

มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนไป สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ดาราพรรณ รongเมือง*

อินทรา สุขรุ่งเรือง†

จิราพร ทองดี*

ลลิตา เดชาวุธ‡

กฤษฎิ์ สุวรรณรัตน์‡

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ§

ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์¶

จิราชาติ เรืองวัชรินทร์#

ผู้รับผิดชอบบทความ: จิราพร ทองดี

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรฐานและความพร้อมในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์จะถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ระเบียบวิธีศึกษา: เป็นการศึกษาแบบผสมวิธีทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม ร่วมกับการสำรวจเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย (n = 6) ผู้แทนจากภาคสาธารณสุข (n = 28) ผู้แทนจากภาค อปท. (n = 16) และผู้แทนจากภาคประชาชน (n = 24) และการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้อำนวยการ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† โรงพยาบาลพุทธโสธร

‡ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¶ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สู่ราชบุรี

Received 1 May 2024; Revised 2 July 2024; Accepted 9 August 2024

Suggested citation: Rongmuang D, Sukrungrueng I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. Primary care service standards and readiness of sub-district health promoting hospitals transferring to the provincial administration organizations. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(3):331-50.

ดาราพรรณ รongเมือง, อินทรา สุขรุ่งเรือง, จิราพร ทองดี, ลลิตา เดชาวุธ, กฤษฎิ์ สุวรรณรัตน์, อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และคณะ. มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(3):331-50.



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือตัวแทน (n = 430) เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ตามขนาด อบจ. เล็ก กลางและใหญ่ เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และเชิงปริมาณคือแบบประเมินความพร้อมและความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา: 1. รพ.สต. มีความพร้อมทางด้านโครงสร้าง อยู่ในระดับพอดี หรือมาก แต่ความพร้อมของบุคลากรสายวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทันตแพทย์ รวมทั้งสายสนับสนุนด้านการเงินและบัญชี ยังอยู่ในระดับน้อย 2. รพ.สต.ส่วนใหญ่คิดว่ามีความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจเท่าเดิมและมากขึ้น มีเพียงบริการทันตกรรม ที่คิดว่าสามารถให้บริการได้ลดลง 3. ข้อเสนอแนะจาก รพ.สต. เพื่อให้การบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยเฉพาะการให้บริการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และทันตกรรม ควรเป็นไปในรูปแบบของเครือข่ายแบบเดิมไปก่อน

ข้อยุติ: องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ สรรหาบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน รวมถึงลงนามความร่วมมือในการสนับสนุนบริการในรูปแบบเดิมในช่วงเปลี่ยนผ่าน และเตรียมความพร้อมในการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และควรมีการดำเนินงานขับเคลื่อนภาคประชาชนด้วย

คำสำคัญ: ความพร้อม, ศักยภาพ, การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การถ่ายโอนอำนาจ

Primary Care Service Standards and Readiness of Sub-District Health Promoting Hospitals Transferring to the Provincial Administration Organizations

Daravan Rongmuang^{*}, Intira Sukrungruang[†], Jeraporn Thongdee^{*}, Lalita Dechavoot[‡], Kritsanee Suwannarat[‡], Atiya Sarakshetrin[§], Patpong Udompat[¶], Jirachart Reungwatcharin[#]

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praborromarajanok Institute

[†] Buddhasothorn Hospital

[‡] Phrapokklao College of Nursing, Chantaburi, Faculty of Nursing, Praborromarajanok Institute

[§] Faculty of Nursing, Praborromarajanok Institute

[¶] Phrapokklao Hospital

[#] Suratthani Provincial Health Office

Corresponding author: Jeraporn Thongdee, Jena_192@hotmail.com

Abstract

Background and Rationale: The Decentralization Act B.E. 2542 mandates the transfer of health responsibilities to local government organizations (LGOs). This research aimed to investigate the standards and readiness for service provision of sub-district health promoting hospitals (SHPHs) that wanted to be transferred to the provincial administrative organizations (PAOs).

Methodology: This mixed-methods qualitative research included in-depth interviews and focus group discussions with policymakers (n = 6), public health representatives (n = 28), PAO representatives (n = 16), and public sector representatives (n = 24) selected purposively. For the quantitative research, the sample consisted of SHPH directors or representatives (n=430), selected through random sampling and by size of PAOs. Research instruments included a semi-structured interview guide and a questionnaire on primary care capacity standards and readiness. Content analysis was used for qualitative data, while descriptive statistics and chi-squared test were used for quantitative data.

Results: 1. SHPHs reported adequate or high structural service readiness; however, staffing levels particularly health professionals and supporting finance/account personnel were inadequate. 2. Most SHPHs anticipated maintaining or even increasing service quantity post-transfer to the PAOs, except in

dental care where reductions were expected. 3. Recommendations from SHPHs to enhance the transfer of health responsibilities included ensuring that health services to the public maintaining the pre-transfer level, especially the provision of chronic disease treatments such as diabetes, hypertension, and dental care, should continue status-quo health service networks.

Conclusion: PAOs and the provincial health offices should develop local health plans, recruit both health professionals and supporting personnel, and sign agreements to maintain existing service models during the transition period. They should also prepare to promote, support, oversee, and evaluate operations according to professional standards and facilitate community-driven initiatives.

Keywords: readiness, capacity, primary care service provision, health promoting hospital, devolution

ภูมิหลังและเหตุผล

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยหนึ่งในหกภารกิจ คือ ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ไม่จำเป็นต้องถ่ายโอนไปพร้อมกัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของ อปท. ที่จะรับการถ่ายโอน โดยต้องมีการสร้างกลไกและระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานให้ครอบคลุม 5 มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค⁽¹⁾ ยึดหลักการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน และตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2562 เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกช่วงวัย ให้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานประกอบด้วย การดูแลโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก การให้ข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจ

เลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน⁽²⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพและความเท่าเทียมในการให้บริการสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ภายหลังการถ่ายโอน ผลประโยชน์ทางการเมืองมีความสัมพันธ์กับการขยายบริการสุขภาพสู่ชุมชน การสนับสนุนงบประมาณยังมีความไม่เท่าเทียม ชุมชนที่มีนักการเมืองที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณมาก การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเป็นการลงทุนเกี่ยวกับโครงสร้าง การซื้อรถพยาบาล แต่บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร ผู้นำบางพื้นที่ไม่มีประสบการณ์ในการบริหารงานด้านสุขภาพ หรือการจัดการงบประมาณ นอกจากนี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ สมาชิกในชุมชน และนักการเมืองท้องถิ่น ที่จะต้องร่วมกันทำความเข้าใจเกี่ยวกับมิติของสุขภาพ (ทั้งการป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟู) และบทบาทของตนเองในการจัดลำดับความสำคัญ



ของปัญหา ซึ่งจะมีผลต่อการจัดทำแผน และจัดสรรงบประมาณ กลับมีความเข้าใจในอำนาจของตนเองในเรื่องสุขภาพและมีบทบาทในการตัดสินใจน้อย⁽³⁾ ในบางการศึกษาพบว่า การกระจายอำนาจจะเพิ่มความเป็นอิสระของท้องถิ่นในการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ได้อย่างคุ้มค่า ทำให้เกิดการวางแผนแก้ปัญหาของชุมชนจากล่างขึ้นบน เพิ่มความรับผิดชอบของบุคลากรด้านสุขภาพในแก้ไขปัญหา และการลดขั้นตอนในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพการบริการ สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่บางการศึกษาที่พบว่าคุณภาพบริการลดลงเนื่องจากบุคลากรขาดขวัญและกำลังใจ มียาไม่เพียงพอต่อการรักษา ระบบการส่งต่อขาดความเชื่อมโยง รวมถึงงบประมาณที่ไม่เพียงพอ^(4,5)

ประเทศไทยได้พัฒนาเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศรับรองเกณฑ์คุณภาพดังกล่าว โดยผสมผสานและอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award (PCA) ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ริเริ่มและนำมาใช้ตั้งแต่ปี 2553 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการคุณภาพสูง และมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบัน สปสช. ยังคงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเกณฑ์การประเมินและกระบวนการคัดเลือก รพ.สต. ติดดาว เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพและบริการที่ดี นอกจากนี้เกณฑ์ดังกล่าวยังเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ สปสช. ใช้ในการพิจารณาการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพการจัดการบริการในด้านทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และการบริหารจัดการการดำเนินการตามเกณฑ์นี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการของหน่วยบริการ ส่งเสริมการสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอแบบบูรณาการ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการจัดสรร

ทรัพยากรที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวดำเนินการผ่านการขึ้นชมและการจัดการความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดร่วมกันคือการสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน และอาศัยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง⁽⁶⁾ ดังนั้นเพื่อเป็นการสนับสนุน และเตรียมความพร้อมให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นไปด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ ตามแผนการถ่ายโอนและระยะเวลาที่กำหนด รวมถึงสามารถให้บริการปฐมภูมิได้ตามมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิและแนวทางการรับรองมาตรฐานบริการ ตลอดจนข้อจำกัดในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งนี้เพื่อนำข้อสรุปมาเป็นข้อเสนอแนะในการส่งเสริมสนับสนุน ผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจตามหลักการกระจายอำนาจให้แก่ อบจ. ให้ประสบผลสำเร็จต่อไป การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรฐานบริการปฐมภูมิและความพร้อมในการให้บริการของ รพ.สต. ที่ประสงค์ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัด อบจ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาจากเอกสาร วิเคราะห์สถานการณ์ นโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ พระราชบัญญัติปฐมภูมิ แนวทางการประเมินคุณภาพ รพ.สต. และการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามมาตรฐานบริการของ รพ.สต. และประเมินความสามารถในการดำเนินงานตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. เพื่อรับรู้ช่องว่างของความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่าย

โอนไปสังกัด อบจ. และ ระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. สังกัด อบจ.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือผู้แทน ที่ประสงค์จะถ่ายโอนในพื้นที่ของ อบจ. ในพื้นที่ที่ศึกษา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี population survey กำหนด 95% confidence interval และ 5% margin of error เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบทราบบจำนวนประชากร โดยมีจำนวน รพ.สต. ที่ประสงค์จะถ่ายโอนจำนวน 3,366 แห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 345 แห่ง ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายจากการไม่ได้รับข้อมูลกลับคืน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 430 คน รวบรวมข้อมูลโดยแบ่งขนาด อบจ. เป็นขนาดเล็ก กลางและใหญ่ และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย ใช้วิธีจับฉลาก รพ.สต. ในพื้นที่ตามสัดส่วน โดยไม่แทนที่ การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยให้เจ้าหน้าที่ของ อบจ. ในพื้นที่เป็นผู้ประสานงานส่ง link แบบสอบถาม Google form ให้กับ ผอ.รพ.สต. หรือตัวแทน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2565 ได้รับการตอบแบบสอบถาม จำนวน 430 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ กระทำโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม ตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย (n = 6) ผู้แทนจากภาคสาธารณสุข (n = 28) ผู้แทนจากภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n = 16) และผู้แทนจากภาคประชาชน (n = 24) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในการรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงความอึดตัวของข้อมูลโดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลตามประเด็นต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนอึดตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ คือ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของ อบจ. ได้แก่ ขนาดของ อบจ. งบประมาณด้านสาธารณสุข 3 ปี ย้อนหลัง จำนวนบุคลากรในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน รพ.สต. ที่จะถ่ายโอน และข้อมูลพื้นฐานของ รพ.สต. ได้แก่ ขนาดของ รพ.สต., สถานะการถ่ายโอน, การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ), จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ, จำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. (จำแนกรายวิชาชีพตามโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ), ผลการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ระดับ), และแบบประเมินความพร้อมและความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแนวทางการอภิปรายกลุ่ม เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานบริการของ รพ.สต. สังกัด อบจ.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของ อบจ. และ รพ.สต. แบบประเมินความพร้อมและความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของ อบจ. และ รพ.สต. และแบบประเมินความพร้อมและความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ก่อนนำไปใช้จริงผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิไปทดลองใช้กับ รพ.สต. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 แห่ง แบบสอบถามมีค่า



สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ ปฏิบัติงานใน รพ.สต. และประชาชนในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่ที่ ศึกษา จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม และผู้วิจัยปรับตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริง

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพโดย การตรวจสอบแบบสามเส้า โดยทำการสะท้อนกลับข้อมูล ขณะสัมภาษณ์ และหลังสัมภาษณ์เพื่อยืนยันความ ถูกต้องและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนความน่าเชื่อถือของข้อมูล ในการประชุมคณะทำงานเพื่อพิจารณาความสอดคล้องของ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถานการณ์การประเมินมาตรฐานการ บริการของ รพ.สต. และมาตรฐานการบริการปฐมภูมิ ด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา
2. วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการตามมาตรฐาน บริการของ รพ.สต. และประเมินความสามารถในการ ดำเนินงานมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐาน บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานบริการของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อม และการรับรู้ ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ. จำแนกตามขนาด ของ รพ.สต. ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์
5. วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการ ให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิและการรับรอง มาตรฐานบริการของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ด้วยการวิเคราะห์

เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะ กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (เอกสารรับรอง เลขที่ 2022/3 วันที่ 28 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวม ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการสำรวจความพร้อมและความสามารถในการ จัดบริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอน

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็น รพ.สต. ขนาดกลาง ร้อยละ 61.4 ทั้งหมดกำลังจะถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในวันที่ 2 ตุลาคม 2565 ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 71.6) และผลการประเมินครั้งล่าสุดตามเกณฑ์พัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ตีตรา อยู่ในระดับ 5 ดาว ร้อยละ 78.0 จำนวนประชากรที่รับผิดชอบใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ มี จำนวน 8,160-18,077 คน รพ.สต. ขนาดกลาง 3,026- 8,757 คน และ รพ.สต. ขนาดเล็ก 836-3,536 คน ทุก รพ.สต. ยังไม่มีแพทย์ ทันตแพทย์ และนักกิจกรรมบำบัด ส่วนวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้า พนักงานสาธารณสุขและผู้ช่วยแพทย์แผนไทย มีจำนวน แตกต่างกันตามขนาดของ รพ.สต. ด้านงบประมาณ

สาธารณสุข อบจ. ขนาดเล็กมีงบประมาณเฉลี่ย 9,264,100 บาท ขนาดกลาง มีงบประมาณเฉลี่ย 57,429,874 บาท และขนาดใหญ่มีงบประมาณเฉลี่ย 129,167,962 บาท

ด้านจำนวนบุคลากรในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อบจ. มีจำนวน 3-17 คน ขึ้นกับขนาดของ อบจ. และจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนต่อจังหวัดมีระหว่าง 71-248 แห่ง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างและจำแนกตามขนาดของ รพ.สต.

รายการ	ขนาดของ รพ.สต.	มาก จำนวน (ร้อยละ)	พอดี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
1. อาคารสถานที่เอื้อต่อการให้บริการ	เล็ก	43 (33.6)	67 (52.3)	18 (14.4)	1.255	0.869
	กลาง	87 (33.0)	146 (55.3)	31 (11.7)		
	ใหญ่	15 (39.5)	18 (47.4)	5 (13.2)		
2. บุคลากรสายวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นวก./จพ.สาธารณสุข และแพทย์แผนไทย มีจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการ	เล็ก	11 (8.6)	34 (26.6)	83 (64.8)	4.362	0.359
	กลาง	14 (5.3)	65 (24.6)	185 (70.1)		
	ใหญ่	2 (5.3)	14 (36.8)	22 (57.9)		
3. บุคลากรมีศักยภาพเหมาะสมต่อการให้บริการ	เล็ก	38 (29.7)	49 (38.3)	41 (32.0)	11.475	0.022
	กลาง	77 (29.2)	136 (51.5)	51 (19.3)		
	ใหญ่	13 (34.2)	13 (34.2)	5 (13.2)		
4. บุคลากรสายสนับสนุน เช่น จพ.ธุรการ/จพ.การเงินและบัญชี มีจำนวนเพียงพอต่อการส่งเสริมการดำเนินงาน	เล็ก	10 (7.8)	9 (7.0)	109 (85.2)	6.880	0.142
	กลาง	77 (29.2)	136 (51.5)	51 (19.3)		
	ใหญ่	13 (34.2)	20 (52.6)	5 (13.2)		
5. ยาและเวชภัณฑ์	เล็ก	19 (14.8)	85 (66.4)	24 (18.8)	6.681	0.154
	กลาง	20 (7.6)	182 (68.9)	62 (23.5)		
	ใหญ่	6 (15.8)	25 (65.8)	7 (18.4)		
6. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	เล็ก	43 (33.6)	67 (52.3)	18 (14.1)	4.759	0.313
	กลาง	85 (32.2)	156 (59.1)	23 (8.7)		
	ใหญ่	11 (28.9)	25 (65.8)	2 (5.3)		
7. ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์	เล็ก	13 (10.2)	46 (35.9)	69 (53.9)	4.584	0.333
	กลาง	18 (6.8)	120 (45.5)	126 (47.7)		
	ใหญ่	3 (7.9)	19 (50.0)	16 (42.1)		
8. การคุ้มครองผู้บริโภค	เล็ก	23 (18.0)	90 (70.3)	15 (11.7)	2.809	0.590
	กลาง	47 (17.8)	182 (68.9)	35 (13.3)		
	ใหญ่	8 (21.1)	22 (57.9)	8 (21.1)		
9. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	เล็ก	56 (43.8)	68 (53.1)	4 (3.1)	3.765	0.439
	กลาง	97 (36.7)	155 (58.7)	12 (4.5)		
	ใหญ่	19 (50.0)	18 (47.4)	1 (2.6)		
10. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถ	เล็ก	40 (31.3)	69 (53.9)	19 (14.8)	7.162	0.128
	กลาง	73 (27.7)	167 (63.3)	24 (9.1)		
	ใหญ่	13 (34.2)	24 (63.2)	1 (2.6)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างและจำแนกตามขนาดของ รพ.สต. (ต่อ)

รายการ	ขนาดของ รพ.สต.	มาก จำนวน (ร้อยละ)	พอดี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
11. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	เล็ก	21 (16.4)	80 (62.5)	27 (21.1)	9.45	0.050
	กลาง	50 (18.9)	171 (64.8)	43 (16.3)		
	ใหญ่	14 (36.8)	20 (52.6)	4 (10.5)		
12. ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ	เล็ก	31 (24.2)	86 (67.2)	11 (8.6)	1.972	0.741
	กลาง	60 (22.7)	175 (66.3)	29 (11.0)		
	ใหญ่	12 (31.6)	23 (60.5)	3 (7.9)		
13. การได้รับการพัฒนาวิชาการ	เล็ก	16 (12.5)	86 (67.2)	26 (20.3)	2.141	0.710
	กลาง	47 (17.8)	167 (63.3)	50 (18.9)		
	ใหญ่	7 (18.4)	25 (65.8)	6 (15.8)		
14. เครือข่ายการให้บริการ	เล็ก	34 (26.6)	73 (57.0)	21 (16.4)	5.922	0.205
	กลาง	59 (22.3)	180 (68.2)	25 (9.5)		
	ใหญ่	9 (23.7)	25 (65.8)	4 (10.5)		
15. การจัดการการเงินและบัญชี	เล็ก	24 (18.8)	58 (45.3)	46 (35.9)	1.182	0.881
	กลาง	45 (17.0)	131 (49.6)	88 (33.3)		
	ใหญ่	5 (13.2)	20 (52.6)	13 (34.2)		
16. การมีส่วนร่วมของประชาชน	เล็ก	55 (43.0)	66 (51.6)	7 (5.5)	0.423	0.981
	กลาง	118 (44.7)	135 (51.1)	11 (4.2)		
	ใหญ่	17 (44.7)	19 (50.0)	2 (5.3)		
17. การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	เล็ก	33 (25.8)	85 (66.4)	10 (7.8)	3.778	0.437
	กลาง	85 (32.2)	165 (62.5)	14 (5.3)		
	ใหญ่	9 (10.5)	25 (65.8)	4 (10.5)		

จพ. = เจ้าพนักงาน, นวก. = นักวิชาการ

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ. ตามผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามขนาดของ รพ.สต. พบว่าความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันตามขนาดของ รพ.สต. มีเพียงเรื่องบุคลากรมีศักยภาพเหมาะสมต่อการให้บริการ และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีความแตกต่างกันตามขนาดของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย รพ.สต. ที่มีขนาดใหญ่กว่า มีแนวโน้มที่จะมีความ

พร้อมมากกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ รพ.สต. ทุกขนาด ประเมินว่ายังไม่มีความพร้อม ได้แก่ 1) การมีจำนวนบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน (นวก./จพ.) สาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ที่เพียงพอต่อการให้บริการ 2) การจัดการด้านการเงินและบัญชี เนื่องจากมีบุคลากรสายสนับสนุนไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการดำเนินงาน และ 3) การมีห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ที่สนับสนุนการให้บริการ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดของ รพ.สต.

รายการ	ขนาดของ รพ.สต.	มาก จำนวน (ร้อยละ)	พอดี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
1. การให้สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ	เล็ก	33 (25.8)	85 (66.4)	10 (7.8)	3.778	0.437
	กลาง	85 (32.2)	165 (62.5)	14 (5.3)		
	ใหญ่	9 (23.7)	25 (65.8)	4 (10.5)		
2. การเยี่ยมบ้านและการให้บริการในชุมชน	เล็ก	71 (55.5)	54 (42.2)	3 (2.3)	4.273	0.370
	กลาง	168 (63.6)	91 (34.5)	5 (1.9)		
	ใหญ่	24 (63.2)	12 (31.6)	2 (5.3)		
3. บริการสุขภาพแม่และเด็ก	เล็ก	77 (60.2)	43 (33.6)	8 (6.3)	0.418	0.981
	กลาง	165 (62.5)	86 (32.6)	13 (4.9)		
	ใหญ่	24 (63.5)	12 (31.6)	2 (5.3)		
4. บริการวางแผนครอบครัว	เล็ก	51 (39.8)	75 (58.6)	2 (1.6)	5.575	0.233
	กลาง	119 (45.1)	138 (52.3)	7 (2.7)		
	ใหญ่	16 (42.1)	19 (50.0)	3 (7.9)		
5. การส่งเสริมโภชนาการและการให้ความรู้ ด้านอาหารและโภชนาการ	เล็ก	60 (46.9)	67 (52.3)	1 (8)	4.828	0.305
	กลาง	135 (51.1)	124 (47.0)	5 (1.9)		
	ใหญ่	21 (55.3)	15 (39.5)	2 (5.3)		
6. การให้ภูมิคุ้มกันโรค	เล็ก	67 (52.3)	58 (45.3)	3 (2.3)	3.525	0.474
	กลาง	164 (62.1)	95 (36.0)	5 (1.9)		
	ใหญ่	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)		
7. การให้การรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพ ที่พบบ่อยทั้งเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง (NCDs ได้แก่ DM, HT, Stroke, CKD)	เล็ก	68 (53.1)	59 (46.1)	1 (8)	11.205	0.024
	กลาง	170 (64.4)	83 (31.4)	11 (4.2)		
	ใหญ่	25 (65.8)	11 (28.9)	2 (5.3)		
8. การเฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อ เช่น HIV/AIDS, โรคฉี่หนู, โรคมาลาเรีย และ ไข้เลือดออก	เล็ก	60 (46.9)	65 (50.8)	3 (2.3)	5.397	0.249
	กลาง	139 (52.7)	114 (43.2)	11 (4.2)		
	ใหญ่	22 (57.9)	13 (34.2)	3 (7.9)		
9. บริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	เล็ก	45 (35.2)	65 (50.8)	18 (14.1)	10.743	0.030
	กลาง	132 (50.0)	104(39.4)	28 (10.6)		
	ใหญ่	20 (52.6)	17(44.7)	1 (2.6)		
10. บริการสุขภาพจิตชุมชน	เล็ก	42 (32.8)	81(63.3)	5 (3.9)	8.619	0.071
	กลาง	124 (47.0)	128(48.5)	12 (4.5)		
	ใหญ่	19 (50.0)	18(47.4)	1 (2.6)		
11. บริการสุขภาพวัยรุ่น และวัยทำงาน	เล็ก	53 (41.4)	72 (56.3)	3 (2.3)	3.000	0.558
	กลาง	129 (48.9)	125 (47.3)	10 (3.8)		
	ใหญ่	18 (47.4)	19 (50.0)	1 (2.8)		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดของ รพ.สต. (ต่อ)

รายการ	ขนาดของ รพ.สต.	มาก จำนวน (ร้อยละ)	พอดี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
12. บริการสุขภาพผู้สูงอายุ	เล็ก	80 (62.5)	47 (36.7)	1 (8)	1.967	0.742
	กลาง	178 (67.4)	82 (31.1)	4 (1.5)		
	ใหญ่	25 (65.8)	12 (31.6)	1 (2.6)		
13. บริการสุขภาพผู้พิการ	เล็ก	72 (56.3)	54 (42.2)	2 (1.6)	2.303	0.680
	กลาง	157 (59.5)	97 (36.7)	10 (3.8)		
	ใหญ่	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)		
14. รายการยาที่จำเป็น และการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	เล็ก	56 (43.8)	68 (53.1)	4 (3.1)	1.686	0.793
	กลาง	127 (48.1)	129 (48.9)	8 (3.0)		
	ใหญ่	21 (55.3)	16 (42.1)	1 (2.6)		
15. การดูแลสุขภาพระยะยาว และการดูแลแบบประคับคอง ตลอดจนระยะท้ายของชีวิต การดูแล และบริการภายหลังการเสียชีวิต	เล็ก	72 (56.3)	53 (41.4)	3 (2.3)	2.891	0.576
	กลาง	156 (59.1)	97 (36.7)	11 (4.2)		
	ใหญ่	23 (60.5)	15 (39.5)	0 (0)		
16. การจัดการบริการการแพทย์แผนไทย	เล็ก	56 (43.8)	56 (43.8)	16 (12.4)	3.737	0.443
	กลาง	128 (48.5)	106 (40.2)	30 (11.3)		
	ใหญ่	20 (52.6)	17 (44.8)	1 (2.6)		
17. กายภาพบำบัด	เล็ก	30 (23.4)	79 (61.7)	19 (14)	6.433	0.169
	กลาง	91 (34.5)	134 (50.8)	39 (14.8)		
	ใหญ่	15 (39.5)	18 (47.4)	5 (13.2)		
18. การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ. แม่ข่าย ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	เล็ก	43 (33.6)	80 (62.5)	5 (3.9)	11.921	0.018
	กลาง	108 (40.9)	147 (55.7)	9 (3.4)		
	ใหญ่	18 (47.4)	15 (39.5)	5 (13.2)		
19. ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (laboratory)	เล็ก	43 (33.6)	76 (59.4)	9 (7.0)	0.743	0.946
	กลาง	98 (37.1)	150 (56.8)	16 (6.1)		
	ใหญ่	15 (39.5)	21 (55.3)	2 (5.3)		
20. การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค	เล็ก	71 (55.5)	55 (43.0)	2 (1.6)	3.269	0.514
	กลาง	165 (62.5)	95 (36.0)	4 (1.5)		
	ใหญ่	26 (68.4)	11 (28.9)	1 (2.6)		
21. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	เล็ก	68 (53.1)	56 (43.8)	4 (3.1)	0.297	0.990
	กลาง	142 (5.8)	116 (43.9)	6 (2.3)		
	ใหญ่	21 (55.3)	16 (42.1)	1 (2.6)		
22. ระบบสารสนเทศสำหรับการจัดการสุขภาพ (health management information system) เช่น ข้อมูลในชุมชน ข้อมูลในสถานบริการ ข้อมูลการลงทะเบียนสมาชิก ฯลฯ	เล็ก	70 (54.7)	55 (43.0)	3 (2.3)	1.252	0.870
	กลาง	153 (58.0)	101 (38.3)	10 (3.8)		
	ใหญ่	22 (57.9)	15 (39.5)	1 (2.6)		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์กรบริหารส่วนจังหวัดตามผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดของ รพ.สต. (ต่อ)

รายการ	ขนาดของ รพ.สต.	มาก จำนวน (ร้อยละ)	พอดี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
23. การจัดการบันทึกเวชระเบียน และสิทธิบัตร ของผู้ป่วยและประชากรที่ดูแลรับผิดชอบงาน หลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง	เล็ก	58 (45.3)	67 (52.3)	3 (2.3)	6.410	0.171
	กลาง	153 (58.0)	106 (40.2)	5 (1.9)		
	ใหญ่	20 (52.6)	18 (47.4)	0 (0)		
24. บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การช่วย ฟื้นคืนชีพ การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน	เล็ก	46 (35.9)	76 (59.4)	6 (4.7)	5.479	0.242
	กลาง	127 (48.1)	126 (47.7)	11 (4.2)		
	ใหญ่	18 (47.4)	18 (47.4)	2 (5.3)		
25. การบริหารยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่น ๆ	เล็ก	53 (41.4)	71 (55.5)	4 (3.1)	5.752	0.218
	กลาง	136 (51.5)	117 (44.3)	11 (4.2)		
	ใหญ่	18 (47.4)	17 (44.7)	3 (7.9)		
26. การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเจ็บป่วย ฉุกเฉินและภัยพิบัติตามแผน หลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	เล็ก	48 (37.5)	74 (57.8)	6 (4.7)	4.712	0.318
	กลาง	129 (48.9)	126 (47.7)	9 (3.4)		
	ใหญ่	17 (44.7)	20 (52.6)	1 (2.6)		
27. งานอนามัยสิ่งแวดล้อม การดูแลน้ำและสุขาภิบาล	เล็ก	54 (42.2)	69 (53.9)	5 (3.9)	4.000	0.406
	กลาง	133 (50.4)	121 (45.8)	10 (3.8)		
	ใหญ่	16 (42.1)	19 (50.0)	3 (7.9)		
28. การจัดการขยะและขยะติดเชื้อ	เล็ก	62 (48.4)	64 (50.0)	2 (1.6)	6.939	0.139
	กลาง	162 (61.4)	96 (36.4)	6 (2.3)		
	ใหญ่	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)		
29. การให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหาของ ประชาชนในพื้นที่	เล็ก	78 (60.9)	47 (36.7)	3 (2.3)	2.303	0.680
	กลาง	180 (68.2)	80 (30.3)	4 (1.5)		
	ใหญ่	24 (63.2)	13 (34.2)	1 (2.6)		
30. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	เล็ก	81 (63.3)	47 (36.7)	0 (0)	3.418	0.490
	กลาง	180 (68.2)	81 (30.7)	3 (1.1)		
	ใหญ่	27 (71.1)	11 (28.9)	0 (0)		
31. การจัดการบริการสุขภาพพร้อมกัน โดยชุมชน และภาคีเครือข่าย	เล็ก	84 (65.6)	42 (32.8)	2 (1.6)	0.903	0.924
	กลาง	175 (66.3)	86 (32.6)	3 (1.1)		
	ใหญ่	27 (71.1)	11 (28.9)	0 (0)		
32. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	เล็ก	63 (49.2)	62 (48.4)	3 (2.3)	4.411	0.353
	กลาง	159 (60.2)	99 (37.5)	6 (2.3)		
	ใหญ่	22 (57.9)	15 (39.5)	1 (2.6)		
33. การจัดทำโครงการพิเศษตามนโยบาย	เล็ก	70 (54.7)	52 (40.6)	6 (4.7)	1.029	0.905
	กลาง	149 (56.4)	102 (38.6)	13 (4.9)		
	ใหญ่	22 (57.9)	15 (39.5)	1 (2.6)		
34. การดำเนินงานตามระบบประกันคุณภาพ	เล็ก	58 (45.3)	65 (50.8)	5 (3.9)	8.254	0.083
	กลาง	148 (56.1)	113 (42.8)	3 (1.1)		
	ใหญ่	22 (57.9)	14 (36.8)	2 (5.3)		

AIDS = acquired immunodeficiency syndrome, CKD = chronic kidney disease, DM = diabetes mellitus, HIV = human immunodeficiency virus, HT = hypertension, IC = infection control, NCDs = non-communicable diseases



จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ. จำแนกตามขนาดของ รพ.สต. พบว่า ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน มีเพียงความสามารถให้บริการรักษาพยาบาล ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั้งเฉียบพลันและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง บริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม และการบริหารจัดการ งานคุ้มครองผู้บริโภค ระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ. แม่ข่ายร่วมกับ รพ.สต. ที่มีความแตกต่างกันตามขนาดของ รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย รพ.สต. ที่มีขนาดใหญ่กว่ามีแนวโน้มที่จะมีความพร้อมมากกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ด้านความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

ในการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐาน สามารถสรุปได้ว่า

1.1 ด้านงบประมาณ พบว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการวางแผนการจัดสรรงบประมาณและเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาด้านโครงสร้างและอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดสรรบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพ โดยการจ้างเพิ่มในตำแหน่งที่ขาด แต่ยังไม่สามารถเติมเต็มได้เนื่องจากเมื่อประกาศรับแล้วยังไม่มีผู้สมัครในบางตำแหน่ง

1.2 ด้านการสนับสนุนการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ในช่วงเปลี่ยนผ่านในระยะแรกนั้น อบจ. ควรมีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สนับสนุนการให้บริการในลักษณะเดิมในรูปแบบของเครือข่ายไปก่อน และมีการวางแผนพัฒนาในระยะต่อไป เพื่อให้การบริการสุขภาพสำหรับประชาชนไม่น้อยกว่าเดิมตามที่ประชาชนเคยได้รับก่อนถ่ายโอน

1.3 ด้านการควบคุมการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ อบจ. ยังมีข้อจำกัดในการกำกับกรให้บริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในช่วงแรก เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยขอให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นที่เล็งในการกำกับมาตรฐาน ปัจจุบันใช้เกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ตีตดาว แต่ก็ยังพบว่าเกณฑ์การประเมินบางข้อไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

บุคลากรในกองสาธารณสุขของ อบจ. มีไม่เพียงพอที่จะทำหน้าที่กำกับติดตามการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. กองสาธารณสุขได้วางแผนการกำกับติดตามโดยใช้เกณฑ์ รพ.สต. ตีตดาว ร่วมกับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และการประเมินตามบริบทของพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการภายนอกที่มีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมประเมินคุณภาพ และอาจใช้รูปแบบภาคีเครือข่ายรูปแบบเดิมที่มีทีมพี่เลี้ยงสนับสนุน นอกจากนี้การควบคุมมาตรฐานการบริการนั้น ภาคประชาชนซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์ควรจะต้องมีส่วนร่วมด้วย

“ตอนนี้ใช้ รพ.สต. ตีตดาว มีแนวโน้มว่าจะรวมเกณฑ์ของ สรพ. [สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล] และ สสป.[สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ] ให้เป็นเกณฑ์เดียวกัน รวมเกณฑ์การขึ้นทะเบียนกับเกณฑ์คุณภาพ ให้เป็นเกณฑ์คุณภาพ ที่นี้เวลาจะลงประเมิน จะต้องให้สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญา CUP [contracting unit for primary care] ช่วยดูแล” (02-03-03)

“ถ้าเป็นรูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการก็ควรใช้รูปแบบเดิมประเมิน รูปแบบการประเมินคุณภาพ ก็จะมีการประเมินตนเอง มีทีมพี่เลี้ยงให้คำแนะนำแลกเปลี่ยนเรียน

รู้ มีการประเมินระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและรายงาน กระทรวงว่าผ่านมาตรฐานหรือไม่” (02-02-03)

2. ความพร้อมและศักยภาพของ รพ.สต. ในการจัดบริการ

2.1 ปัจจุบัน การให้บริการปฐมภูมิใน รพ.สต. ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการให้บริการต้องอาศัยการทำงานของทีมสหวิชาชีพ (ทีมหมอครอบครัว) หากวิเคราะห์บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ปัจจุบันพบว่า มีเพียงพยาบาล นวก. แพทย์แผนไทย และทันตภิบาล ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการให้บริการตามมาตรฐานของ พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

2.2 การให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่รุนแรงและสามารถควบคุมอาการได้ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ. หรือ รพช.) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ ร่วมให้บริการประชาชนในพื้นที่ เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ อาจส่งผลกระทบต่อให้บริการสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะการรักษาโรคเรื้อรัง การให้บริการทันตกรรม การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งต้องมีการควบคุมมาตรฐานในช่วงเปลี่ยนผ่าน

“หลังจากมีการถ่ายโอน คิดว่า รพ.สต. ก็ยังคงทำงานประจำตามภารกิจเดิมที่เคยทำคือ การให้บริการประชาชนและต้องทำงานตามปัญหาในพื้นที่และผลักดันการบริการตามความเด่นของงานในพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ส่วน อบจ. ก็สนับสนุนให้กำลังคน ของ วัสดุและงบประมาณตามความต้องการของ รพ.สต. นั้นๆ” (03-02-01)

“สหวิชาชีพต่างๆ ที่ต้องมีตามปฐมภูมิมิครบ แต่ที่ขาดแน่ๆ คือแพทย์ ต้องดูว่าหลังถ่ายโอนแล้วจะตกลงกันอย่างไร ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอ บทบาท อำนาจหน้าที่ การดำเนินงานตามกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ

สาธารณสุข มีพยาบาล 1 คน ทั้งหมดสามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ บางอย่างทำนอกเหนือวิชาชีพแต่ได้รับความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หากย้ายไป อบจ. อาจจะทำให้การบริการพยาบาลลดลง” (02-03-01)

2.3 รพ.สต. ส่วนใหญ่มั่นใจว่าจะสามารถให้บริการประชาชนได้ดีขึ้นในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน ประชาชนคาดหวังการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น แต่บางพื้นที่ยังมีความกังวลในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ประสบความสำเร็จ จึงคิดว่ากระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นที่เล็งในช่วงแรก และยังคงต้องอาศัยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

“การให้บริการตามภารกิจต้องมีคุณภาพไม่ลดลงไปจากเดิม ใน รพ.สต. ระดับ S และระดับ M น่าจะรักษามาตรฐานการให้บริการของเค้าได้แต่ รพ.สต. ขนาด L มีเรื่องการรักษาซึ่งหากจะรักษามาตรฐานการบริการให้คงเดิมยังต้องให้บริการร่วมกันในรูปแบบ CUP และต้องมีที่เล็งเป็นกระทรวงสาธารณสุข” (02-04-04)

3. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ควรมีความชัดเจนและมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างมีคุณภาพ

3.1 คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ควรกำกับการดำเนินการถ่ายโอนให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการถ่ายโอน สนับสนุนการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมปัญหาของพื้นที่ และพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยให้ อบจ. รพ.สต. มีส่วนร่วม จัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาบุคลากร วางยุทธศาสตร์และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และดำเนินการจัดประชุม กสพ. อย่างเร่งด่วน เพื่อให้การดำเนินงานราบรื่น



3.2 ควรจัดตั้งคณะกรรมการบริหารงาน รพ.สต. เป็นภาพโซนโดยมีตัวแทนจาก รพ.สต. อบจ. และภาคประชาชน ร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนางานหลังการถ่ายโอน ให้คณะทำงานระดับอำเภอ (สสอ.) เป็นพี่เลี้ยง โดยโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ เพื่อรักษามาตรฐานวิชาชีพและให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

“ช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอน อบจ. ต้องเดินคู่กันกับ สธ.[สาธารณสุข] ในทุกๆ เรื่อง ทั้งเรื่องการบริหารจัดการ การงบประมาณ แผนพัฒนาการทำงานของ รพ.สต. เราวางแผนว่าที่ทำงานประสานกันตรงนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ปีน่าจะดีขึ้น” (03-03-04)

3.3 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ควรให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน เนื่องจากเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

“ควรมีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยทีมที่หลากหลาย เช่น ผู้บริหาร ผู้รับบริการ สธ. อบจ. และการประเมิน ควรประเมินเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มต้น ไม่ควรประเมินครั้งเดียวแบบที่เป็นอยู่เพราะไม่สามารถที่จะพัฒนาได้ทันตามการประเมิน คณะกรรมการชุดนี้ควรประเมินทั้งหน่วยบริการที่สังกัดทั้ง สธ. และ อบจ. ไม่ควรใช้คณะกรรมการคนละชุด” (02-04-01)

“ต้องมาจากสองส่วนมาร่วมกันก่อนทั้งสาธารณสุข และ อบจ. ต้องมีระบบที่ดี ชัดเจน ประชาชนเป็นตัววัด ประชาชนต้องมีบทบาทในการประเมิน ต้องกล้าพูด มีอิสระในการคิด” (02-01-04)

3.4 การสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพให้ประชาชนเข้าใจถึงการมารับบริการสุขภาพที่ รพ.สต. สังกัด อบจ. เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมความสำเร็จของการดำเนินงานตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและเพิ่มการมีส่วนร่วมในการใช้บริการ ส่งผลให้ระบบสุขภาพ

ปฐมภูมิมี่ความเข้มแข็งและมีคุณภาพตามมาตรฐาน

“พยายามที่จะสื่อสารให้กับผู้นำชุมชน อยากรให้เค้ารับบริการที่ รพ.สต. ลดแออัด ในส่วนของบุคลากรก็ต้องสื่อสารทำความเข้าใจให้เกิดความมั่นใจใช้รูปแบบ CUP” (02-03-01)

4. ข้อเสนอแนะจาก รพ.สต.

เพื่อการส่งเสริมการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและราบรื่น สามารถแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

4.1 ด้านนโยบาย

ผู้รับผิดชอบควรเตรียมความพร้อม และจัดอบรมชี้แจงแนวทางถ่ายโอนที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติก่อนการถ่ายโอน รวมถึงการสื่อสารทำความเข้าใจกับภารกิจร่วมกัน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกันได้ดี

4.2 ด้านการบริหาร

ควรมีการวางระบบการถ่ายโอน และเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหาในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ลดข้อขัดแย้ง และดำเนินการแก้ไขระเบียบต่างๆ ให้เรียบร้อย รวมถึงสร้างเครือข่ายสุขภาพที่ครอบคลุม ลดรอยต่อและช่องว่างของการบริการ เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนและเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทำงานอย่างมีความสุข

4.3 ด้านงบประมาณ

ควรวางแผนงบประมาณ กำลังคน และวัสดุครุภัณฑ์ ในช่วงเปลี่ยนผ่านเพื่อลดผลกระทบต่อผู้รับบริการ ควรปรับปรุงโครงสร้างให้มีความพร้อม และเพียงพอในการบริการแก่ประชาชน

4.4 ด้านบุคลากร

ควรจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอตามเกณฑ์ของขนาด รพ.สต. และจัดอัตรากำลังสายสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ เพื่อให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่และส่งเสริมความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและขวัญกำลังใจของบุคลากร

4.5 ด้านระบบบริการและระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

อบจ. ควรจัดระบบศูนย์กลางสำหรับการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลสุขภาพ บูรณาการและปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4.6 ด้านการกำกับมาตรฐาน

บุคลากรในกองสาธารณสุขของ อบจ. มีจำนวนไม่มากพอที่จะทำหน้าที่ในการกำกับติดตามการให้บริการตามมาตรฐานปฐมภูมิของ รพ.สต. ดังนั้น อบจ. ควรทำความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ในการวางแผนและสนับสนุนทางด้านวิชาการและบุคลากร ในการประเมิน กำกับ และพัฒนาการบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการกำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์และข้อยุติ

1. ความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต.

รพ.สต. ที่กำลังจะถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีความพร้อมทางด้านโครงสร้างในการสนับสนุนการให้บริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ รพ.สต. ส่วนใหญ่คิดว่ามีความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้เท่าเดิมและมากขึ้นในทุกๆ งาน มีเพียงบริการทันตกรรมที่คิดว่าสามารถให้บริการได้ลดลง ภายหลังการถ่ายโอนนั้น รพ.สต. ทุกแห่งยังไม่มีแพทย์และทันตแพทย์ บางแห่งในพื้นที่ที่ศึกษาไม่มีพยาบาลวิชาชีพ ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงานเพื่อรองรับงานตามนโยบายเพิ่มคุณภาพการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่า ภายหลังถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว มีปัญหาบุคลากรให้บริการสุขภาพไม่เพียงพอ⁽⁸⁾ ซึ่งความพร้อมด้านบุคลากรเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ตามกรอบแนวคิดและตัวชี้วัดสำหรับการวัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อการพัฒนาขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ การขาดความพร้อมด้านบุคลากรด้านการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่ได้มีเพียงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่านั้น แต่ยังต้องให้บริการสุขภาพครอบคลุม 5 ภารกิจหลัก ได้แก่ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง โดยให้การดูแลครอบคลุมในทุกช่วงวัย หากไม่สามารถสรรหาบุคลากรมาทดแทนตามกรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ได้ ก็จะส่งผลให้การให้บริการมีข้อจำกัด บุคลากรที่มีอยู่ต้องรับภาระงานมากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและลดทอนประสิทธิภาพในการให้บริการและไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างเต็มที่ คุณภาพของการบริการลดลง ส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที ทำให้ประชาชนต้องไปรับการรักษาใน รพช. หรือ รพศ. เกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล ที่ผ่านมา พบว่า รพ.สต. ขนาดใหญ่เท่านั้นที่มีความพร้อมในการให้บริการ โดยสามารถให้บริการสุขภาพได้หลากหลายกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก⁽¹⁰⁾ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อความพร้อมในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามมาตรฐานทั้งสิ้น ด้วยเหตุนี้ในระยะแรกจึงควรดำเนินการให้บริการในรูปแบบเดิมไปก่อน และในระยะถัดไป 3 ปี ควรมีการวางแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิตามพรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ภายใต้การกำกับ



ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง พบว่า เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ แต่การให้บริการส่วนใหญ่พบว่าดีขึ้น เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถรับบริการใกล้บ้านได้ โดยเฉพาะการเข้าถึงวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น รวมถึงการจัดโครงการส่งเสริมและป้องกันโรค และการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน แต่ปัญหาที่พบคือทักษะทางวิชาชีพและพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ลดลง⁽¹¹⁾ จากการศึกษาในประเทศไนจีเรียพบว่า การกระจายอำนาจทำให้ท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการจัดสรรทรัพยากร และสามารถวางแผนการจัดการโดยการวางแผนที่เริ่มต้นจากระดับล่างขององค์กรแล้วเสนอขึ้นไปเป็นลำดับขั้นจนถึงผู้บริหารระดับสูงขององค์กร บุคลากรทางสุขภาพมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ลดขั้นตอนการตัดสินใจ แต่ก็ยังมีปัจจัยที่ขัดขวางการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสม บุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ รวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน และมีการแทรกแซงทางการเมือง⁽⁴⁾ ดังนั้น เพื่อให้ รพ.สต. สามารถให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการสนับสนุนและจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ

2. ความพร้อมและศักยภาพของ อบจ. ในการสนับสนุน และควบคุมกำกับการทำงานตามมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

อบจ. มีความพร้อมในการสนับสนุนการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. โดยเฉพาะโครงสร้างอาคารสถานที่ และเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ โดยมีการวางแผนจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการให้

บริการ เป็นการแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจและความพร้อมในการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของ รพ.สต. อย่างไรก็ตาม แม้ว่า อบจ. จะมีความพร้อมในด้านทรัพยากรและการจัดสรรงบประมาณ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในด้านการควบคุมกำกับการทำงานตามมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อจำกัดเหล่านี้เกิดจากการขาดประสบการณ์ของผู้นำในบางพื้นที่ในการบริหารงานด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานของ รพ.สต. การบริหารงานด้านสุขภาพปฐมภูมินั้นไม่เพียงแต่ครอบคลุมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการจัดทำแผนงานที่มีประสิทธิภาพด้วย การขาดประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการบริหารงานด้านสุขภาพของผู้นำในบางพื้นที่ทำให้การจัดทำแผนและการจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างไม่สอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ประชาชนได้รับ ผู้นำที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพอาจไม่สามารถมองเห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ชัดเจน ส่งผลให้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาไม่ถูกต้อง และทำให้การจัดทำแผนงานและงบประมาณไม่ตรงตามความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกลุ่มลาตินอเมริกา ที่พบว่าหากผู้นำท้องถิ่นไม่ได้รับการอบรมหรือไม่มีประสบการณ์ในการบริหารงานด้านสุขภาพ อาจทำให้การตัดสินใจไม่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพได้⁽¹²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการกระจายอำนาจอาจนำไปสู่ปัญหา การทุจริตและความไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารงาน เนื่องจากการขาดกลไกสนับสนุนความรับผิดชอบที่ชัดเจน การตัดสินใจจะต้องเป็นไปในลักษณะที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน⁽¹³⁾ ในต่างประเทศ มีการควบคุมคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประกอบด้วยการกำกับมาตรฐานโดยองค์กรระดับประเทศ ซึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินคุณภาพการบริการ โดยใช้กรอบระยะเวลาที่ชัดเจนและกลไกการสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพด้วยความโปร่งใสและยุติธรรม มีการควบคุมคุณภาพภายในผ่านกระบวนการตรวจสอบทางสังคม (social audit) ซึ่งเป็นการทำประชาพิจารณ์ร่วมกันโดยบุคคลและกลุ่มบุคคลในการประเมินโครงการของรัฐบาล สำหรับการควบคุมคุณภาพภายนอก ดำเนินการโดยองค์กรส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังต้องมีมาตรฐานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการปฏิบัติงาน (standard operating procedures: SOP) สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน⁽¹⁴⁾

ดังนั้น แม้ว่า อบจ. จะมีความพร้อมในด้านทรัพยากร และการจัดสรรงบประมาณ แต่การขาดประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการบริหารงานด้านสุขภาพของผู้ว่า ในบางพื้นที่ยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของ รพ.สต. การพัฒนาความรู้และทักษะในการบริหารงานด้านสุขภาพให้แก่ผู้นำในพื้นที่ต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้การสนับสนุนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้อง กับความต้องการของชุมชน และควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะให้มีความเข้าใจในอำนาจของตนเองในเรื่องสุขภาพ และมีบทบาทในการตัดสินใจ ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการจัดลำดับความ สำคัญของปัญหาจึงมีความสำคัญ⁽³⁾

3. ความสำคัญของการบูรณาการการจัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจอาจยังมีข้อจำกัดในบาง เรื่อง เช่น ด้านบุคลากร การให้บริการตามมาตรฐาน รวมถึงการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ การบูรณาการการจัด บริการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลแม่ข่ายจึง

เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพให้ กับประชาชน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน และครอบคลุมในทุกมิติ โดยอาศัยความร่วมมือแบบพันธมิตรพยาบาลบุคคล ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งบุคลากรมาสนับสนุนการให้ บริการใน รพ.สต. และการสนับสนุนด้านวิชาการ การฝึกอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นโดยผู้เชี่ยวชาญของ โรงพยาบาลแม่ข่าย สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของ การกระจายอำนาจต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิใน ประเทศจีน พบว่า ถึงแม้ว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ไปยังองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจะสามารถให้บริการ สุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แต่ยังคงเกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากร ดังนั้นการสนับสนุนจากส่วนกลางจึงมีความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและเท่า เทียมกัน⁽¹³⁾ การร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ ข่าย ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ที่ครอบคลุม และมีระบบส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย ช่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการจัดระบบส่ง ต่อที่มีมาตรฐาน ระหว่างหน่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย และส่งผลต่อ การพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁽¹⁵⁾

โรงพยาบาลแม่ข่ายยังสามารถสนับสนุนการจัดหายา และเวชภัณฑ์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถ สั่งซื้อได้ในปริมาณมากและลดต้นทุน และยังสามารถช่วย รพ.สต. ในการจัดเก็บยาและแจกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ให้กับ รพ.สต. ทำให้มีความพร้อมในการให้บริการกับ ประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการ เบิกจ่ายยาเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า รพ.สต. มียาและเวชภัณฑ์สำหรับให้บริการพร้อมใช้ อย่างสม่ำเสมอ ลดปัญหาการขาดเวชภัณฑ์และลดปัญหา



เวชภัณฑ์หมดอายุเพราะลดการสะสมของเวชภัณฑ์จากการที่เบิกปริมาณไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น นอกจากนี้แล้วทำให้ทราบความต้องการเวชภัณฑ์ล่วงหน้า ส่งผลให้สามารถวางแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้โรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถสนับสนุนการกำกับติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิให้กับ รพ.สต. ทำการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้สามารถระบุปัญหาและสามารถดำเนินการแก้ไขได้ทันที่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การประเมินความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดของ รพ.สต. เป็นการประเมินโดยใช้การประเมินตนเองของ รพ.สต. ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงควรมีการประเมินติดตามความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิด้วยวิธีการอื่นด้วย

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ที่ประสงค์จะถ่ายโอนไปยัง อบจ. ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการประเมินตั้งแต่การถ่ายโอนยังไม่เกิดขึ้น เป็นการประเมินในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะมีประสบการณ์ในการให้บริการตามระบบใหม่ ซึ่งในการให้บริการจริงอาจมีปัญหาคอขวดที่ไม่ได้คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินติดตามการให้บริการตามมาตรฐานในระยะเวลา 6 เดือนและเป็นการประเมินตามสภาพจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สองหน่วยงานนี้ควรพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกัน โดยร่วมกันกำหนดมาตรฐานบริการ

สุขภาพปฐมภูมิที่ อบจ. ต้องปฏิบัติตามอย่างชัดเจน โดยกระทรวงสาธารณสุข ให้การสนับสนุนทางวิชาการและการกำกับดูแลมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ สร้างฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล รวมถึงการประสานงานกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในการถ่ายโอนภารกิจและกำกับดูแลการปฏิบัติงานของ อบจ. ส่วนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทำหน้าที่วางแผนและจัดการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพปฐมภูมิให้แก่ อบจ. อย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมในการประเมินผลและเสนอแนะแนวทางในการพัฒนา

1.2 ข้อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ให้ดำเนินการกำกับถ่ายโอนให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการถ่ายโอน สนับสนุนการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมปัญหาของพื้นที่ และพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ มีการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด และจัดตั้งโครงสร้างการกำกับดูแลที่ชัดเจน

1.3 ข้อเสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้มีการจัดทำกลไกในระดับจังหวัดในการจัดการด้านการเงิน การจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ หรือครุภัณฑ์อื่นๆ ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยจัดทำเป็นกลุ่มพื้นที่เพื่อให้สามารถนำเงินงบประมาณจากพื้นที่อื่นมาช่วยเหลือพื้นที่ขาดแคลน โดยเฉพาะในหน่วยบริการขนาดเล็กที่มีประชากรรับผิดชอบน้อย จะทำให้มีเงินเหลื่อมจ่ายรายหัวน้อย หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล ต้องใช้งบประมาณในการบริหารจัดการสูงเมื่อเทียบกับหน่วยบริการที่อยู่ในเมืองหรือตำบลใหญ่ๆ มีประชากรมาก ซึ่งหน่วยบริการที่ได้รับงบประมาณน้อยมักจะอยู่ไม่ได้ด้วยเงินที่มาจากบริการของหน่วยนั้นๆ เพียงลำพัง

1.4 ข้อเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อบจ. และ รพ.สต. ร่วมดำเนินการวางแผน โดยเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ และสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพระดับพื้นที่ เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านสาธารณสุข ทั้งด้านการบริหารและการบริการ มีมาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพ เพื่อรักษามาตรฐานวิชาชีพในช่วงและหลังการถ่ายโอน รวมถึงร่วมกันวางแผนการใช้งบประมาณและทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

1.5 ข้อเสนอต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ให้บูรณาการการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกัน โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนบุคลากร ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ให้การสนับสนุนทางวิชาการและการฝึกอบรมแก่บุคลากรของ รพ.สต. รวมถึงร่วมจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการรักษาไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

1.6 เสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ร่วมกันวางแผนในการเตรียมความพร้อมทั้งเรื่องจำนวนบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์และพยาบาล และจำนวนบุคลากรสายสนับสนุน เช่น จพ.ธุรการ/จพ.การเงินและบัญชี เพื่อสนับสนุนการให้บริการตามภารกิจ รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะของบุคลากรสายวิชาชีพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้การรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยทั้งเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ทัศนศรัทธา และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพ.สต. ขนาดเล็ก

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามประเมินความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดของ รพ.สต. ในระยะเวลา 6 เดือนและเป็นการประเมินตาม

สภาพจริง

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการบริการตามมาตรฐานตามความจำเป็นต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2.3 ควรพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในภาคประชาชน สร้างความตระหนักในบทบาทของพลเมืองและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน และส่งเสริมบทบาทภาคประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจ ในสิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพของตนเอง

2.4 ควรมีการศึกษาถึงการสร้างกลไกในการบริหารจัดการของ อบจ. กับ รพ.สต. ในแต่ละพื้นที่ (ระดับอำเภอ) เพื่อให้ทราบรูปแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการให้บริการที่มีมาตรฐาน และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้สนับสนุนทุนดำเนินการวิจัย

References

- Office of the Permanent Secretary and Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Criteria and procedures for transferring Chaloe Phrakiat Health Center 60th Anniversary Nawamintharachinee and health promoting hospital to the provincial administrative organization. Bangkok: Government House; 2021. (in Thai)
- Primary Health Care Act B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136 Chapter 56 Kor. p. 165-185. (Apr 26, 2019). (in Thai)
- McCullum R, Limato R, Otiso L, Theobald S, Taegtmeier M. Health system governance following devolution: comparing experiences of decentralisation in Kenya and Indonesia. *BMJ Glob Health* 2018;3(5):e000939. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000939.
- Frumence G, Nyamhanga T, Mwangi M, Hurtig AK. Challenges



- to the implementation of health sector decentralization in Tanzania: experiences from Kongwa district council. *Glob Health Action*. 2013;6(1):20983. doi: 10.3402/gha.v6i0.20983.
5. Ghuman BS, Singh R. Decentralization and delivery of public services in Asia. *Policy and Society*. 2013;32(1):7-21.
 6. Bureau of Primary Health System Support, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The handbook for guidelines on development the health promotion hospital B.E. 2564 [internet]. 2021 [cited 2022 Aug 21]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1aCDXtrAjl-YPLDgn403Jz-d_6fEWp4U3J/view. (in Thai)
 7. Sawaengdee K, Sarakshetrin A, Rongmuang D, Chantra R, Kunlaka S, Rajataramya B, et al. A study of workload, sufficiency of manpower and human resource management in district health promotion hospital. *Journal of Health and Nursing Research* [internet]. 2019 Apr 5 [cited 2022 Nov 25];35(2):174-83. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/215460/149929>. (in Thai)
 8. Kolhmainen-Aitken R L. Decentralization's impact on the health workforce: perspectives of managers, workers, and national leaders. *Hum Resour Health* 2004;2:5. doi: 10.1186/1478-4491-2-5.
 9. World Health Organization. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens [internet]. 2022 [cited 2022 Jul 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>.
 10. Morgan CL, Beerstecher HJ. Practice size and service provision in primary care: an observational study. *The British Journal of General Practice*. 2009;59:e71-e77. doi.org/10.3399/bjgp09X419538.
 11. Cobos Munˆoz D, Merino Amador L, Monzon Llamas L, Martinez Hernandez D, Santos Sancho JM. Decentralization of health systems in low and middle income countries: a systematic review. *Int J Public Health* 2017;62:219-29. doi 10.1007/s00038-016-0872-2.
 12. Sapkota S, Dhakal A, Rushton S, van Teijlingen E, Marahatta SB, Balen J, et al. The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews. *BMJ Global Health*. 2023 Dec 1;8(12):e013317.
 13. Oliveira R, Santinha G, S Marques T. The impacts of health decentralization on equity, efficiency, and effectiveness: a scoping review. *Sustainability*. 2023;16(1):386.
 14. Gopalakrishnan S, Udayshankar PM, Rama R. Standard treatment guidelines in primary healthcare practice. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;3(4):424-9.
 15. Diaz J, Fava L, Iuliano P, Vilches D, Terzaghi MA, Rosso J. A patient referral and counter-referral management system for hospitals. *Proceedings of the InENTERprise Information Systems: International Conference, CENTERIS 2011 Part III; 2011 Oct 5-7; Vilamoura, Portugal*. Springer Berlin Heidelberg; 2011. p. 185-93.
 16. Siha W, Arparsrithongsakul S. Development of medical supplies system in health promotion hospitals from Kamalasai hospital by applying vendor managed inventory. *Research and Development Health System Journal*. 2020;13(1):670-82.