

การประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์*

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง^{*†}

เพ็ญนภา ศรีหรั่ง[‡]

บัณฑิต นิตยคำหาญ[‡]

มนพร ชาติขำนิ[§]

บุญเรือง ขาวนวล[¶]

อติญาณ์ ศรีเกษตริน[#]

ผู้รับผิดชอบบทความ: มนพร ชาติขำนิ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือพยาบาลวิชาชีพ 56 คนใน 4 จังหวัด และข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชน 400 คนใน 10 จังหวัด ใช้แบบสอบถามโครงสร้าง 7 ส่วน ประเมินคุณภาพบริการตามกรอบ SERVQUAL วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ t -test ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การถ่ายโอนฯ ไม่กระทบความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ การดูแลโรคเรื้อรัง และบริการฉุกเฉิน แต่พยาบาลมีภาระงานบริหารเพิ่มขึ้น และพบช่องว่างในการประสานงาน ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ความคาดหวังของประชาชนสูงกว่าการรับรู้จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.05$) โดยช่องว่างมากที่สุดอยู่ในด้านทรัพยากรที่จับต้องได้ อย่างไรก็ตาม ประชาชนยังคงพึงพอใจต่อภาพรวมการบริการ แต่มีความคาดหวังต่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่สูงขึ้น

คำสำคัญ: การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, คุณภาพการบริการสุขภาพ, ประสิทธิภาพ, สมรรถนะพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

¶ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received 2 February 2025; Revised 1 May 2025; Accepted 26 May 2025

Suggested citation: Sriyasak A, Sridawruang C, Sriring P, Nitkhamhan B, Chatchumni M, Khaonuan B, et al. Evaluation of health service quality and efficiency in sub-district health promoting hospitals post-transfer to provincial administrative organizations. Journal of Health Systems Research 2025;19(2):180-93.

อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, บัณฑิต นิตยคำหาญ, มนพร ชาติขำนิ, บุญเรือง ขาวนวล, และคณะ. การประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(2):180-93.

Evaluation of Health Service Quality and Efficiency in Sub-District Health Promoting Hospitals Post-Transfer to Provincial Administrative Organizations

Atcharawadee Sriyasak^{*}, Chaweewan Sridawruang[†], Pennapa Sriring[‡], Bandit Nitkhamhan[‡], Manaporn Chatchumni[§], Boonruang Khaonuan[¶], Atiya Sarakshetrin[#]

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Yala Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[†] Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[‡] Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Science, Praboromarajchanok Institute

[§] School of Nursing, Rangsit University

[¶] Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

[#] Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Manaporn Chatchumni, manaporn@rsu.ac.th

Abstract

This mixed-methods study aimed to evaluate the quality and efficiency of healthcare services in sub-district health promoting hospitals (SHPHs) after their transfer to Provincial Administrative Organizations (PAOs). Qualitative data were collected through in-depth interviews with 56 registered nurses as key informants from four provinces, while quantitative data were obtained from 400 service users across 10 provinces using a structured questionnaire based on the SERVQUAL framework. Content analysis was applied for qualitative data and descriptive statistics with *t*-tests were used for quantitative analysis. The qualitative results indicated that service continuity in basic, chronic, and emergency care was maintained post-transfer, despite increased administrative burdens and coordination gaps among staff. Quantitative findings revealed that public expectations significantly exceeded actual perceptions across all service dimensions ($p < 0.05$), with the largest gaps in tangible resources. Overall, service users remained satisfied with healthcare services but expressed higher expectations for further quality improvements.

Keywords: sub-district health promoting hospital transfer, health service quality, efficiency, nursing competency

ภูมิหลังและเหตุผล

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการให้บริการสุขภาพทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความเป็นอิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการของหน่วยงานระดับท้องถิ่น⁽¹⁻⁴⁾ ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายและกรอบกฎหมายที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยไม่เพียงถ่ายโอนหน่วยงานและทรัพยากรไปให้ท้องถิ่นเท่านั้น แต่ยังเปิดโอกาสให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดการบริการสาธารณะด้วยตนเอง⁽⁵⁾ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 ซึ่งได้วางรากฐานให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างอิสระยิ่งขึ้น โดยแผนการ

กระจายอำนาจฉบับแรก (พ.ศ. 2543) และฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2551) ได้ระบุการถ่ายโอนภารกิจด้านการให้บริการสาธารณสุข การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อจากส่วนกลางไปสู่อปท. (องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล อบจ. กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา)⁽⁵⁾ ประเทศไทยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด และอยู่ในขอบข่ายการถ่ายโอนภารกิจไปสู่ อปท. ตามนโยบายข้างต้น เพื่อให้การบริหารจัดการสาธารณสุขสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น⁽⁶⁻⁸⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นไปอย่างล่าช้า โดยระหว่างปี พ.ศ. 2551–2563 มี รพ.สต. ถูกถ่ายโอนเพียง 130 แห่ง จากทั้งหมด 9,787 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการ ทั้งงบประมาณ บุคลากร และความพร้อมของพื้นที่⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ระบบเวชภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการได้ไม่เพียงพอ และข้อจำกัดในการบริหารงานบุคคลหลังการถ่ายโอน⁽⁹⁾

ช่องว่างความรู้ (gap of knowledge) เกี่ยวกับผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ต่อการจัดบริการสุขภาพยังคงมีอยู่ กล่าวคือ มีข้อมูลจำกัดว่าหลังการถ่ายโอนแล้ว คุณภาพการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและประสิทธิภาพในการจัดบริการ เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ แม้จะมีรายงานการประเมินบางส่วนที่ระบุว่า คุณภาพบริการบางด้านดีขึ้น หลังการถ่ายโอน แต่การศึกษาที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในบริบทการถ่ายโอนยังมีจำกัด⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพใน รพ.สต. หลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. โดยอาศัยกรอบแนวคิด SERVQUAL ในการประเมินคุณภาพการบริการจากมุมมอง

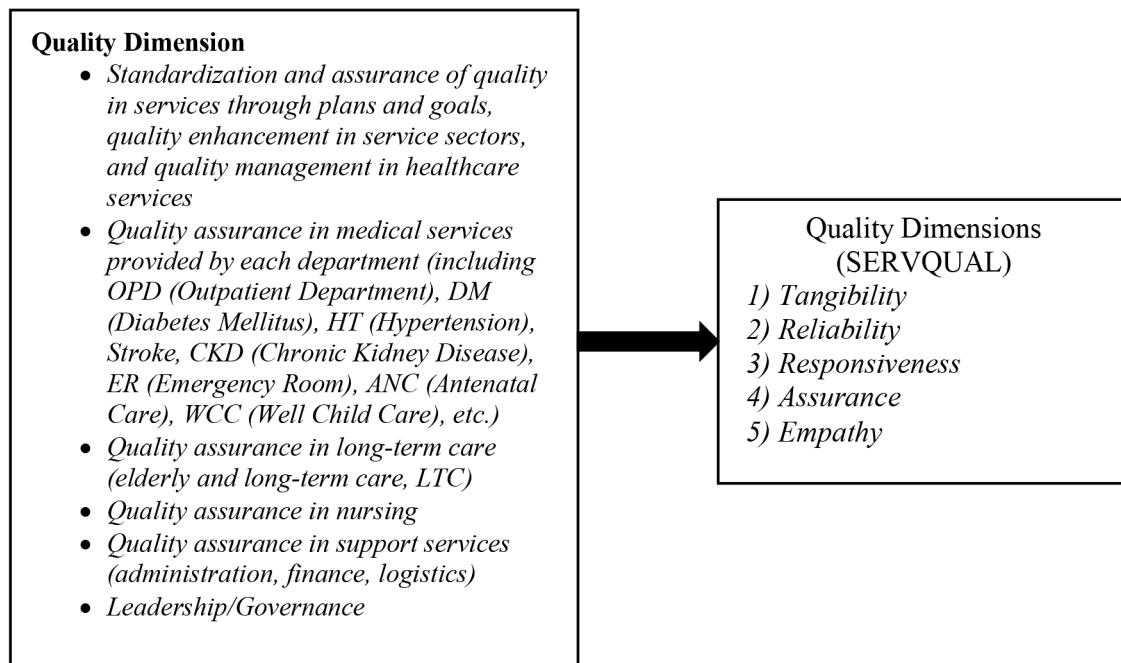
ของผู้รับบริการ และแนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์เชิงระบบและการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินประสิทธิภาพการจัดบริการ (เช่น การพัฒนาระบบงานและสมรรถนะในการทำงานของบุคลากร) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ภาพรวมของผลกระทบจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบต่อไป⁽¹²⁻¹⁷⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

กรอบแนวคิดของการศึกษา

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการตามรูปแบบของ SERVQUAL⁽¹⁸⁾ ซึ่งแบ่งการประเมินคุณภาพบริการออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibility) 2) ความน่าเชื่อถือ (reliability) 3) การตอบสนอง (responsiveness) 4) การสร้างความมั่นใจ (assurance) และ 5) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เพื่อนำมาใช้วัดคุณภาพบริการสุขภาพที่ประชาชนรับรู้และคาดหวังใน รพ.สต. หลังการถ่ายโอน นอกจากนี้ยังคำนึงถึงกรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน (quality and outcome framework, QOF)⁽¹¹⁾ ในการพิจารณาประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ เช่น การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน กรอบแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการออกแบบวิธีการศึกษาและเครื่องมือวิจัย เพื่อให้การประเมินครอบคลุมทั้งมิติด้านคุณภาพการบริการและประสิทธิภาพเชิงระบบของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. ดังแสดงในภาพที่ 1



หมายเหตุ: สำหรับการศึกษา “การประเมินคุณภาพ” หมายถึง การวัดระดับคุณภาพของการบริการสุขภาพที่ประชาชนรับรู้เมื่อเทียบกับที่คาดหวัง ตามองค์ประกอบคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้านของ SERVQUAL ส่วน “ประสิทธิภาพ” หมายถึง ความสามารถของระบบบริการในการใช้ทรัพยากรที่มีให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพได้อย่างคุ้มค่าและราบรื่น ทั้งในด้านการจัดระบบบริการและการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพ

Figure 1 Conceptual framework of the study

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงลำดับขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสำรวจภาพรวม และต่อยอดด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกประเด็นสำคัญ โดยมุ่งเน้นให้เข้าใจผลกระทบของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. อย่างครอบคลุม ทั้งด้านคุณภาพการบริการและประสิทธิภาพการดำเนินงาน ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลหัวหิน (COA No. 0011/2566, อนุมัติวันที่ 18 เมษายน 2566) การศึกษาประกอบด้วยสองระยะ ได้แก่ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ระยะที่ 1: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนผู้มารับบริการที่ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอน โดยผู้วิจัยได้กำหนดการคัดเลือกจังหวัดตัวอย่างให้ครอบคลุมสัดส่วนการถ่ายโอนที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอน 100% (ร้อยเอ็ด, มุกดาหาร) (2) กลุ่มที่ถ่ายโอน 50–93% (มหาสารคาม, แพร่) และ (3) กลุ่มที่ถ่ายโอนน้อยกว่า 50% (นครปฐม, พัทลุง, ประจวบคีรีขันธ์, ลำพูน, นครพนม, สตูล) รวม 10 จังหวัดจากทุกภูมิภาคของประเทศ จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างประชาชนทั้งหมด 400 คน โดยมี **เกณฑ์การคัดเข้า** ได้แก่ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปี (เพื่อให้มีประสบการณ์ต่อระบบบริการในพื้นที่) (2) เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการที่ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอน และ (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี **เกณฑ์การยุติการเข้า**

รวม คือ หากอาสาสมัครรู้สึกไม่สบายใจต่อคำถามและประสงค์จะถอนตัว ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลของอาสาสมัครรายนั้นทันที แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้รับการพัฒนามาจากการศึกษาก่อนหน้า และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 7 ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม, การรับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับ, ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ, การประเมินคุณภาพบริการรายด้านทั้ง 5 ด้านตามกรอบ SERVQUAL, การประเมินภาพรวมบริการที่ได้รับ, ประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ของการจัดบริการ (เช่น การได้รับบริการเชิงรุก การส่งต่อ ฯลฯ), และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการแต่ละข้อวัดในระดับ 1 (แย่มาก/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (ดีเยี่ยม/เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยคะแนนที่สูงหมายถึงคุณภาพหรือความพึงพอใจที่สูงกว่า การประเมินช่องว่างคุณภาพบริการกระทำโดยคำนวณความแตกต่างระหว่างคะแนนการรับรู้จริงกับคะแนนความคาดหวังในแต่ละข้อ จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบแต่ละด้าน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบ t -test แบบอิสระ และ t -test แบบจับคู่ (dependent t -test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพบริการที่รับรู้กับที่คาดหวังของประชาชนในแต่ละมิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ ได้คำนวณค่าดัชนีคุณภาพบริการ (service quality index) รวมถึงพิจารณาร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีระดับการรับรู้และความคาดหวังสูง เพื่อใช้สนับสนุนการตีความผลการศึกษา

ระยะที่ 2: การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มย่อยกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งได้แก่ ตัวแทนผู้เกี่ยวข้องทุกระดับกับการจัดบริการสุขภาพใน รพ.สต. ทั้งนี้ ได้แก่

พยาบาลวิชาชีพจำนวน 56 คน ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ และเป็นกลุ่มบุคลากร

ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งในเชิงระบบและการปฏิบัติงานจากการถ่ายโอนภารกิจ จึงสามารถสะท้อนมุมมองต่อคุณภาพและประสิทธิภาพการบริการได้อย่างครอบคลุมในมิติต่างๆ ของกรอบ SERVQUAL และแนวคิดระบบบริการและผู้บริหารระดับ อบจ. และ ผู้แทนจาก สสจ. ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ และกำกับดูแลการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจาก 4 จังหวัดใน 4 ภูมิภาคหลักของประเทศไทย (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งในเชิงโครงสร้างการจัดการ งบประมาณ และบริบทพื้นที่ โดยในแต่ละจังหวัด คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ 14 คนต่อจังหวัด (รวม 56 คน) จาก รพ.สต. ที่อยู่ภายใต้การบริหารของ อบจ. โดยเน้นให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่เมือง พื้นที่กึ่งเมือง และชนบท เพื่อสะท้อนประสบการณ์และความหลากหลายของการจัดบริการในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากมุมมองที่หลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้ อบจ. ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย การสัมภาษณ์ดำเนินไปตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ครอบคลุมหัวข้อเรื่องคุณภาพการบริการ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ภายหลังจากถ่ายโอนฯ ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละประมาณ 45-60 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดเทปเสียงคำสัมภาษณ์ทั้งหมด แล้วทำการวิเคราะห์หาแก่นสาระและประเด็นหลักอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยได้อ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม จากนั้นทำการเปิดรหัส (open coding) และจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อสรุปเป็น ประเด็นย่อย (sub-theme) และ ประเด็นหลัก (theme) ที่สะท้อนถึง

ประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลในมิติต่างๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative trustworthiness) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแนวทางของ Lincoln และ Guba⁽¹⁹⁾ คือ **ความน่าเชื่อถือ** (credibility) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันผลการวิเคราะห์บางส่วน และให้ผู้เชี่ยวชาญภายนอกตรวจสอบความครอบคลุมและความลึกของประเด็นที่ได้ **สามารถเชื่อถือได้** (dependability) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยชุมชนร่วมทบทวนกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง **ความโอนย้ายได้** (transferability) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะหลากหลาย (เช่น อายุ เพศ พื้นที่) เพื่อให้ผู้อ่านประเมินการนำผลไปปรับใช้กับบริบทที่คล้ายกันได้ และ **ความยืนยันได้** (confirmability) โดยเก็บรักษาบันทึกการสัมภาษณ์ เทปเสียง และบันทึกการวิเคราะห์ไว้ตลอดการวิจัย เพื่อให้สามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลและการตีความได้อย่างโปร่งใส

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจน ได้แก่ การประเมินคุณภาพการจัดบริการสุขภาพ และการประเมินประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1. ผลการประเมินคุณภาพการจัดบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า ในภาพรวม การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการบริการด้านการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน อันได้แก่ การบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบริการสุขภาพฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการได้ต่อเนื่องตามมาตรฐานเดิม ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า “งานบริการพื้นฐานยังดำเนินการได้ต่อเนื่อง ไม่มีสะดุด แม้ว่าการบริหารจะเปลี่ยนมือ” (แหล่งข้อมูล RN5-1) [Table 1] อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่เริ่มมีการเสริมบริการเชิงรุก เพื่อยกระดับคุณภาพและตอบสนองความต้องการของชุมชนมากขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านเชิงรุก

การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพลงพื้นที่ตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชนที่ต้องการการเข้าถึงบริการเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นหลังอยู่ใต้การบริหารของท้องถิ่น ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ารู้สึกพึงพอใจกับคุณภาพบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะการดูแลรักษาโรคทั่วไปใน รพ.สต. ที่ยังคงมีมาตรฐานดี

อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการบางส่วนระบุปัญหาว่า การเข้าถึงบริการเฉพาะทางหรือบริการในพื้นที่ห่างไกลยังมีข้อจำกัด เช่น เส้นทางเดินทางและระบบส่งต่อที่ยังไม่สะดวก รวดเร็วเท่าที่ควร ซึ่งประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่า ต้องการให้มีการปรับปรุงปัจจัยสนับสนุน เช่น โครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้บริการครอบคลุมทั่วถึงและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ สะท้อนภาพในทิศทางสอดคล้องกัน โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังของผู้รับบริการมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้จริงในเกือบทุกข้อคำถามที่ใช้ประเมินคุณภาพบริการ ยกเว้นด้านความเชื่อถือได้และด้านการสร้างความมั่นใจในการให้บริการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่าเกินกว่าที่คาดหวังเล็กน้อย ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคะแนนการรับรู้กับคะแนนความคาดหวังพบว่ามีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกข้อ (paired t -test, $p < 0.05$) ซึ่งหมายความว่ามีความเชื่อของคุณภาพบริการที่ควรได้รับการปรับปรุงอยู่ในทุกมิติการบริการ สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนรวมทุกด้าน พบว่าคะแนนการรับรู้เฉลี่ยรวมต่ำกว่าคะแนนความคาดหวังเฉลี่ยรวมอย่างมีนัยสำคัญ (ความแตกต่างเฉลี่ย = 5.35, $p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รายข้อ (Tables 3–5) ที่พบว่าคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าความคาดหวังเป็นส่วนใหญ่ โดยประเด็นที่มีช่องว่างแคบที่สุด คือด้านความเชื่อถือได้และการสร้างความมั่นใจ (ผู้รับบริการรับรู้ว่าบริการมีความน่าเชื่อถือและสร้างความมั่นใจได้ดีกว่าที่คาดหวังเล็กน้อย) เช่น การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการให้คะแนนรับรู้ 4.38 สูงกว่าความคาดหวัง 4.35 (diff =

+0.03, $p = 0.005$) ส่วนมิติที่มีช่องว่างของคุณภาพกว้างที่สุด คือด้านปัจจัยทางกายภาพและทรัพยากรของบริการ โดยเฉพาะเรื่อง ความทันสมัยของอุปกรณ์ทางการแพทย์ (คะแนนรับรู้ 3.89 เทียบกับความคาดหวัง 4.36, $\text{diff} = -0.49$) และ ความเพียงพอของจำนวนบุคลากร (คะแนนรับรู้ 4.08 เทียบกับความคาดหวัง 4.45, $\text{diff} = -0.37$) ซึ่งทั้งสองด้านนี้เป็นช่องว่างมากอันดับต้นๆ และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประชาชนต้องการเห็นการพัฒนาคุณภาพบริการในมิติทรัพยากรและบุคลากรให้เพียงพอกับความต้องการ ขณะเดียวกัน ด้านความมั่นใจและความน่าเชื่อถือในการบริการกลับเป็นจุดแข็งที่ผู้รับบริการรับรู้ได้ดี ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่บุคลากรพยาบาลยังคงรักษามาตรฐานวิชาชีพและการสื่อสารที่ดีในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าสภาพแวดล้อมการทำงานจะเปลี่ยนไปภายหลังการถ่ายโอนก็ตาม

Table 1 Themes, subthemes and illustrative examples of participant responses

Theme	Subtheme	Example
Quality of services in health facilities	Continuity of health services	- การรักษาโรคไขข้อ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการให้บริการฉุกเฉิน (RN5-1-Gr2) - การเยี่ยมบ้านและการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (RN5-1-Gr1)
	Challenges in management	การเปลี่ยนแปลงภายหลังการถ่ายโอนเพิ่มภาระงานด้านการเงิน การคลัง และการจัดการเอกสาร ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องปรับตัวร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. (RN3-2-Gr1)
	Gaps in interagency coordination	การประสานงานที่ไม่ชัดเจนในบางโครงการ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลแม่ข่ายยังคงให้การสนับสนุนด้านการส่งต่อผู้ป่วยและทรัพยากร (RN2-4-Gr3)
Interagency service integration	Support from referral hospitals	ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (RN5-1-Gr1)
	Proactive service delivery	การตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสุขภาพในพื้นที่ (RN3-2-Gr2)
	Collaboration and adaptation	การเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. เป็นกระบวนการที่ช่วยลดความขัดแย้งและเพิ่มความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย (RN5-1-Gr2)
Impact on nurses' quality of life	Increased workload pressure	พยาบาลต้องเผชิญกับความกดดันที่เพิ่มขึ้นจากภาระงานด้านเอกสารและการบริหาร เช่น การจัดทำรายงาน การตรวจสอบงบประมาณ และการจัดการทรัพยากร (RN3-7-Gr3)
	Job satisfaction in community service	การทำงานเชิงรุกและการได้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนจากการดูแลสุขภาพชุมชนทำให้พวกเขารู้สึกพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง (RN2-4-Gr1)
Improving service quality after transferring	Capacity development in local areas	การสนับสนุนการแพทย์แผนไทย การจัดอบรมเพิ่มทักษะให้แก่บุคลากรใน รพ.สต. และการปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วย (RN5-1-Gr2)
	Strengthening community engagement	การจัดเวทีประชาคม และการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนช่วยปรับปรุงบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการในท้องถิ่นมากขึ้น (RN3-2-Gr1)

2. ผลการประเมินประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การถ่ายโอนส่งผลให้บทบาทในงานต่างๆ ของพยาบาลวิชาชีพมีความหลากหลายมากขึ้น พยาบาลนอกจากดูแลงานรักษาพยาบาลตามปกติแล้ว ยังต้องรับผิดชอบงานด้านการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น งานธุรการ การเงินการคลัง การจัดทำเอกสารรายงานต่างๆ ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มสูงขึ้น และใช้เวลามากขึ้นในงานที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาลโดยตรง ผู้ให้ข้อมูลหลายคนระบุว่าการบริหารภายใต้ อบจ. มีขั้นตอนเอกสารที่ซับซ้อนกว่าเดิม ทำให้ต้องเสียเวลาในส่วนนี้มากขึ้น ซึ่งอาจกระทบต่อเวลาที่มีให้แก่ผู้ป่วย “...เอกสารเยอะขึ้น ต้องทำแผน ทำรายงานส่ง อบจ. บางทีจนไม่มีเวลาออกชุมชนเหมือนก่อน” (RN3-2) นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างในการประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับ อบจ. โดยเฉพาะในช่วงแรกของการถ่ายโอนที่บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายยังไม่ชัดเจน พยาบาลบางคนให้ข้อมูลว่า “ตอนนี้ใครทำอะไรยังสับสน อบจ. ก็ใหม่ เราก็ใหม่ การจะขอสนับสนุนอะไรบางอย่างยังไม่รู้ช่องทาง” (RN2-4) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรลงสู่หน่วยบริการ อย่างไรก็ดี โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลอำเภอ) ยังมีส่วนช่วยเหลือ รพ.สต. ในหลายด้าน เช่น สนับสนุนบุคลากรช่วยออกหน่วยบริการ สนับสนุนเวชภัณฑ์ยา และรับส่งต่อผู้ป่วยหนักไปยังโรงพยาบาล ทำให้ระบบบริการยังดำเนินต่อไปได้ ไม่ติดขัดมากนัก

ในแง่ของผลลัพธ์การดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนพบว่า มีการพัฒนารูปแบบบริการใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพประชาชน เช่น การจัดการบริการเชิงรุกในพื้นที่ทุรกันดาร (mobile clinic) การประสานงานกับ อสม. เพื่อเฝ้าระวังโรคในชุมชน การส่งเสริมแพทย์แผนไทยในบริการปฐมภูมิ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้กลุ่มประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้รับบริการสุขภาพมากขึ้น ถือเป็นผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพของระบบบริการ ในขณะ

ที่มีประสิทธิภาพอีกด้านหนึ่งคือประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้น ผู้วิจัยพบว่าแม้ภาระงานจะเพิ่มขึ้นมาก แต่พยาบาลส่วนหนึ่งยังคงทำงานอย่างเต็มที่และสามารถปรับตัวได้ โดยการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในพื้นที่ รวมถึงมีการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพื่อจัดการงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น พยาบาลหลายคนกล่าวถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการทำรายงานและติดตามงาน ซึ่งช่วยลดเวลาและความซ้ำซ้อนลง ในการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนด้านประสิทธิภาพบริการ พบว่า ประชาชนร้อยละ 94.3 เห็นว่าการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนมีส่วนช่วยยกระดับบริการสุขภาพในชุมชน เช่น บริการเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุมมากขึ้นและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ประชาชนกลุ่มหนึ่งยังรู้สึกว่ายังมีจุดที่ควรปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ เช่น การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ และการปรับปรุงระบบนัดหมายให้สะดวกยิ่งขึ้น

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณสนับสนุนประเด็นด้านประสิทธิภาพบางส่วน โดยพบว่าผู้รับบริการประเมินความรวดเร็วและความตรงต่อเวลาในการให้บริการอยู่ในระดับดี (คะแนนการรับรู้เฉลี่ย 4.26 จาก 5) แต่ยังต่ำกว่าที่คาดหวังไว้เล็กน้อย (4.51) อย่างมีนัยสำคัญ (diff = -0.24) (Tables 2-4) แสดงให้เห็นช่องว่างกว้างสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความเป็นรูปธรรม (gap = -0.53) การตอบสนอง (gap = -0.40) และ ความเห็นอกเห็นใจ (gap = -0.36) ในส่วนของช่องว่างแคบสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การสร้างความมั่นใจ (gap = +0.03, positive gap) และความน่าเชื่อถือ (gap = -0.13) (Table 3) ซึ่งยังมีช่องว่างในการพัฒนาด้านความรวดเร็วในการบริการ นอกจากนี้ ความเพียงพอของจำนวนเจ้าหน้าที่ เป็นอีกด้านหนึ่งที่ประชาชนมองว่ายังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง (diff = -0.37 ดังกล่าวข้างต้น) สอดคล้องกับความเห็นของพยาบาลที่ว่าปัจจุบันบุคลากรใน รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังมีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลชุดเดียวกันยังพบว่าผู้รับ

บริการให้คะแนนการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและความเอาใจใส่ผู้ป่วยในระดับสูง (เฉลี่ย 4.2-4.3) แม้จะต่ำกว่าความคาดหวังอยู่บ้าง (diff = -0.2) ซึ่งสะท้อนว่า

บุคลากรปฐมภูมิสามารถรักษาคุณภาพการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยไว้ได้ดีในระดับหนึ่ง (Tables 2-5)

Table 2 Perceived and expected responsiveness by service need levels (n = 400)

Service need level	Perceived responsiveness	Expected responsiveness
- High	390 (97.5%)	359 (89.8%)
- Moderate	6 (1.5%)	34 (8.5%)
- Low	4 (1.0%)	7 (1.8%)
Mean (SD)	173.32 (34.52)	167.96 (41.18)
Min : Max	42 : 210	41 : 205

Table 3 Perceived and expected service quality of primary care units (n = 400)

Aspect	Expected score (Mean ± SD)	Perceived score (Mean ± SD)	Gap	p-value
Tangibility	4.65 ± 0.52	4.12 ± 0.62	-0.53	< 0.001
Reliability	4.68 ± 0.47	4.55 ± 0.51	-0.13	0.012
Responsiveness	4.70 ± 0.48	4.30 ± 0.56	-0.40	< 0.001
Assurance	4.75 ± 0.44	4.78 ± 0.41	+0.03	0.084
Empathy	4.68 ± 0.49	4.32 ± 0.53	-0.36	< 0.001

Table 4 Perceived and expected service quality in primary care units (n = 400)

Aspect	Perceived mean (SD)	Expected mean (SD)	Mean difference	SD	p-value
Tangibility					
Responsiveness to health needs	4.13 (0.85)	4.43 (0.80)	-0.30	0.73	< 0.001
Service process simplicity	4.21 (0.87)	4.44 (0.78)	-0.25	0.75	< 0.001
Reliability					
Staff courtesy and friendliness	4.31 (0.84)	4.49 (0.76)	-0.19	0.72	< 0.001
Sufficient staffing	4.08 (0.88)	4.45 (0.78)	-0.37	0.80	< 0.001
Responsiveness					
Timeliness of services	4.26 (0.81)	4.51 (0.72)	-0.24	0.71	< 0.001
Building confidence in service users	4.38 (0.66)	4.35 (0.69)	0.03	0.21	0.005
Assurance					
Knowledgeable and capable staff	4.23 (0.82)	4.48 (0.77)	-0.25	0.73	< 0.001
Clear explanations about treatment	4.27 (0.81)	4.49 (0.76)	-0.22	0.74	< 0.001
Equal and fair service delivery	4.32 (0.83)	4.51 (0.75)	-0.21	0.66	< 0.001
Empathy					
Empathy toward service users	4.28 (0.78)	4.49 (0.74)	-0.22	0.59	< 0.001
Attentiveness to user needs	4.29 (0.80)	4.51 (0.72)	-0.22	0.63	< 0.001

Table 5 Comparison of overall score of perceived and expected responsiveness (n = 400)

Parameter	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95% CI	p-value
Perceived quality	173.32 (34.52)	5.35 (12.57)	4.12 to 6.59	< 0.001
Expected quality	167.96 (41.18)			

วิจารณ์และข้อยุติ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. แม้ไม่ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน แต่ก็ยังมีช่องว่างสำคัญในมิติคุณภาพและประสิทธิภาพที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งการวิเคราะห์โดยอิงกรอบ SERVQUAL⁽¹⁸⁾ พบว่า ช่องว่างคุณภาพปรากฏเด่นชัดในด้านทรัพยากรที่จำเป็น ได้แก่ เช่น ความทันสมัยของอุปกรณ์และจำนวนบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับบริบทนโยบายระดับชาติที่ยังมีความท้าทายในการกระจายงบประมาณและกำลังคนอย่างเพียงพอภายหลังการถ่ายโอน⁽⁵⁻⁶⁾ ในขณะที่ด้านความน่าเชื่อถือและความมั่นใจในการให้บริการยังคงอยู่ในระดับดี สะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของบุคลากร รพ.สต. ในการรักษามาตรฐานการบริการได้ แม้ภาระงานจะเพิ่มขึ้นภายหลังการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหาร⁽⁷⁻⁸⁾

การวิเคราะห์ตามกรอบ QOF ยังชี้ว่าประสิทธิภาพเชิงระบบ เช่น ความรวดเร็วของการให้บริการ และการเข้าถึงบริการในชุมชน ได้รับการพัฒนาในบางพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในเขตห่างไกลหรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรสนับสนุนน้อย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเดิม พบว่าผลการศึกษาเพิ่มเติมความรู้ใหม่ใน 3 ด้านหลัก คือ (1) การถ่ายโอน รพ.สต. สามารถคงคุณภาพด้านความไว้วางใจในการบริการได้แม้ภาระงานเปลี่ยนแปลง (2) ช่องว่างคุณภาพเกิดขึ้นชัดเจนในด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพมากกว่าด้านบุคลากร และ (3) การสร้างรูปแบบบริการเชิงรุกใหม่ (เช่น คลินิกเคลื่อนที่) เป็นการปรับตัวที่ส่งผลบวกต่อประสิทธิภาพระบบบริการ

นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเสริมสร้าง**ประสิทธิภาพของระบบบริการปฐมภูมิ** และเพื่อให้บริการสาธารณสุขมีความใกล้ชิดกับประชาชนในระดับพื้นที่มากขึ้น ผลการศึกษานี้นำเสนอทั้งด้านผลลัพธ์เชิงบวกและความท้าทายที่เกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนฯ **ด้านที่เป็นผลบวก** ได้แก่ การที่ รพ.สต. สามารถขยายบทบาทการให้บริการเชิงรุกและสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพกับชุมชนได้มากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงได้รับบริการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการกระจายอำนาจที่ต้องการให้บริการมีความตรงตามความต้องการในพื้นที่ ขณะเดียวกัน **ความท้าทายที่พบ** คือ ระบบบริหารจัดการหลังถ่ายโอนยังปรับตัวไม่ลงตัวในบางส่วน มีปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุนบางประเภท ความไม่พร้อมของบุคลากรตอบสนองบทบาทใหม่ และช่องว่างในการสื่อสารประสานงานระหว่าง อบจ., รพ.สต. และหน่วยงานสาธารณสุขส่วนกลาง

สถานการณ์เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในต่างประเทศที่ชี้ว่า **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบสุขภาพ**⁽²⁰⁻²¹⁾ หากดำเนินการโดยขาดการเตรียมความพร้อมย่อมส่งผลให้บุคลากรเกิดความสับสนและความตึงเครียดในการทำงาน รวมถึงอาจนำไปสู่ปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) ของบุคลากรได้⁽²²⁻²⁵⁾

ผลการศึกษาของเราพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบข้างต้น โดย **พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีภาระงานเพิ่มขึ้นและเผชิญความเครียดจากงาน**

สูงขึ้น ภายหลังการถ่ายโอน ซึ่งตรงกับรายงานของการศึกษาระบบสุขภาพต่างประเทศที่ระบุว่า การปรับโครงสร้างองค์กรสุขภาพส่งผลต่อสุขภาวะจิตใจของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁹⁻²⁸⁾ อย่างไรก็ดี พยาบาลจำนวนไม่น้อยยังคงมีความพึงพอใจในงานของตนเอง เนื่องจากได้มีบทบาทใกล้ชิดในการพัฒนาสุขภาพชุมชน และได้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการทำงาน เช่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีม รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg⁽²²⁾ ที่ชี้ว่า “ความหมายของงาน” และการเห็นคุณค่าของผลงานเป็นปัจจัยหนุนความพึงพอใจในการทำงาน นอกจากนี้ จากมุมมองของผู้รับบริการ แม้ว่าจะมีเสียงสะท้อนถึงปัญหาบางประการ เช่น การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ในบางพื้นที่ห่างไกล ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังคงรายงานระดับความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่ได้รับในระดับสูง โดยเฉพาะบริการเชิงรุกใหม่ๆ ที่ริเริ่มภายหลังการถ่ายโอน เช่น การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองสุขภาพชุมชน ซึ่งช่วยเติมเต็มช่องว่างการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำว่าการที่ประชาชนพึงพอใจในบริการสุขภาพนั้นมีได้ขึ้นอยู่กับผลการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว^(23,28) แต่ยังสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการสื่อสาร การตอบสนองต่อความต้องการ และความเข้าใจบริบทวัฒนธรรมของชุมชนด้วย จะเห็นได้ว่าการสร้างประสบการณ์ที่ดีในการรับบริการเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพบริการที่ต้องให้ความสำคัญควบคู่ไปกับการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก

โดยสรุป การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบต. ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านดีและด้านที่เป็นความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ **ด้านดี** ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ รพ.สต. พัฒนานวัตกรรมบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่มากขึ้น การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการสนับสนุนทรัพยากรบางด้าน และความใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการกับชุมชนที่เพิ่มขึ้น **ด้านความท้าทาย**

คือ ระบบสนับสนุนภายหลังการถ่ายโอนที่ยังไม่ลงตัว เช่น กระบวนการบริหารงบประมาณที่ล่าช้า โครงสร้างพื้นฐานบางส่วนที่ยังไม่รองรับ และบุคลากรจำเป็นต้องปรับตัวเรียนรู้บทบาทใหม่อย่างเร่งด่วน การศึกษาครั้งนี้เติมเต็มช่องว่างความรู้งานวิจัยด้านการกระจายอำนาจสาธารณสุขของไทย โดยให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งจากฝั่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ชี้ให้เห็นว่า **แม้บริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวมจะยังคงคุณภาพมาตรฐานได้ ภายหลังการถ่ายโอน** แต่การจะรักษาคุณภาพนั้นไว้และยกระดับต่อไปให้ได้ตามความคาดหวังที่สูงขึ้นของประชาชน จำเป็นต้องแก้ไขจุดอ่อนด้านประสิทธิภาพการจัดการที่ค้นพบ เช่น การบริหารบุคลากรและทรัพยากรที่ต้องมีความคล่องตัวและเพียงพอ ตลอดจนการประสานงานที่ราบรื่นระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

บทสรุป

การถ่ายโอนภารกิจการจัดการ รพ.สต. ไปยัง อบจ. เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างความใกล้ชิดระหว่างบริการสาธารณสุขกับประชาชนในระดับท้องถิ่น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นทั้งแง่บวกและความท้าทายที่เกิดขึ้น โดยแง่บวกได้แก่ การขยายบทบาทเชิงรุกของ รพ.สต. การได้รับการสนับสนุนบางส่วนที่ตรงตามความต้องการของพื้นที่ และการสร้างเครือข่ายกับชุมชน ในขณะที่ความท้าทายคือระบบบริหารจัดการที่ยังไม่ลงตัว การขาดแคลนทรัพยากร การขาดความพร้อมของบุคลากรบางกลุ่ม และช่องว่างในการสื่อสารระหว่าง อบจ. รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังสำคัญในระบบบริการปฐมภูมิได้ต่อยอดถึงปัจจัยสนับสนุน (facilitator) และอุปสรรค (barrier) หลายประการที่มีผลต่อคุณภาพบริการ และในการศึกษานี้ยังพบว่าประชาชนมีระดับความคาดหวังสูงต่อคุณภาพบริการ ซึ่งทำให้หน่วยงานต้องตระหนักถึงการสร้างความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การถ่ายโอนไปยัง อบจ.

บรรลุเป้าหมายในระยะยาว จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการระหว่างทุกภาคส่วน การพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาล และการปรับปรุงระบบบริหารจัดการ เพื่อสร้างความมั่นคงและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนตามแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ของประเทศไทย

ข้อยุติ

พยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงความแตกต่างทางความคาดหวังและการรับรู้จริงของผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. มีศักยภาพในการส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ หากมีการเสริมสร้างทรัพยากรทางกายภาพ การสนับสนุนบุคลากรอย่างเพียงพอ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดช่องว่างคุณภาพบริการและเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานในระดับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพบริการตามกรอบ SERVQUAL

ปรับปรุงปัจจัยที่จับต้องได้ (tangibility): ควรจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และเสริมกำลังบุคลากรใน รพ.สต. ให้เพียงพอต่อภาระงาน เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

ส่งเสริมความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ (assurance): ควรจัดอบรมเสริมทักษะด้านการสื่อสารและการบริการที่เป็นมิตรแก่บุคลากร เพื่อรักษาระดับความพึง

พอใจของประชาชนที่มีอยู่แล้ว

2. การเสริมประสิทธิภาพระบบบริการตามกรอบ QOF

ขยายบริการเชิงรุกในชุมชน: เพิ่มความถี่ของการออกเยี่ยมบ้าน การจัดคลินิกเคลื่อนที่ และการดำเนินโครงการคัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเหลื่อมล้ำ

พัฒนาระบบการส่งต่อ: ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านการขนส่งผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล และจัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องและครอบคลุม

3. การสนับสนุนคุณภาพชีวิตและสมรรถนะของบุคลากร

เสริมศักยภาพบุคลากร: จัดอบรมพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการ และส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกเกี่ยวกับการวางแผนและประสานงานข้ามหน่วยงาน

ดูแลสุขภาพจิตใจบุคลากร: ควรมีมาตรการสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษา การผ่อนคลายความเครียด เพื่อป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงาน

4. การเสริมกลไกการบริหารจัดการ

พัฒนากลไกประสานงานแบบบูรณาการ: จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานร่วมระหว่าง รพ.สต., อบจ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทบทวนปัญหา และวางแนวทางแก้ไขร่วมกันอย่างเป็นระบบ

กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน: วางแนวทางการปฏิบัติร่วมระหว่าง รพ.สต. และ อบจ. โดยกำหนดขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และเวชภัณฑ์ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย

ผู้เขียนคนแรกมีบทบาทในกระบวนการวิจัยที่รวมถึงการออกแบบ การทบทวนขอบเขต การเก็บรวบรวมข้อมูล และการร่างต้นฉบับของบทความจนสิ้นสุด ส่วนผู้เขียนคนที่สองและสามมีส่วนร่วมในการตรวจสอบข้อมูลวิจัย ร่วม

เขียนบทความ และปรับแก้ไข ทุกคนยืนยันว่าการศึกษานี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนและได้รับการยืนยันจากทุกคนที่เข้าร่วมว่ามีส่วนร่วมตามบทบาทที่ระบุในการวิจัยนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารทุกระดับที่สนับสนุน ซึ่งโครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปี 2566 (ข้อตกลงเลขที่ สวรส.66-103) และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีรวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการดำเนินการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Health Organization. Strengthening service delivery systems: decentralization in health care. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. World Health Organization. Global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability [internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>.
3. Bovaird T, Löffler E. Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies. *Int Rev Adm Sci*. 2003;69(3):313-28.
4. Kanjanapan W, Posayanonda T, Suwanrada W. Decentralization and local governance in health: a case study from Thailand. *Int J Public Adm*. 2015;38(13):972-81.
5. Office of Health System Support (Thailand). Manual for developing Tambon Health Promotion Hospitals (THPH) in 2021 [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2021 Jun 20]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1aCDXtrAjYPLDgn403Jz-d_6fEWp4U3J/view. (in Thai)
6. Department of Local Administration. Local administrative organization and decentralization policy. Bangkok: Ministry of Interior; 2018. (in Thai)
7. Bossert TJ. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1513-20.
8. Rondinelli DA, McCullough JS, Johnson RW. Analyzing decentralization policies in developing countries: a political-economy framework. *Dev Change*. 1989;20(1):57-87.
9. National Health Security Office. Assessment of the decentralization process in health care services from 2001 to 2020. Bangkok: National Health Security Office; 2020. (in Thai)
10. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health*. 2011;9:24.
11. Primary Health Care Performance Initiative. Enhancing primary health care services worldwide: PHCPI framework. Washington, DC: World Bank; 2019.
12. Boonyarit I, Sangsupawanich P, Vapattanawong P. The challenges of managing health personnel in the decentralization context: a case study in Thailand. *Health Policy Plan*. 2017;32(5):693-701.
13. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail*. 1988;64(1):12-40.
14. Roland M, Elliott M, Lyratzopoulos G, Barbieri J, Parker RA, Smith P, et al. Reliability of patient responses in pay for performance schemes: analysis of national General Practitioner Patient Survey data in England. *BMJ*. 2009;339:b3851.
15. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Health systems strengthening (HSS) [internet]. Geneva: The Global Fund; 2012 [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://www.theglobalfund.org/en/tuberculosis/>.
16. Phongoui W, Bodeerat C. Study on the preparedness for the transfer of sub-district health promoting hospitals to local government organizations: a case study. *J Pibulsongkram Rajabhat Univ*. 2023;9(2):45-64. (in Thai)
17. Uansri S, Markchang K, Chotchoungchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasiri T. The transfer of sub-district health promoting hospitals to local government organizations: progress and challenges. *J Health Syst Res*. 2024;18(3):314-30. (in Thai)
18. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations. New York: Free Press; 2018.
19. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): Sage; 1985.
20. Saengthong K, Kotaranon P, Tangkleiang B, Noothong S, Thepraksa N. Factors affecting service quality influencing the decision to choose the service of Naban Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Local Adm J*. 2020;13(2):1-13. (in Thai)
21. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health

- systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18.
22. Herzberg F. *Motivation to work*. 3rd ed. New York: Wiley; 2019.
23. World Health Organization. *Global health workforce statistics: policy and systems review*. Geneva: World Health Organization; 2020.
24. Kourea L, Christodoulidou P, Fella A. Voices of undergraduate students with disabilities during the COVID-19 pandemic: A pilot study. *Eur J Psychol Open*. 2021;80(3):111–24. doi:10.1024/2673-8627/a000011.
25. Grut L, Sanudi L, Braathen SH, Jürgens T, Eide AH. Access to tuberculosis services for individuals with disability in rural Malawi: a qualitative study. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122748.
26. Jones F, Cooper C, Greenberg N. The impact of health system restructuring on staff well-being: a systematic review. *J Health Organ Manag*. 2020;34(5):678–89.
27. Shields M, Wilkins K. Factors related to stress among health care workers. *Health Rep*. 2021;32(3):12–22.
28. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–8.