ 10) 3) จำนวนประชากร (ค่าต่อเนื้อที่) 4) ขนาด (เล็ก กลาง ใหญ่และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล) 5) มาตรฐานของหน่วยบริการ (ผ่านเกณฑ์/ยังไม่ผ่าน) ตัวแปรตามคือ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 7 องค์ประกอบ แบ่งเป็นกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย 2.51 ขึ้นไป และกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.51 พบว่า หน่วยบริการที่มีการขั้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

(6BBs) ได้ครบถ้วนทุกครั้งมากกว่าหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขั้นทะเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าอัตราส่วนออดส์อย่างหยาบ (crude odds ratio หรือ COR) เท่ากับ 5.17 (p value = 0.007, 95% ช่วงเชื่อมั่น 1.43 ถึง 18.77) และอัตราส่วนออดส์ที่ควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (adjusted odds ratio หรือ AOR) เท่ากับ 5.16 (p value = 0.018, 95% ช่วงเชื่อมั่น 1.33 ถึง 20.12) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เขตสุขภาพ ขนาด มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัดดาว และจำนวนประชากร ไม่มีผลต่อการจัดบริการ รายละเอียดดังในตารางที่ 3

Table 3 Crude and adjusted odds ratios of variables that associated with the high level of primary care service provision according to World Health Organization's health system six building blocks (cut point 2.51 or higher)

Independent variables	COR	(95% CI of COR)	p value	AOR	(95% CI of AOR)	p value
						0.660
Region						
7*	1.00	- -	-	1.00	-	-
8	1.26	(0.48 to 2.07)	0.809	1.65	(0.54 to 5.07)	0.379
9	1.75	(0.58 to 5.32)	0.379	1.94	(0.57 to 6.60)	0.287
10	1.96	(0.69 to 5.59)	0.292	1.97	(0.60 to 6.42)	0.263
Registered as						0.009 [#]
Not registered*	1.00	- -	-	1.00	-	-
PCU	5.17	(1.43 to 18.77)	0.007 [#]	5.16	(1.33 to 20.12)	0.018 [#]
NPCU	1.87	(0.44 to 7.87)	0.505	1.58	(0.38 to 7.39)	0.563
Star certified						
Not certified*	1.00	- -	-	1.00	-	-
Pass	4.50	(0.55 to 36.68)	0.170	1.10	(0.18 to 6.64)	0.915
Population	-	- -	-	1.00	1.00 1.00	0.169
Setting size						0.587
Small*	1.00	- -	-	1.00	-	-
Medium	1.40	(0.46 to 4.24)	0.604	1.23	(0.32 to 4.80)	0.747
Large	1.49	(0.39 to 5.68)	0.739	0.46	(0.05 to 4.40)	0.498
Hospital PCU	n/a	n/a n/a	n/a	<0.01	<0.01 to n/a	0.999

* reference group, [#] statistically significant difference

AOR = adjusted odds ratio, CI = confidence interval, COR = crude odds ratio, n/a = not applicable, NPCU = network of primary care unit, PCU = primary care unit

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ไม่ถ่ายโอนกับกลุ่มที่ถ่ายโอน หรือมีแผนในการถ่ายโอน พบว่าค่าในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนร้อยละ 100 ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มุกดาหาร สกลนคร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 1.94, SD = 0.70 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่ากลุ่มจังหวัดที่ยังไม่มีแผนถ่ายโอน (ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.16, SD = 0.64) ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี บึงกาฬ หนองคาย เลย และสุรินทร์ บุรีรัมย์ และค่าเฉลี่ยรายชื่อของกลุ่มจังหวัดที่ถ่ายโอนที่มีคะแนนน้อยกว่าที่ยังไม่ถ่ายโอน (ตารางที่ 2) ได้แก่

ข้อ 1.1 จัดบริการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นรูปธรรมดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ

ข้อ 1.3 จัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเชิงรุกในพื้นที่ได้อย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ข้อ 2.1 มีแพทย์สาขาอื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม

ข้อ 2.2 มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวหน้าทีม

ข้อ 2.4 มีการพัฒนาทีมสหวิชาชีพตามหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 3.1 มีระบบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แฟ้มครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลต่อเนื่อง ข้อมูลสถิติที่สำคัญ ระบบการเชื่อมหรือส่งต่อข้อมูล การบันทึกตรวจสอบข้อมูลสาธารณสุขของพื้นที่ที่รับผิดชอบ

และกลุ่มที่ไม่ถ่ายโอนมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าในทุกข้อ ได้แก่ ด้านการจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิจารณ์และข้อยุติ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเกินกว่า 45 ปี^(14,15) ผลการศึกษาการจัดบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัย

โลกและเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2558⁽¹³⁾ ผลการศึกษาพบว่า จากคะแนนเต็ม 3 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 2.29 (SD = 0.39) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เรียงตามลำดับได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล การจัดการเทคโนโลยี เครื่องมือและยา และการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ และน้อยที่สุด คือ การจัดการบริการสุขภาพ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ในด้านการจัดการบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.73 คะแนน, SD = 0.51) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์พบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 66.0) คล้ายกับในพื้นที่ภาคใต้ที่พบว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวดูแลสุขภาพแบบเชื่อมโยงได้ร้อยละ 100 แบบต่อเนื่องร้อยละ 93.88 และดูแลสุขภาพครอบครัวเป็นศูนย์กลางร้อยละ 91.84⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลลัพธ์รายชื่อย่อยขององค์ประกอบนี้ พบว่ามีประเด็นแหล่งเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในระดับจังหวัด เช่น สถาบันหลัก ที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (0.70 คะแนน SD = 0.99) ตรงกับผลรายงานการสำรวจในอดีต⁽⁵⁾ แม้ว่าในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมร้อยละ 85 เป็นสัดส่วนที่มากกว่าประเทศอื่นๆ ในเอเชีย⁽¹⁷⁾ แต่ในระดับจังหวัดและในเขตสุขภาพ ยังคงขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามที่ปรากฏในรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, และ 10 ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนั้น การเพิ่มจำนวนสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใกล้ที่ปฏิบัติงาน จะช่วยให้สามารถจัดบริการได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นมาก ตรงกันข้ามกับในระดับทุติยภูมิกลับมีสัดส่วนลดลง ซึ่งมีความแตกต่างกับในประเทศมัลดีฟส์ที่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของผู้ป่วย

นอกจากนี้ในระดับปฐมภูมิและในระดับทุติยภูมิ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ ยังมีรายงานการวิจัย พบว่าภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง⁽¹⁸⁾ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพจำนวนที่เพียงพอ และพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามที่สังคมต้องการ เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง⁽¹⁸⁾ และควรดำเนินการควบคู่กับการวางแผนพัฒนาทีมผู้ให้บริการด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ (1.92 คน/คน, SD = 0.68) มีความขาดแคลนและต้องการหมอกคนที่ 3 คือ กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีไม่เพียงพอซึ่งเป็นปัญหาอย่างยาวนานแล้ว⁽⁵⁾ โดยมีความต้องการเพิ่มอีกประมาณ 6,000 คน⁽¹⁹⁾ จึงทำให้แพทย์ที่มีอยู่ต้องรับภาระงานที่หนัก รวมทั้งกรอบอัตรากำลังที่จำกัด⁽²⁰⁾ และมีปัญหาการกระจุกกันอยู่ในบางพื้นที่⁽²¹⁾ จากรายงานบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีอัตราส่วนเท่ากับ 38.2 ต่อประชากรหมื่นคน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ 44.5 ต่อประชากรหมื่นคน โดยมีเพียงประเทศมัลดีฟส์และเกาหลีเหนือเท่านั้นที่มีบุคลากรทางการแพทย์ตามเกณฑ์⁽²²⁾ อย่างไรก็ตาม การมีนโยบายให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอบุรุษประจำตัว 3 คน ได้ช่วยให้มีความชัดเจนในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเป็นระบบจริงจังและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น แม้ว่าอัตรากำลังน้อยแต่สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ความรู้ ความสามารถของทีมบุคลากรเท่าที่มี และมีการเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครมากกว่าการรักษา มีการพัฒนาความรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้และพึ่งพาตนเองได้⁽²¹⁾

แตกต่างจากการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสหภาพยุโรป ที่มีการเน้นในด้านการวิจัยและวิชาการ⁽²³⁾ นอกจากนี้ ยังมีรายงานปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท เช่น ความสุขในการทำงานในชุมชนพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย⁽¹⁶⁾ ภูมิหลังของบุคลากร การได้สัมผัสบรรยากาศชนบทตั้งแต่สมัยเรียน หลักสูตรการเรียนการสอน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี^(24,25) แตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรการแพทย์ในชนบท ได้แก่ ความเจริญ ก้าวหน้าของตำแหน่งงาน โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร และทรัพยากรในพื้นที่⁽²⁶⁾

ในด้านการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 คะแนน (SD = 0.52) ซึ่งเป็นระดับที่ต้องมีการพัฒนา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีระบบคลังข้อมูลสุขภาพกลาง คือ Health Data Center (HDC) แต่ยังมีจุดอ่อน คือ บุคลากรไม่มีทักษะในการใช้งาน⁽²⁷⁾ ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์หรือเชื่อมโยงกับโปรแกรมอื่นๆ ได้ ดังนั้น จึงควรร่วมกันพัฒนาโปรแกรมที่ง่ายต่อการใช้งานและไม่ซ้ำซ้อนกัน เอื้อต่อการทำงานของทีม 3 หมอ ทำให้สามารถส่งบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ทำให้ขับเคลื่อนงานด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีผลทำให้เกิดช่องว่างและมีอุปสรรคในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน จึงควรประสานการให้บริการแบบไร้รอยต่อ เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย และเป็นความท้าทายของหมอสาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหมอกคนที่ 2 ที่ต้องประสานเชื่อมโยงระหว่างหมอกคนที่ 1 กับหมอกคนที่ 3 ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มการสื่อสารและทำงานแบบไร้รอยต่อ สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอ ยืดหยุ่น และ ลดช่องว่างให้มากที่สุด

ในด้านการจัดการเทคโนโลยีเครื่องมือและยา มี

คะแนนเฉลี่ยที่ระดับมาก คือ เท่ากับ 2.72 คะแนน ($SD = 0.46$) สะท้อนถึงการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 4 เขตสุขภาพ จนมีความพร้อมและเพียงพอทั้งด้านยาและเวชภัณฑ์ เป็นเพราะนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้มีการสนับสนุนทรัพยากรแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเต็มที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้ง นโยบายลดความแออัดของการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัด⁽²⁰⁾ ช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านได้โดยไม่ให้ความแตกต่างกับโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ มีการจ่ายยาชนิดเดียวกันตามกรอบบัญชียาที่เหมือนกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและไม่ต้องเดินทางไกล อีกทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีแหล่งงบประมาณจากหลายแหล่ง เพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแหล่งงบประมาณที่สำคัญ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁸⁾ แม้ว่าภายหลังจะมีการโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่ในช่วงเวลาเริ่มต้นก็ยังคงมีการสนับสนุนเช่นเดิม โดยพบว่าร้อยละ 75 ได้รับการสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัดดีกว่าเดิม มีความยืดหยุ่น คล่องตัวไม่แตกต่างจากเดิม และร้อยละ 63 ยังคงร่วมกันจัดบริการผู้ป่วยอย่างเหมาะสม⁽²⁹⁾ แต่ระบบการสนับสนุนในอนาคตยังไม่มีความชัดเจนว่าระบบใหม่จะเป็นอย่างไรจึงจะไม่ส่งผลต่อเสียต่อระบบการกระจายยาและเวชภัณฑ์โดยรวม

ในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 คะแนน ($SD = 0.49$) โดยมีการสนับสนุนงบประมาณเฉพาะด้านต้นทุนคงที่ (fixed cost) จึงยังมีหน่วยบริการบางแห่งที่ยังขาดสภาพคล่อง ขาดแคลนค่าจ้าง ค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและค่าพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแหล่งเงินจากหลาย

แหล่ง รวมทั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน⁽²⁷⁾

ในด้านธรรมาภิบาล รวมทั้งภาวะผู้นำ มีค่าเฉลี่ยมากคือ เท่ากับ 2.73 คะแนน ($SD = 0.45$) พบว่ามีการกระจายทรัพยากรอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละหน่วยบริการอย่างเท่าเทียมกัน เป็นไปตามระเบียบของราชการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยในการไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน แต่มีเกณฑ์การกระจายงบประมาณแตกต่างกันและหลากหลายเงื่อนไขในระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553⁽⁵⁾ จึงควรมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นกว่าเดิมเพื่อให้สามารถจัดบริการบูรณาการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไปได้อีกในอนาคต

ในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยมากคือ เท่ากับ 2.73 คะแนน ($SD = 0.49$) เพราะมีอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกพื้นที่ของทุกภาคของประเทศไทย เป็นบทบาทหลักสำคัญที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างชัดเจน และต่อเนื่องมาตั้งแต่ในอดีตก่อนที่จะมีนโยบายให้คนไทยทุกคนครบถ้วนมีหมอประจำตัว 3 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ แจ้งข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ เพราะมีความสะดวก รวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตและค่าโทรศัพท์ ส่วนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายภาคเอกชน กลับมีบทบาทน้อยในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่นเดียวกับในภาคใต้ที่พบว่า แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวปฏิบัติงานดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนได้เพียงบางครั้ง⁽¹⁶⁾

ในด้านปัจจัยมีผลต่อการจัดบริการปฐมภูมิตามระบบบริการที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ความสำเร็จของการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการ เนื่องจากหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเพราะขาดแคลนแพทย์ ประกอบกับค่าเฉลี่ยในข้อที่ 1.2 (ตารางที่

3) ด้านสถาบันหลักในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีค่าน้อยที่สุด สะท้อนถึงปัญหาด้านการผลิตแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ขึ้นทะเบียน เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากที่สุด และเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องยาวนานของระบบสาธารณสุขไทย^(2,5-6) ในขณะที่หมอกคนที่ 1 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมีเพียงพอในพื้นที่ และ หมอกคนที่ 2 ขาดแคลนน้อยกว่า การส่งเสริมให้มีการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น สามารถทำได้โดยการเพิ่มการผลิตแพทย์ให้มีเพียงพออีกอัตราส่วนประชากรในพื้นที่ขาดแคลน โดยการใช้แพทย์ที่เกษียณอายุราชการแล้ว หรือใช้แพทย์ในระบบของเอกชนสำหรับขึ้นทะเบียน ดังเช่นที่ดำเนินการตามระบบในประเทศสหราชอาณาจักรที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นเอกชนทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิแบบเต็มเวลา⁽³⁰⁾

ส่วนการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น คาดว่าการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิตามเงื่อนไขข้อบังคับหลักของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562 จะได้รับผลกระทบมากยิ่งขึ้น เพราะข้อกำหนดการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการต้องมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมพร้อมด้วยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งอยู่ต่างสังกัดกับหมอกคนที่ 2 ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบน้อย ได้แก่ เขตสุขภาพขนาดของหน่วยบริการ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดต่อ และจำนวนประชากรในพื้นที่ เพราะไม่มีผลต่อการจัดบริการ

จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือ การตอบว่าการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายปฐมภูมิแล้วในระบบของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้ทำนุบำรุงการให้บริการบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ได้นั้น มีความเชื่อมั่นในข้อมูลการขึ้นทะเบียนในเกณฑ์ทุกด้านแต่เกณฑ์ที่สำคัญที่สุด คือด้านการมีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการตามขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นปัจจัยที่ยืนยันด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งเป็นมุมมองของหลากหลายสาขาวิชาชีพที่มีความคิดเห็นต่อขีดความสามารถ

ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มครอบคลุมทุกเขตสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีการเพิ่มด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการตามระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการเปลี่ยนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วย รวมทั้งการเลือกเกณฑ์การตัดสินโดยใช้จุดตัดที่คะแนนเฉลี่ย 2.51 ขึ้นไป นั้นเป็นเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมตามหลักคณิตศาสตร์และหลักการสากล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. ในเขตสุขภาพควรมีการพัฒนาและเพิ่มจำนวนของสถาบันหลักในการผลิตแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้ครบทุกจังหวัด เพื่อให้สามารถผลิตแพทย์ได้มากขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการที่จะมีหัวหน้าทีมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการขึ้นทะเบียนในระบบให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเพื่อให้แพทย์มีความสะดวก สามารถฝึกอบรมอยู่ในเขตพื้นที่ใกล้สถานที่ปฏิบัติงานทำให้สามารถผลิตได้จำนวนมากขึ้น และเพียงพอต่อความต้องการขึ้นทะเบียนตามที่กำหนดไว้

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ควรมีการใช้กลไกที่มีอยู่และขยายบทบาทในการขับเคลื่อนประเด็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นผลสำเร็จโดยเน้นโรคสำคัญในพื้นที่ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทิศทางชัดเจน

3. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการลงนามความร่วมมือสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยลงนามบันทึกความร่วมมือเชิงนโยบายและบูรณาการการปฏิบัติงานไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4. หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลที่ขาดแคลนแพทย์ ควรมีระบบให้คำปรึกษาออนไลน์การให้บริการการ



แพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์ดิจิทัลที่จำเป็น มีระบบการจองเวลาในการขอรับคำปรึกษาแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการของแพทย์มากยิ่งขึ้น

5. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันพัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถประสานเชื่อมโยงข้อมูลกลางด้านสุขภาพ ให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนของงานให้มีความรวดเร็ว มุ่งเน้นให้มีผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยในชุมชนตามแนวทางการปฏิรูปบริการของภาครัฐยุคใหม่

6. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้มาตรฐานเดียวกันทุกขั้นตอน และสำหรับหน่วยบริการทุกระดับ

7. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรและจัดการฝึกอบรมสำหรับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและสร้างความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาคืบต่อไป

1. สำรวจความต้องการในการฝึกอบรมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. การวิจัยพัฒนาหลักสูตรของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีการเน้นการปฏิบัติการตามบริบทจริงในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบ รวมทั้งสามารถวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สำรวจความต้องการ และพัฒนาระบบการกระจายยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังจากที่มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

4. ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เถณฑ์การปันผลค่าตอบแทนที่ได้รับ หลังจากการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

5. การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อนำมาประยุกต์ใช้

ร่วมกับระบบสารสนเทศกลาง (digital transformation) และการให้บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลน

6. การวิจัยและพัฒนาระบบส่งต่อ (green channel/refer back) ที่มีการลดขั้นตอนและลดความซ้ำซ้อนของระบบงาน พร้อมทั้งพัฒนาคู่มือการส่งต่อ การทดลองใช้งาน และการทดสอบประสิทธิภาพของระบบ

7. ประเมินคุณภาพของระบบการกระจายยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

References

1. National Health Act B.E. 2550 (A.D. 2007). (Mar 3, 2007). (in Thai)
2. Constitution of The Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017). The Royal Government Gazette Chapter 258. Page 1 No. 134 section 40. (Apr 6, 2017). (in Thai)
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [internet]. Geneva: WHO Document Production Services; 2010 [cited 2022 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.
4. Kijsanayotin B. Pannarunothai S. Seamless primary care and the inconvenient truth about health data standards. Editorial. Journal of Health Systems Research 2021;15(2):131-5. (in Thai)
5. Boonyanuparbpong S, D-aim C. Survey of primary care development data of contracting unit for primary care. Research Report. Nonthaburi: The plan of health promotion program with the universal health insurance system; 2009. (in Thai)
6. Srivanichakorn S, Yana T, Chalordet B. Report on the situation of primary care systems in Thailand, 2010. Nakhon Pathom, Thailand: Office of Community Based Health Care Research and Development; 2012. (in Thai)

7. Khongyuen N. Primary care service system with development standards. *Public Health Policy and Laws Journal* 2017;3(3):374-87. (in Thai)
8. Paisan K. The referral system development on patient cardiovascular disease of Phon health network, Khon Kaen province. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2017;25(10):11-25. (in Thai)
9. Manathura O. Client perception on the primary care service provided by the Chakarat health service network, Chakarat district, Nakhon Ratchasima. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2012;18(1):17-28. (in Thai)
10. Patchawong M, Promsaka na sakolnakorn P. Evaluation of services in primary care unit network of Udon Thani Hospital by the client. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2020;28(3):295-305. (in Thai)
11. Srivanichakorn S. Potential of the primary care system and family medicine team in Thailand amid the coronavirus outbreak. Editor talk of the COVID-19 pandemic issue, *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2020;3(2):1-8. (in Thai)
12. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. 10th ed. Hoboken, New Jersey:Wiley; 2013.
13. The Committee of Health Service System Development for the Network. *Health Region 1 service plan by 6 building blocks plus: fiscal year B. E. 2558*. Chiang Mai; 2015. 197 p. (in Thai)
14. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018;391(10126):1205–23.
15. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: *London School of Hygiene & Tropical Medicine. Good health at low cost' 25 years on what makes a successful health system?* London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
16. Meesit P, Tumviriyakul H. Role of family physician and happiness in primary care of southern area. *Burapha Journal of Medicine* 2017;4(1):40-8. (in Thai)
17. World Health Organization. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related sustainable development goals in the WHO South-East Asia Region: 2019 update [internet]. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2019 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326828>.
18. Sripa P. Direction of family physicians towards Thai health care system. *Journal of Health Science* 2019;28(1):176-84. (in Thai)
19. Woratanarat T, Woratanarat P, Jirathananuwat A, Lektip C, Tongta S. Performance and roles of family physicians: synthesis of policy recommendations. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2019. (in Thai)
20. Noree T, Ploypradub C, Ploysongsri W. Lessons learnt from an implementation of 3-healthcare provider team for primary care policy for all Thai in 4 provinces in Thailand. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
21. Jungsomjatepaisal P. Thailand's primary health care in global health context. *Journal of Health Science* 2019;28:152-62.
22. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. *Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024; second review of progress, 2018* [internet]. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274310>.
23. Zarbailov N, Wilm S, Tandeter H, Carelli F, Brekke M. Strengthening general practice/family medicine in Europe—advice from professionals from 30 European countries. *BMC Fam Pract* 2017:1880.
24. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res* 2016;16:126. DOI: 10.1186/s12913-016-1370-1.
25. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations [internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>.
26. Buyx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010;18:102–9.
27. Tamdat D, Chaitiang N. Development of health information system in Phayao province, Thailand. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* 2022;5(1):78-92. (in Thai)
28. Rutjanathamrong P, Singweratham N, Techakehajib W, Boon-



- tiam N, Kaewsing P, Bunpean A, et al. Development of management guideline for the health security funds to allocate budget for the district health promoting hospitals transferred to the local administrative organizations. Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- 29 Sudhipongpracha T, Ramesh M, Choksettakij W, Huripongthanawat P, Kittayasophon U, Satthatham N, et al. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Research Report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
- 30 Onion DK, Berrington RM. Comparisons of UK general practice and US family practice. *ABFP* 1999;12(2):162-72.