

3

Journal of Health Systems Research



Vol. 18 No. 3 July - September 2024

ISSN 2672-9415 (Online)

วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2567

291

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2565-2566

314

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย:
ความก้าวหน้าและความท้าทาย

427

สภาวะสุขภาพช่องปากและประสิทธิภาพการใช้
บริการทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย
การศึกษาภาคตัดขวางจากสมาชิก
โครงการจ้างงานข้า

Network

N

Management

M

Communication

C

Health

H

Systems

S

Policy

P

Research

R

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 1 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วยวารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มุลินธิศุณย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวัยพร ศรีศัลักษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
เภสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงษ์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลาภยิ่ง	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล	นักวิชาการอิสระ
นายไพศาล ลีมสถิตย์	คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2027 9701

Website: <https://www.hsri.or.th/>

Link หน้าวารสาร: https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 1 of the Thai-Journal Citation Index Center (TCI) and included in ASEAN Citation Index (ACI), published by Health Systems Research Institute quarterly, distributed in March, June, September, and December

Editorial Board

Advisor

Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor

Supasit Pannarunothai Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors

Jaruayporn Srisasalux Health Systems Research Institute

Sorachai Jamniandamrongkarn Independent Scholar

Members

Suwat Chariyalertsak Dean, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Surasak Buranatreveth Faculty of Medicine, Thammasat University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Suthep Petchmark National Health Commission Office

Phusit Prakongsai Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Phenkhae Lapying Department of Health, Ministry of Public Health

Sureerat Ngamkiatpaisan Independent Scholar

Paisan Limstit Faculty of Law, Thammasat University

Secretary

Warangkana Punyathorn Health Systems Research Institute

Office

Health Systems Research Institute

4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,

Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000

Tel. (66). 0 2027 9701

Website: <https://www.hsri.or.th/>

Link to journal: https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือขัดเกลาภาษาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ โดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors (declare form)*)
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ขอลงตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* aims to be at one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

The *Journal of Health Systems Research* publishes health systems research studies to support and enhance the potential abilities in generating new bodies of knowledge on health systems which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Disclaimer

Facts and opinions in articles published in the *Journal of Health Systems Research* are solely the personal statements of respective authors and do not necessarily reflect the views or opinions of the editors or its publisher. The editors reserve the right to edit or rewrite, correct, and publish only the articles that meet our standard criteria. The entire contents published in the Journal have been fully protected by copyrights.

Main conditions for submission

The *Journal of Health Systems Research* welcomes research articles and academic articles in both Thai and English that meet the following conditions:

- The articles must be original and must not be published nor submitted for publication elsewhere. Please attach the Declare Form with your submission. Download the form in MS Words format at <http://ejournal.hsri.or.th/> and click *For authors (declare form)*
- The articles must contain proper title, abstract, name of author(s) and affiliation (specify only one) in both Thai and English
- References must be in English (for Thai references, please translate into English and add “(in Thai)” at the end of the item)
- In case of more than 1 author, please provide details of corresponding author in the Declare Form

If the submitted article fails to comply with the above conditions, the editorial staff reserves the right to immediately reject it. Please download *J Health Sys Res* Submission Guideline at <http://ejournal.hsri.or.th> and click *For authors*.



จริยธรรมการตีพิมพ์

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. จัดการให้บทความมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการปรับปรุงคุณภาพ การส่งเสริมสิทธิในการแสดงความคิดเห็น และจัดให้มีผู้ประเมินบทความอย่างน้อย 2 คนต่อบทความ
2. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. เลือกบทความเพื่อเผยแพร่หลังจากผ่านการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร และไม่เสี่ยงต่อข้อเรียกร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท การละเมิดลิขสิทธิ์และการลอกเลียนผลงานของผู้อื่น
4. ไม่เผยแพร่บทความที่เคยเผยแพร่ที่อื่นก่อนแล้ว
5. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ผู้ประเมิน และคณะผู้บริหาร
6. หากตรวจพบการคัดลอกผลงานผู้อื่นในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการจะต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อผู้เขียนเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการตอบรับหรือปฏิเสธการเผยแพร่บทความนั้นๆ
7. ประเมินความเหมาะสมของทุกบทความที่เนื้อหา โดยไม่ให้ความสำคัญกับเชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ ความเชื่อ ศาสนา ชาติพันธุ์ และความเห็นทางการเมืองของผู้เขียน

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ส่งความเห็นต่อบทความตามกำหนดเวลาและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน
2. รักษาความลับเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ ต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อตระหนักว่าตนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลงานหรือผู้เขียน หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ ให้แจ้งกองบรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
4. แจ้งกองบรรณาธิการเกี่ยวกับการคัดลอกผลงาน (plagiarism) ที่อาจจะเป็นไปได้ ในกรณีที่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิงผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่
5. แจ้งกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ
6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิงด้วย



บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่ได้ส่งผลงานนั้นไปยังวารสารใดๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน
2. รายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูล หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ
3. จะต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น ถ้าหากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ในผลงานของตน โดยทำรายการอ้างอิงที่ท้ายบทความ
4. เขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในคำแนะนำผู้เขียนของวารสารฯ
5. ผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนั้นๆ อย่างแท้จริง
6. ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการทำวิจัย และระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
7. ระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชุดใดบ้าง และเมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจง
8. แจ้งการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล
9. ส่งมอบข้อมูลดิบในกรณีที่ทางกองบรรณาธิการแจ้งความประสงค์
10. แจ้งกองบรรณาธิการทราบ หากพบข้อผิดพลาดที่มีนัยสำคัญในผลงาน/การศึกษา เพื่อทำการแก้ไขหรือถอดถอนบทความ

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้าง เมื่อไร

เงื่อนไขหลัก

บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

กำหนดเผยแพร่

เผยแพร่ปีละ 4 ฉบับ ทุกรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม

การประเมินคุณภาพบทความ

บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าว

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใดๆ ในทุกขั้นตอน จากผู้นิพนธ์

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยที่ท่านสามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนในการส่งต้นฉบับบทความเข้าระบบฯ และการติดต่อผ่านทางระบบฯ ได้ที่ท้ายเอกสารนี้

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

วารสารฯ รับเผยแพร่บทความ 4 ประเภท คือ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) ผู้เขียนควรศึกษารายละเอียดของบทความประเภทต่างๆ ซึ่งจะได้ขยายต่อไป และพิจารณาว่าบทความของตนควรจะเป็นประเภทใด จากนั้นจึงระบุประเภทของบทความในบรรทัดแรกของหน้าแรกก่อนขึ้นชื่อของบทความต่อไป รายละเอียดของบทความต่างๆ ดังกล่าวมีดังนี้

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.5 ภูมิหลังและเหตุผล
- 1.6 ระเบียบวิธีศึกษา
- 1.7 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี โปรดชี้แจงด้วย
- 1.8 ผลการศึกษา
- 1.9 วิจารณ์และข้อยุติ
- 1.10 กิตติกรรมประกาศ
- 1.11 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย
- 1.12 กรรณานแบบฉบับคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/declare_form
ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)



กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้
ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. บทปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์
วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

2.6 เนื้อหา

2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

2.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็น
ภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

2.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอน
นี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนาม
แล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ทั้งนี้ ท่าน
สามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/declare_form

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)
กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้
ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ
หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่
สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำ

3.6 เนื้อหา

3.7 วิจารณ์

3.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ทำรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

3.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Word ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Word ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ https://www.hsri.or.th/declare_form

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง และต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ในขั้นตอนการรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Word เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment และ ไม่ต้องทำสองคอลัมน์

1. **ชื่อเรื่อง (title)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”



2. **ชื่อผู้เขียน** (author and co-author) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุตำแหน่ง คำนำหน้าชื่อและวุฒิการศึกษา

3. **ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน** (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * † ‡ § # ¶

4. **บทคัดย่อ** (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่ควรเกิน 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดี

5. **คำสำคัญ** (keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract ไม่ควรเกิน 5 คำ

6. **ภูมิหลังและเหตุผล** (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

7. **ระเบียบวิธีศึกษา** (methodology) เขียนชี้แจงจำแนกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ ก็ควรอธิบายให้ผู้่านเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

8. **ผลการศึกษา** (result) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ที่อาจยกขึ้นมาอธิบายได้บ้าง ทั้งนี้ ขอให้แยกตาราง ภาพ และแผนภูมิออกจากเนื้อหา โดยวางไว้ท้ายบทความ ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1 หรือ ใส่ภาพที่ 1 หรือ ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง (ถ้าจำเป็น)

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำข้อมูลในตารางมาทำงานของผู้อื่น

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยให้สื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี

- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

- หากภาพมีกล่องข้อความหลายกล่องหรือสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย

- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำภาพมาทำงานของผู้อื่น

9. **วิจารณ์และข้อยุติ (discussion and conclusion)** เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง ควรจะเขียนเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยกับผลที่ถูกรายงานไว้แล้วในงานของคนอื่นที่ทำก่อนหน้านั้น (ซึ่งถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 3-5 ปี) นำมาสนับสนุนผลการทดลองสมมติฐาน หรือข้อสรุป เพื่อเพิ่มน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ควรอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ในทางการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

10. **ข้อเสนอแนะ** ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

11. **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)** มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง หากปรากฏชื่อเป็นผู้เขียนร่วมแล้ว จะไม่ระบุในส่วนนี้อีก

12. **เอกสารอ้างอิง (reference)** ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขตัวยก ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก “(1)” และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในรายการเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสารที่มีตาม Index Medicus ส่วนวารสารที่ไม่พบใน Index Medicus และวารสารไทยให้ใช้ชื่อวารสารที่เป็นชื่อเต็มในภาษาอังกฤษ

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของบทความ

บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” (in the process of being published) บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” (unpublished) หลีกเลี่ยงการนำ “ติดต่อส่วนตัว” (per-



sonal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีลักษณะที่ดังนี้

12.1 วารสารวิชาการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

สำหรับรายการอ้างอิงที่เป็นเอกสารภาษาไทย ต้องแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง (ถ้ามี) และถ้ามีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่เผยแพร่ใน Index Medicus ทุกปี

ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย ดังนี้ “10(3):” หมายความว่าพิมพ์เป็นปีที่ 10 ในวงเล็บฉบับที่ 3 และต่อด้วย : (colon)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 123-9 แทนที่จะเป็น 123-129 และใช้ 248-58 แทนที่จะเป็น 248-258

ไม่มีการเว้นวรรคทั้งสองด้านของเครื่องหมาย ; (semicolon) และ : (colon) ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่ ฉบับที่ เลขหน้า

ตัวอย่างดังนี้

1. Sirichakwal PP, Sranachoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011;20(3):477-83.
2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. *Journal of Health Systems Research* 2015;9(2):136-45. (in Thai)
3. Snowdon J. Severe depression in old age. *Medicine Today* 2002;3(12):40-7.
4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. *Forschende Komplementarmedizin* 2011;18(6):315-20.
5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2008 Mar 29;336(7646):701-4.
6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. *Pediatr Neonatal* 2012;53(4):252-6.

กรณีผู้เขียนเป็นองค์กร

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-86.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325(73):184.

กรณีเป็นบทความในฉบับเสริม (supplement)

9. Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

12.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.

12. Office of the National Economics and Social Development Board. Philosophy of sufficiency economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)

13. Association of Southeast Asian Nations. Association of Southeast Asian Nations: one vision, one identity, one community [internet]. ASEAN annual report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 July]. Available from: https://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/Anuario%202009/Asia/documentos/Association%20of%20Southeast%20Asian%20Nation%20-%20%20Annual%20Report%202007-2008.pdf.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า. จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. 502 p. (in Thai).

15. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

16. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

17. Murtagh J. John Murtagh's general practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia; 2007.

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และ อ่างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantit-



aphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

กรณีเป็น e-book

21. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>.

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: <http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html>.

12.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

กรณีนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีการตีพิมพ์

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 Jun 24-25; Darwin, Australia.

กรณีตีพิมพ์เป็น proceedings

25. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

12.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทของรายงาน. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

12.5 วิทยานิพนธ์

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Eamudomkarn C. Development of urinary antibody-based diagnosis using *Strongyloides ratti* as heterologous antigen and the outcomes of drug treatment in strongyloidiasis in mixed parasitic infections with *Opisthorchis viverrini* in northeast Thailand (doctoral thesis). Department of Parasitology, Faculty of Medicine. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2001.

12.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

12.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปี เดือน วันที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. *The Courier Mail* 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. *The Courier Mail* (Weekend edition). 2010 Mar 6-7:Sect. ETC:15.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

30. Meeting the needs of counsellors. *The Courier Mail* 2001 May 5:22.

12.6.2 กฎหมาย

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

12.6.3 พจนานุกรม

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

กรณีเป็น online dictionary

33. Stedman's medical dictionary [internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.stedmans.com>.

12.7 วีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educational Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

12.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [ปี เดือน วันที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address.

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/>. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.



ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

36. Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: <http://jpsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Podcasts

37. Dirks, P. “Missing Link” fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm>.

Blog Posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your reality. Pick the brain [blog on the Internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/>.

การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

(ส่วนต่อไปอยู่ในหน้า xiii)

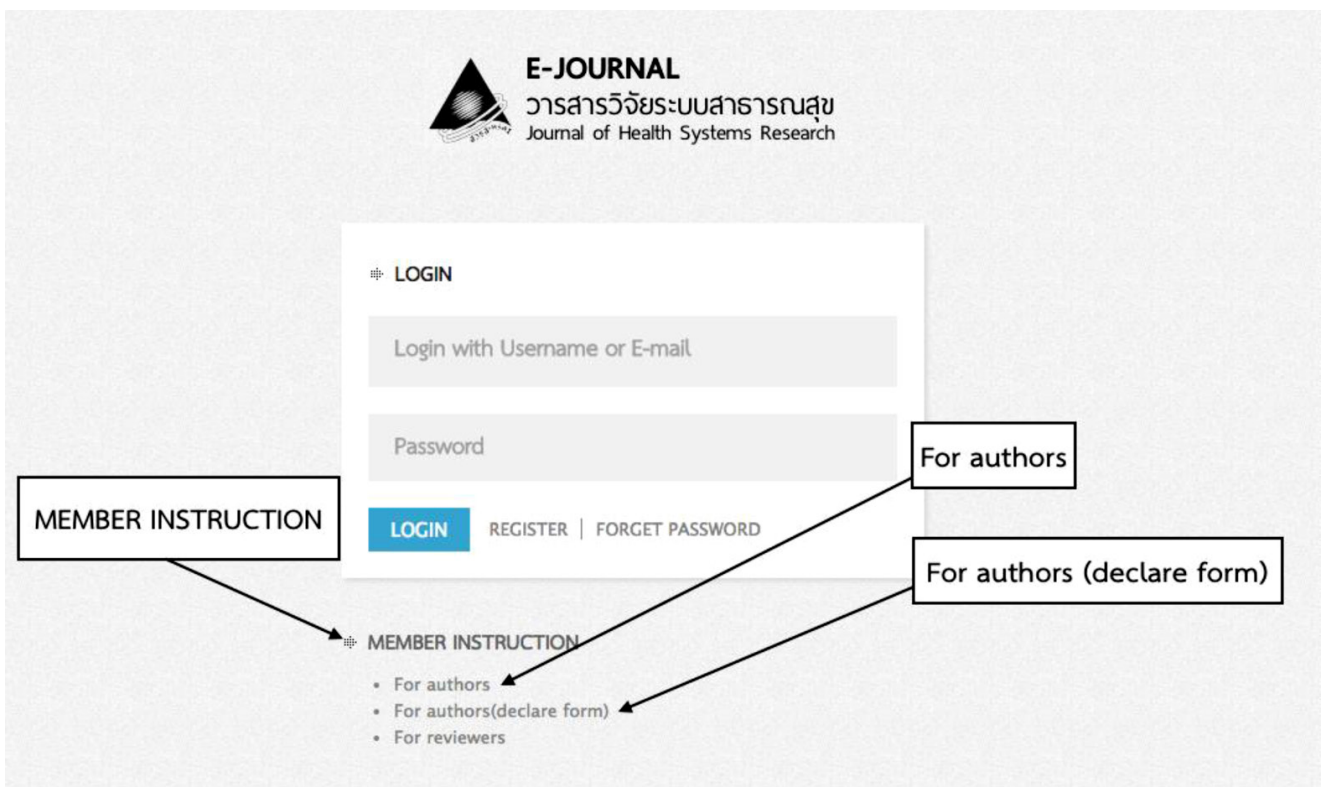
สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานะบทความในระบบ e-journal	ขั้นตอนการทำงาน
1. Information review	เมื่อผู้เขียนส่งบทความเข้าระบบ e-journal สำเร็จแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความเรียบร้อยเบื้องต้น
2. Editor first view	ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองเบื้องต้น เช่น ตรวจสอบการเข้าขอบข่ายของวารสารฯ และประโยชน์จากงานวิจัย บทความอาจจะถูกปฏิเสธในขั้นตอนนี้ได้
3. Reviewer	กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ความเห็นในเชิงวิชาการ บรรณาธิการพิจารณาสรุปความเห็น ก่อนแจ้งผู้เขียนปรับแก้บทความ หรือ แจ้งปฏิเสธที่จะเผยแพร่บทความ
4. Revision Revision 1	เมื่อกองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้เขียนปรับแก้ วันที่ 1 ถึงวันที่ 30 นับจากวันที่แจ้งผล โดยนับวันแจ้งผลเป็นวันที่ 0 และ ก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน ซึ่งผู้เขียนสามารถดำเนินการตามที่แจ้งในข้อความนั้น เพื่อขอขยายเวลาได้อีก 30 วัน (เมื่อขอขยายเวลา และเข้าวันที่ 31 บทความจึงจะเปลี่ยนสถานะเป็น Revision 2)
Revision 2	วันที่ 31 ถึงวันที่ 60 นับจากวันที่แจ้งผล โดยก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน และไม่สามารถขยายเวลาได้อีก
*หากผู้เขียนไม่ส่งบทความภายใน 30 วัน ในกรณีไม่ขอขยายเวลา หรือ ไม่ส่งภายใน 60 วัน ในกรณีที่ขอขยายเวลา ระบบจะ reject บทความโดยอัตโนมัติ	
5. Edit 1	เมื่อผู้เขียนส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการปรับแก้ตามที่ได้แจ้งผู้เขียน
6. Edit 2	ชำระนิพนธ์ต้นฉบับ
7. Editor approval of MS word	กองบรรณาธิการพิจารณาบทความในเชิงวิชาการอีกครั้ง และอาจแจ้งให้ผู้เขียนปรับเพิ่มเติมได้
8. Artwork	กองบรรณาธิการส่งบทความเพื่อจัดให้อยู่ในรูปแบบสำหรับการเผยแพร่ online (เป็นไฟล์ pdf)
9. Author check	ผู้เขียนตรวจสอบความถูกต้อง กำหนดแจ้งกลับภายใน 3 วัน
10. Editor approval of artwork	กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง
11. Proofreading	พิสูจน์อักษร
12. Library catalogue	กองบรรณาธิการเตรียมการเผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research
13. Publication	เผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research ซึ่งจะมีข้อความแจ้งไปยังผู้เขียนหลังการเผยแพร่ด้วย



การส่งต้นฉบับ

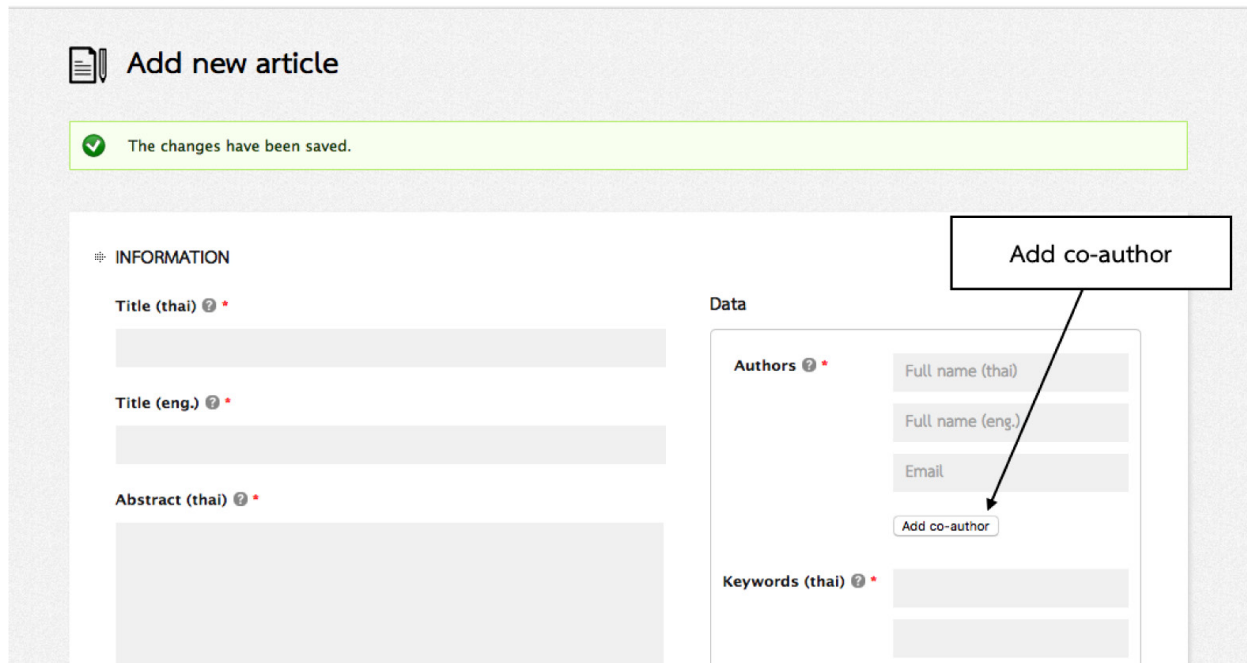
จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> ซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไป ให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง password เรียบร้อยแล้วจึงจะส่งบทความได้ หากลืม password กรุณากรอก username หรือ email address ที่ใช้สมัครไว้ และ click ที่ FORGET PASSWORD จะมีข้อความส่งไปยังอีเมลที่ท่านสมัครเพื่อให้ท่านสามารถเข้าระบบเพื่อตั้ง password ใหม่ได้



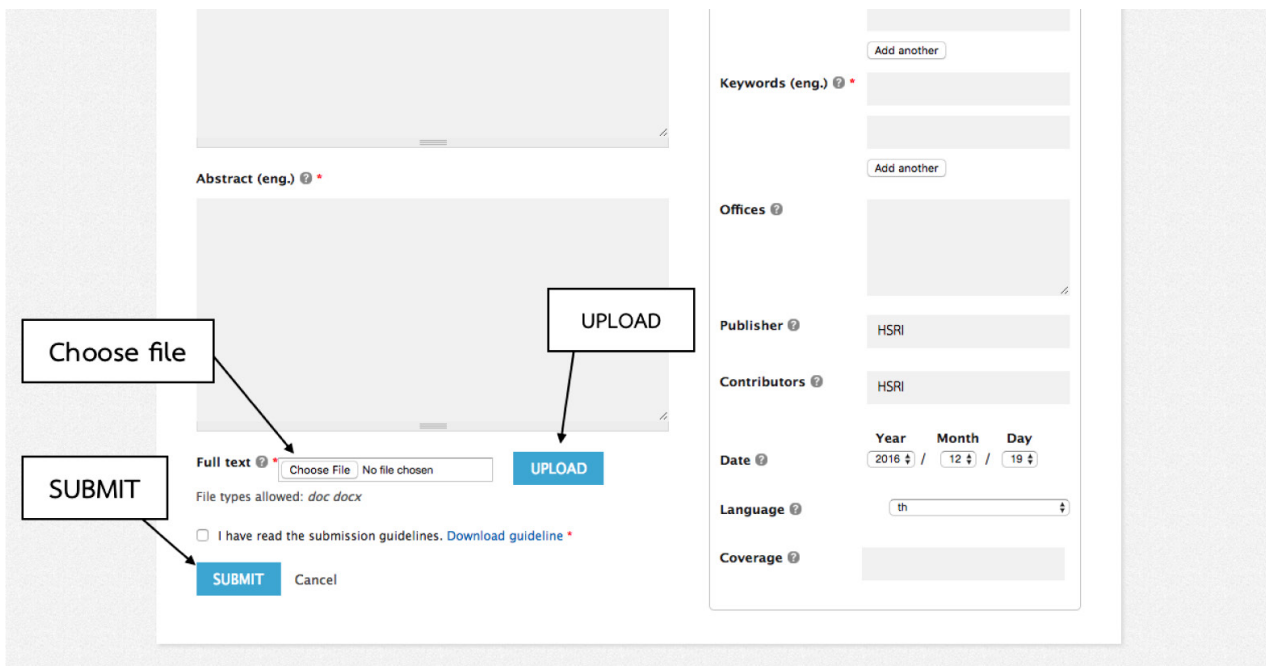
เมื่อคลิกที่ “For authors” ระบบจะแสดงหน้าต่างถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำแนะนำการส่งต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

เมื่อคลิกที่ “For authors (declare form)” ระบบจะแสดงหน้าต่างถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำรับรองงานต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งวารสารฯ กำหนดให้ผู้เขียนส่งด้วย สำหรับคำแนะนำในการส่งคำรับรองงานต้นฉบับ กรุณาย้อนกลับไปดูคำแนะนำในส่วน “ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่” ด้านบนของเอกสารนี้

ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ

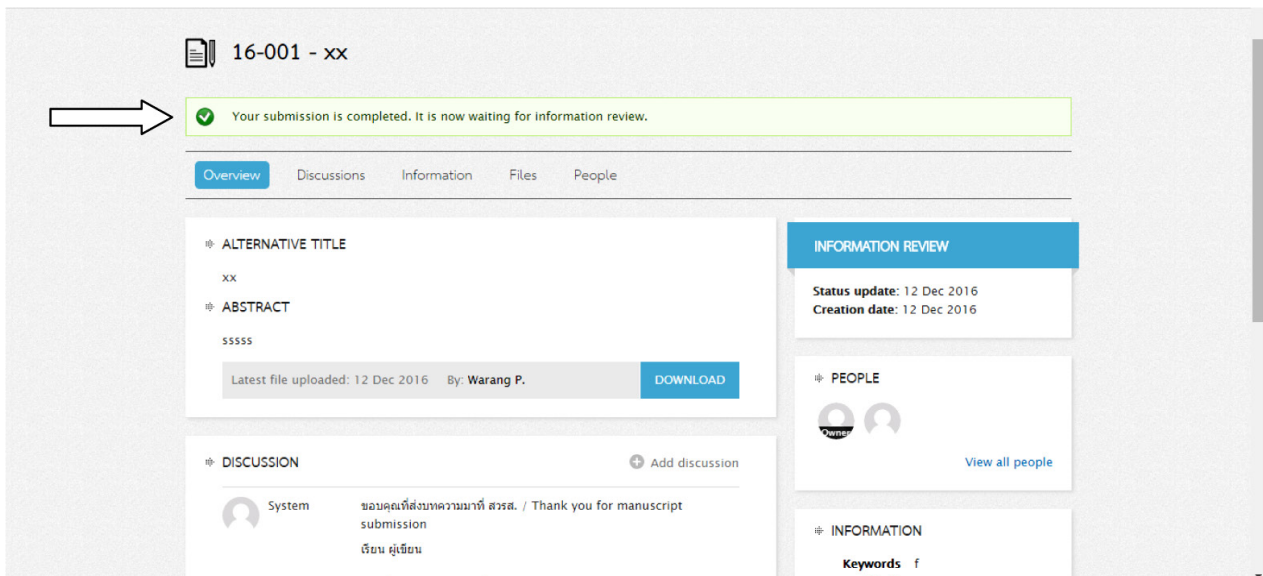


กรุณารอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author โดยจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอเผยแพร่ เมื่อปรากฏชื่อไฟล์ที่ต้องการในกล่องเรียบร้อยแล้วจึงกดปุ่ม UPLOAD เพื่อ upload ไฟล์เข้าระบบ หลังจากระบบ upload ไฟล์เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม SUBMIT

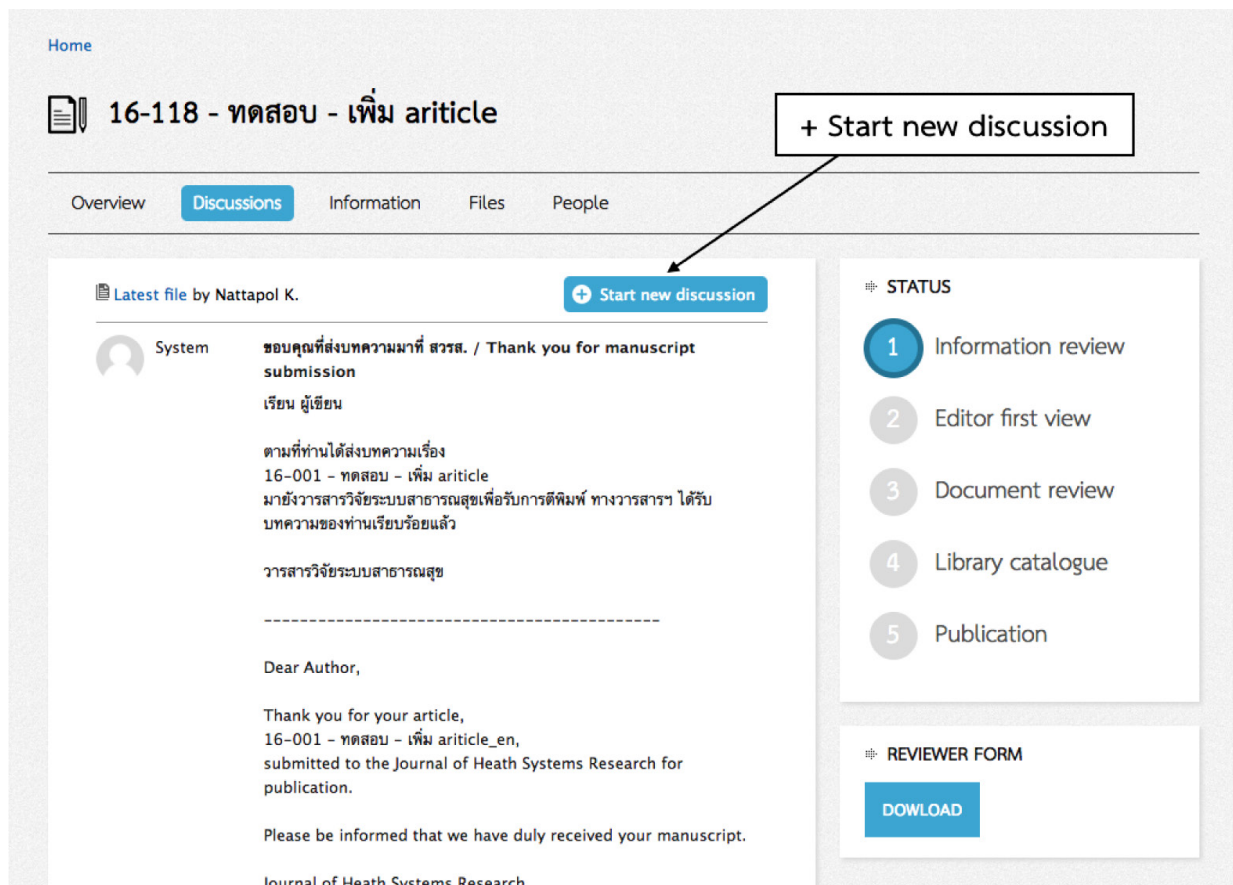




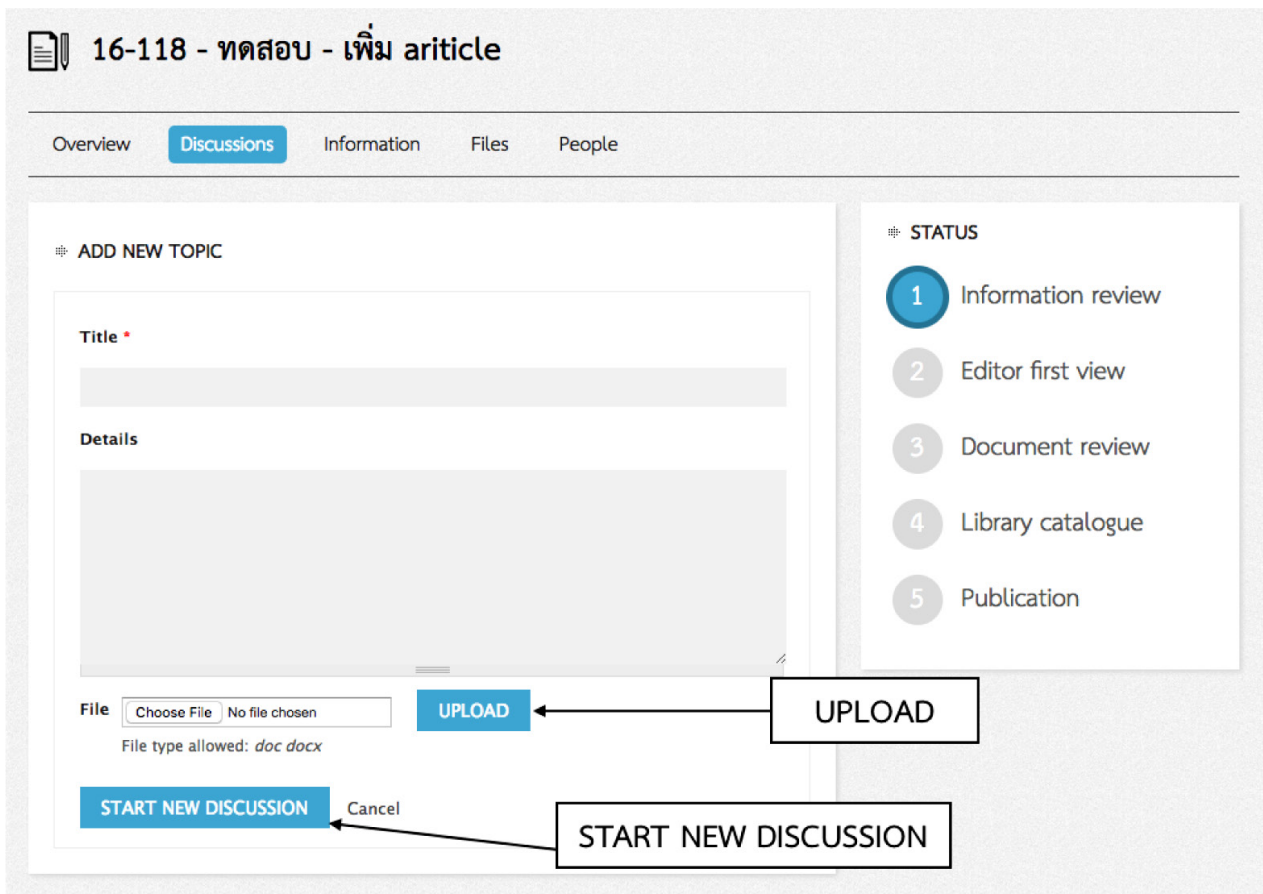
หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจอจะปรากฏดังนี้



การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารนั้น ท่านสามารถกระทำได้ เมื่อท่าน log in เข้าระบบที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> แล้วไปที่ tab “Discussions” จากนั้น คลิกที่ “+ Start new discussion” ดังภาพด้านล่าง



จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้



กรุณากรอกหัวข้อที่ช่อง Title ซึ่งมี * (สีแดง) กำกับไว้ แล้วพิมพ์ข้อความที่ต้องการสื่อสารในช่อง Details หากมีไฟล์ที่ต้องการ upload ก็คลิกที่ Choose File แล้วคลิก UPLOAD

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบจึงจะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดงที่หน้าจอให้ทราบ และปรากฏชื่อไฟล์ได้ข้อความของท่าน

เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อความถึงท่านจากระบบ e-journal จะมีข้อความไปยังอีเมลที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถคลิกที่ลิงค์ในข้อความดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ระบบ e-journal และเขียนข้อความตอบกลับได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ ในเวลาทำการ (08.00-16.00 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-027-9701 ต่อ 9051 หรือ ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th



Publication Ethics

Roles and Responsibilities of Editor

1. Ensure that the manuscript has the highest possible quality based on recent academic progress by seeking opinions from at least 2 reviewers per article.
2. Never expose information on author and reviewers of the article to unrelated outsiders during the evaluation period.
3. Select articles for publication after finishing evaluation by considering how they conform to the policy of the journal and whether they have any risks to be charged with defamation, copyright infringement, or plagiarism.
4. Never publish any articles that have already been published elsewhere.
5. Have no conflict of interest with the author, reviewers, and the executive committee.
6. If plagiarism is detected during the evaluation of the article, editor must stop the evaluation process immediately and contact the author asking for explanation in order to decide whether the article should be published.
7. Evaluate by focusing on the content of the article regardless of race, sexual identity, belief, faith, ethnic, and political opinion of the author.

Roles and Responsibilities of Reviewer

1. Submit opinion on the article by due date providing comprehensible information to support the opinion.
2. Protect confidentiality of documents under review by not exposing them to unrelated persons.
3. If having realized that one has the conflict of interest with the author or other reasons that hinder one from expressing opinion/ giving advice freely, please notify the editorial team and refuse to evaluate the article.
4. Inform the editorial team of possible plagiarism if the author has not properly cited the source of information when it comes from another person's work or unpublished work.
5. Notify the editorial team of in-sufficient expertise to evaluate the article.
6. Suggest interesting research papers that are relevant to the article under review, but do not

directly refer to paper written by the reviewer.

Roles and Responsibilities of the Author

1. Certify that the work is original, has not been published anywhere else, and has not been submitted for publishing in other journals.
2. Report the facts directly and straightforwardly without distorting data or using false data.
3. Refer to the work of another researcher if using such work in one's own research. This can be done by making the list of references at the end of the article.
4. Write the article in the format recommended in the journal's guidance.
5. All co-authors whose names appear on the research paper must have participated in the process of the research production.
6. Identify the source of research fund and notify if there is any conflict of interest.
7. State that the research has been approved by specific research ethics committee. If it required no approval, please provide explanation.
8. State protection of the rights of research participants/informants.
9. Provide raw data if the editorial team requests.
10. Notify the editorial team if any error/mistake significantly affected the research credibility, in order to defend retraction of the article.

Obtaining ethical committee approval

On the matter of getting approval from the ethical committee in case of human research, the author must clearly state when and where the research had been approved.

Main condition

Any article submitted to the Journal of Health Systems Research must not be published before and must not be under consideration for publishing by other journals.

Publishing dates

The journal publishes 4 (four) times a year, once every three months: January–March, April–June, July–September, and October–December.

Quality assessment of articles

If an article submitted for consideration meets the quality standard, it will receive a double-blind

review by at least 2 qualified persons. The editor will consider all comments before sending feedback to the author.

Publishing Fee

All papers published in the journal have no page charge (no publishing fee).

To contact the journal, please use the online system (e-journal). You will find information about the procedure for submitting articles and contacting the journal through this system at the end of this document.

Types of Articles Accepted

There are 4 types of articles that the journal publishes: original article, review article, special article, and letter to the editor. The author should study the following details which are used to categorize the article into the four mentioned. Then state the type of the article on the first line of the first page before the title of the article. The details of each type of article are given below.

1. Original Article

It is the report of the results from research study concerning health and/or health systems development. It should consist of:

- 1.1 Title in English and Thai
- 1.2 Name of the author (or names of all the authors) and the institution that he/she works in, including the name of corresponding author, with mobile phone number and email address.
- 1.3 The abstract in English and Thai
- 1.4 Keywords in English and Thai
- 1.5 Background and Rationale
- 1.6 Methodology
- 1.7 The approval of human research ethic committee: identify the committee that gives approval.

If the article has not been approved by any committee, please explain why.

- 1.8 The results of the study
- 1.9 Critique and Conclusion
- 1.10 Acknowledgement
- 1.11 References or the list of all the literature referred to must be in English. If any of them are in Thai, the author must translate the name and details of such reference material into English and add a bracket “(in Thai)” at the end of that item.

1.12 Attach the declare form with signatures of all the authors. In this step, the e-journal system only accepts files in MS Word, so the declare form with signatures must be sent as a photo file or change the signature of each author into photo format and place it onto MS Word. You can download the declare form in this format from https://www.hsri.or.th/declare_form.

The article should not exceed 20 A4 pages (font: TH SarabunPSK 16). Please study the details of how to prepare the manuscript below (at the end of topic 4, Letter to the Editor).

In case of an article in English, you should also have Thai version of the title, the author name with the institution, the abstract and the keywords.

Suggestion – If the work submitted is in Thai, it is recommended that you should translate the pictures and the tables into English so that international readers can comprehend and use as reference in their work.

2. Review Article

It is an article that collects knowledge from different journals, both in Thailand and other countries, and make comparative analysis of the knowledge in order to have more clarity. It should consist of the following:

2.1 The title in English and Thai

2.2 Name of the author and the institution that he/she works in, including the name(s) of corresponding author(s), with mobile phone number and address.

2.3 The abstract in English and Thai

2.4 Keywords in English and Thai

2.5 Introduction

2.6 Content

2.7 Conclusion or Critique

2.8 References or the list of all the literature being referred to must be in English. If any of them are in Thai, the author must translate the name and details of such reference material into English and add a bracket “(in Thai)” at the end of that item on the list.

2.9 Attach the declare form with signatures of all the authors. In this step, the e-journal system only accepts files in MS Word, so the declare form with signatures must be sent as a photo file or change the signature of each author into photo and place it into the MS Word. You can download the declare form in this format from https://www.hsri.or.th/declare_form.

The article should not exceed 15 A4 pages (font: TH SarabunPSK 16). Please study the details of how to prepare the manuscript below (at the end of topic 4, Letter to the Editor).

In case of an article in English, you should also have Thai version of the title, the author name with the institution, the abstract and the keywords.

Suggestion – If the work submitted is in Thai, it is recommended that you should translate the pictures and the tables into English so that international readers could comprehend and use as reference in their work.

3. Special Article

It is an academic article that expresses opinion on current situations or events that are attracting attention of public, or it could be an article that gathers different content and critique about such situations, or it could be a case study on an outstanding health system in Thailand or in ASEAN region. It should consist of the following:

3.1 Title in English and Thai

3.2 Name of the author/authors and his/her affiliation, including name of the corresponding author, with mobile phone number and email address.

3.3 The abstract in English and Thai

3.4 Keywords in English and Thai

3.5 Introduction

3.6 Content

3.7 Critique

3.8 References or the list of all the literature being referred to must be in English. If any of them are in Thai, the author must translate the name and details of such reference material into English and add a bracket “(in Thai)” at the end of that item on the list.

3.9 Attach the declare form with signatures of all the authors. For this step, the e-journal system only accepts files in MS Word, so the declare form with signatures must be sent as a photo file or change the signature of each author into photo and place it into the MS Word. You can download the declare form in this format from https://www.hsri.or.th/declare_form.

The article should not exceed 10 A4 pages (font: TH SarabunPSK 16). Please study the detail of how to prepare the manuscript below (at the end of topic 4, Letter to the Editor).

In case of an article in English, you should also have Thai version of the title, the author name with the institution, the abstract and the keywords.

Suggestion – If the work submitted is in Thai, it is recommended that you translate the pictures and the tables into English so that international readers can comprehend and use as reference in their work.

4. Letter to the Editor or Correspondence

It could be the correspondence between a scholar, a reader, and the author whose article is published in the journal, especially in case that the readers have different opinion on the matter and want to point out a mistake in the report. At times the editor might support or disagree with such opinion.

Preparing the Manuscript

In the process of taking in an article, the system only accepts a file in MS Word format in A4 page size, single column, double spacing. It must be without file protection because the reviewer may want to give his/her comments by using track changes or add Comment.

1. Title – There must be both English and Thai title. It should be concise and clearly represent the main objective of the study. There must be no use of abbreviation. The length should not exceed 100 letters (spaces included). If the title of the report is very long, change a part of it into subtitle. Should avoid unnecessary phrases such as “the study of...” or “the observation of...” in the title.

2. Author and co-author – Name(s) should be written in both English and Thai. Use full name, not initial. No need to state the position, title or education.

3. Affiliation – It should be in both English and Thai. It means the institution that the author is currently working for. In case of more than one affiliation, state only one. If there are several authors who come from different institutions, use these symbols respectively to separate their affiliation: * † ‡ § # ¶.

4. Abstract - It should be in both English and Thai. It is the summary of the content of the article in the order of its structure: background and rationale, methodology, results and comments. It should not exceed 15 lines. The language must be concise and in full sentences. It should be easy to understand, not requiring further interpretation. No abbreviation. In English, all the content must be written in past tense.

5. Keywords – There should be English and Thai keywords at the end of the English and Thai abstract, not exceeding 5 keywords.

6. Background and Rationale – This part of the article give reasons that lead to the study, literature reviews that relate to the objectives of the study, explain the problem to the readers, state the size and characteristics of the problem, which leads to the need to conduct research in order to find the answer for the problem or answer the question. If you use a theory, explain the basic of the theory here and add the purpose of the study at the end.

7. Methodology – It can be explained and categorized into 2 main topics.

Material used in the study: Explain the details of what is being studied, such as patients, nor-

mal people, as well as the number and particular information of the sample group, such as gender, age, weight. It must include permission from the participants, approval from the ethical committee for research on human, and any equipment used in the study

Method of study: Begin with study design such as randomized, double-blind, descriptive or quasi-experiment. Then follow with sampling, such as simple random sampling or multi-stage sampling. As for the interventions, if it is a common measure, include it as one of the references. If it is new, explain thoroughly to readers so that it can be applied in future studies. Clearly and briefly identify the tools/instrument and the main principles used in the qualitative/quantitative study. Examples are questionnaire, reliability test, data collection method, data analysis method, and statistics used.

8. Result – Show the results or the findings in the order of the study plan. Make it clear and easy to understand. If the results are not complicated having not many numbers of data, it can be explained in prose. However, in case of a lot of numbers or data and variables, use tables, figures or charts with short explanation referring to significant parts. Separate tables, figures and charts from the content by placing them at the end of the article instead of throughout the article. Nevertheless, leave spaces in the content of the article that can be understood that they belong to which tables/figures/charts. Label each space with text box, such as:

Add Table 1 or Add Figure 1 or Add Chart 1

Table (*English is recommended*)

It is an organizing of words, numbers, and symbols into columns in order to show the data and how each data relates to one another. The guidelines for presenting tables in the article are as followed:

- Tables should not be presented as photos.
- The name of the column that represents the data in the column should be brief or shortened.

It can be further explained in the footnote under the table (if necessary).

- Footnote should consist of the details that cannot be contained in the column. Avoid using numbers because one can easily confuse it with number of the references. It is recommended to use symbols like: * † ‡ § # ¶.

- An article should not have more than 3-5 tables. All the data in the columns should not be repeated in the content, only some are allowed.

- In case that the data in the column comes from another person's work; permission should be obtained or references must be made.

Figure (*English is recommended*)

Figure helps communicate the content of the article by highlighting the important parts. The guide-

lines for presenting figures in the article are as follows:

- Figures must be sharp and clear. They can be in color or black and white.
- The original file should come from a camera not less than 600X800 pixels.
- If the figures include many text boxes or a lot of symbols, grouping must be done.
- In case that the figure comes from another person's work; permission should be obtained, or

references must be made.

9. Discussion and conclusion – Begin with critique results, interpret or analyze results, and conclude by comparing them with the hypothesis and find out whether the results confirm the hypothesis. If not, discuss how they differ and why. Comment openly on the results that contradict the hypothesis. Compare with results from other research papers that had been done before (should not be older than 3-5 years). Use those to support findings, hypothesis, or increase the reliability weight. Discuss the limitations/weaknesses and outstanding points that lead to the suggestion of policy and practices, as well as suggestions for future research.

10. Suggestion – The author should give suggestions in terms of policy on the subject being studied, based on the results discovered in the research.

11. Acknowledgement – It should be only one paragraph. State clearly the sources of assistance and research fund. If the person's name is already on the list of co-authors, he or she will not be mentioned here.

12. Reference – Use the title "Reference" on this topic. The writing of references on the list should be one in Vancouver style. Use superscript number in the bracket and place it at the end of the phrase or after the name of the person being referred to, beginning with "⁽¹⁾" and followed by the rest of the numbers. If the reference is repeated, use the same number. Abbreviation is not allowed in the reference list, except for the first name of the author and the name of the journal as stated in Index Medicus. For journals not found in Index Medicus and Thai journals, write the full name of the journal in English.

All items in the references must be written in English (the details are discussed in the next part).

As for the order of the references at the end of the article, use the order of their appearance in the article.

An article that the editor has agreed to publish but has not yet been published should be labeled as "in the process of being published". An article that is not published should be labeled "unpublished." Avoid using personal communication in the reference, except that it is an extremely important piece of information rarely found elsewhere. In such case the name and the contacted date can be stated

in the bracket that comes after the referred title.

Rules and regulations for writing the references

12.1 Academic journal

The author's last name and the abbreviation of the author's first name and middle name (if any). Title. Name of the journal year of publication;volume number:page numbers.

For references that are in Thai journal, every part of the above example must be translated into English and state "(in Thai)" at the end of the reference.

The author's name must begin with last name, followed by the first letter of the first name and middle name (if any). If there are more than 6 authors, only list the first six authors and followed with "et al".

Name of the journal should be shortened into abbreviation in the format of U.S. National Library of Medicine, which is annually published in Index Medicus.

Title of the article must be in lower-case letters, except for the first letter and proper nouns. If the journal's pages are not arranged in chronological order in a year, ordinal numbers of the issue must be stated. For example, "10(3):" means that it has been published at the 10th years and appears in the 3rd issue (number in the bracket). Then put a colon.

Page number must be in full form on the first page but repeated number must be omitted on the last page, such as 123-9 instead of 123-129 or 248-58 instead of 248-258.

Leave no spaces in front of and after semicolon and colon when stating year of publication, volume number, and page number.

Here are some examples.

1. Sirichakwal PP, Sranacharoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011;20(3):477-83.
2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. *Journal of Health Systems Research* 2015;9(2):136-45. (in Thai)
3. Snowdon J. Severe depression in old age. *Medicine Today* 2002;3(12):40-7.
4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. *Forschende Komplementarmedizin* 2011;18(6):315-20.
5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2008 Mar 29;336(7646):701-4.
6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. *Pediatr Neonatal*

2012;53(4):252-6.

In case that the author is an institution

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-86.

In case that the author is unknown

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325(73):184.

In case of publishing in a supplement issue

9. Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

12.2 Book, text book or report

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.

12. Office of the National Economic and Social Development Board. Philosophy of sufficiency economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)

13. Association of Southeast Asian Nations. Association of Southeast Asian Nations: one vision, one identity, one community [internet]. ASEAN annual report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 Jul]. Available from: https://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/Anuario%202009/Asia/documentos/Association%20of%20Southeast%20Asian%20Nation%20-%20%20Annual%20Report%202007-2008.pdf.

Book or textbook wholly written by the author without an editor

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Name of the book. Edition. Place of publication: publisher's name; year of publication. Number of pages.

(Edition will be stated only when it is not the first edition.)

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. 502 p. (in Thai)

15. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

16. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

17. Murtagh J. John Murtagh's general practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia; 2007.

Book that has been published with an editor (quoted from one chapter only)

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. In: Editor's name, editor. Name of book. Volume number. Place of publication: publisher's name; year of publication. p. page numbers.

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

In case of an e-book

21. Ifan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>.

In case of quoting from a chapter in e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: <http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html>.

12.3 Documents from meeting or seminar

Minutes of meetings

The author's last name and abbreviation of the author's first name. Title. In: Editor's name, editor. Name of the meeting; date of the meeting; venue of the meeting. Place of publication: Publisher; Year of publication. p. page numbers.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

In case of papers presented in the meeting but have not been documented

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 Jun 24-25; Darwin, Australia.

In case of paper published in proceedings

25. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of

the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

12.4 Academic report published by research funding sponsor

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. Type of report. Place of publication: Publishing institution/Fund source; Year of publication. Report number.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

12.5 Thesis

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title (type of degree). City/town: University; Year of graduation.

27. Eamudomkarn C. Development of urinary antibody-based diagnosis using *Strongyloides ratti* as heterologous antigen and the outcomes of drug treatment in strongyloidiasis in mixed parasitic infections with *Opisthorchis viverrini* in northeast Thailand (doctoral thesis). Department of Parasitology, Faculty of Medicine. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2001.

12.6 Other types of printed matter

12.6.1 Articles from newspapers

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. Name of newspaper. Year/month/day of publication: section. Page number (column number).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. *The Courier Mail* 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. *The Courier Mail* (Weekend edition). 2010 Mar 6-7:Sect. ETC:15.

In case that the author is unknown

30. Meeting the needs of counsellors. *The Courier Mail* 2001 May 5:22.

12.6.2 Law

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

12.6.3 Dictionary

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

In case of on-line dictionary

33. Stedman's medical dictionary [internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.stedmans.com>.

12.7 Visual media

Title (visual media). Place of production: Production company: Year of production.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educational Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

12.8 Electronic media

The author's last name and the abbreviation of the author's first name. Title. Name of journal or type of media [serial online] Year of publication [year/month/day of search]; Year (issue, if any): [number of pictures or number of pages]. Source: URL address.

Electronic file with DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/>. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.

Electronic file without DOI number

36. Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: <http://jpesy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Podcasts

37. Dirks, P. "Missing Link" fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm>.

Blog posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your reality. Pick the brain [blog on the internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/>.

Adjustment of the manuscript

In general, the editorial team considers the overall academic accuracy and completeness of content, then the manuscript will be returned to the author, who has the right to make adjustments. However, the editorial team reserves the right to publish only those that conform with the format and main content of the journal.

Final proof

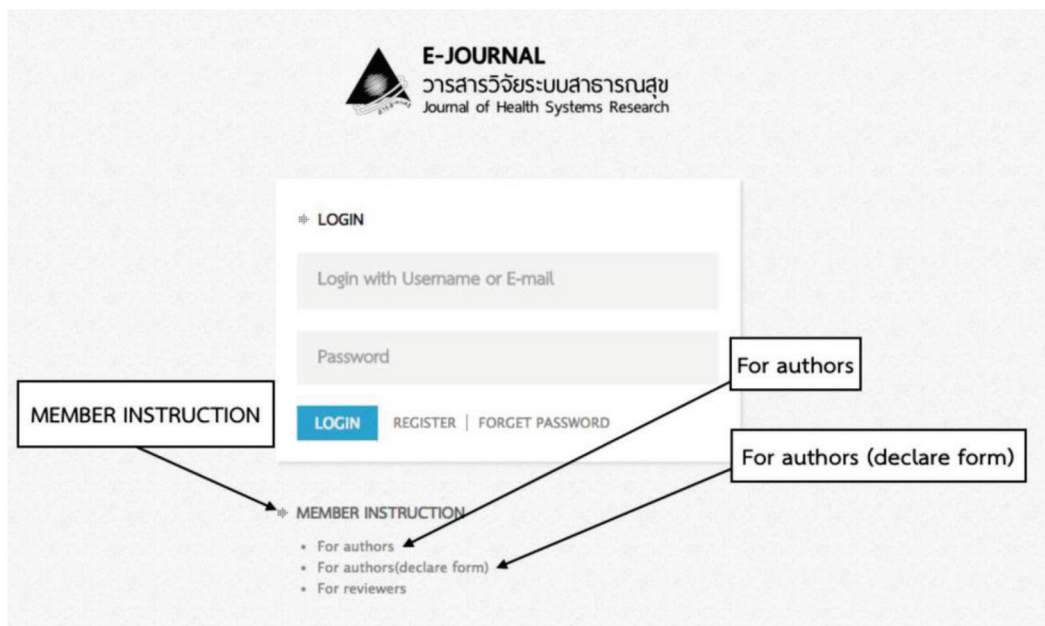
The author must proofread and agree on the final draft in order to ensure the accuracy and completeness of the content.

Status of the Article in the System and Work Procedure
Journal of Health Systems Research

Status of the article in e-journal system	Work procedure
1. Information review	After the author submits the article into the system, the editorial team will do the preliminary check for completeness.
2. Editor first view	The experts screen the work at preliminary level, such as checking whether its content is in the scope of the journal and the benefits that will result from the study. Articles can be rejected at this step.
3. Reviewer	Editor team sends the article to the experts to obtain academic opinions. Editor considers the opinions and make conclusion. Then ask the author to adjust the article or inform him/her that the article is rejected.
4. Revision Revision 1 Revision 2 (If the author does not submit his or her article within 30 days without asking for extended period, or within 60 days in case of receiving extended period, the system will automatically reject the article.)	When the author is notified that the article needs adjustment. This is a period from Day 1 to Day 30 after the author is notified (Day 0 is the day of notification). When it comes to the last seven days of this period, the system will send a reminder and the author can follow the instruction in the reminder to extend the period for another 30 days. (Only after requesting the extension of time and Day 31 begins, the status of the article will change to “Revision 2”) This is a period from Day 31 to Day 60 after the author is notified. When it comes to the last seven days of this period, the system will send a reminder and the author cannot extend any more time.
5. Edit 1	The author submits the adjusted article and the editorial team checks the revisions.
6. Edit 2	The author may be asked by the editorial team to readjust the manuscript. The author submits the revised MS Word file.
7. Editor approval of MS Word	The editorial team rereads the article academically and may ask the author to make further changes to the manuscript
8. Artwork	The editorial team sends the manuscript to the production house to produce a readily publishable pdf format.
9. Author check	The author checks for accuracy and confirms approval within 3 days.
10. Editor approval of artwork	The editorial team approves accuracy.
11. Proofreading	Final proofreading (to pdf file) by the editorial team
12. Library catalogue	The editorial team prepares to publish the article at https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research
13. Publication	Publish the article at: https://www.hsri.or.th/journal_of_health_systems_research and the author will be notified promptly.

Submitting the manuscript

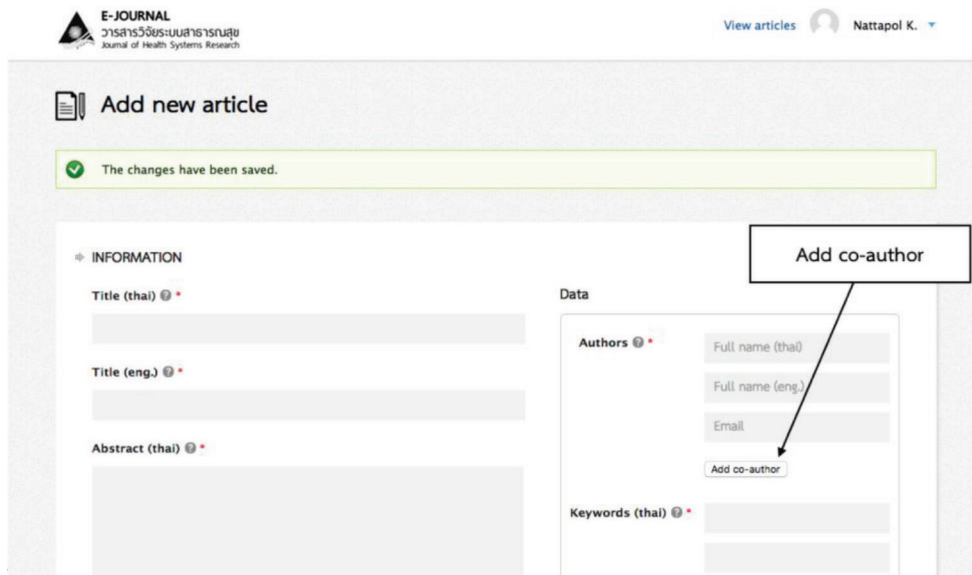
The manuscript must be submitted online only. Please go to <http://ejournal.hsri.or.th/> and you will find the screen below. If this is your first time of submission, you must first apply for membership (click at register) and the system will send you a link to your e-mail that you used in the registration. Within 24 hours, use the link to set a password. After the password is set, you will be able to submit the manuscript. If you forget your password, please type in your username or email address (that you used in registration), then click FORGET PASSWORD. A message will be sent to your email to help you enter the system and set a new password.



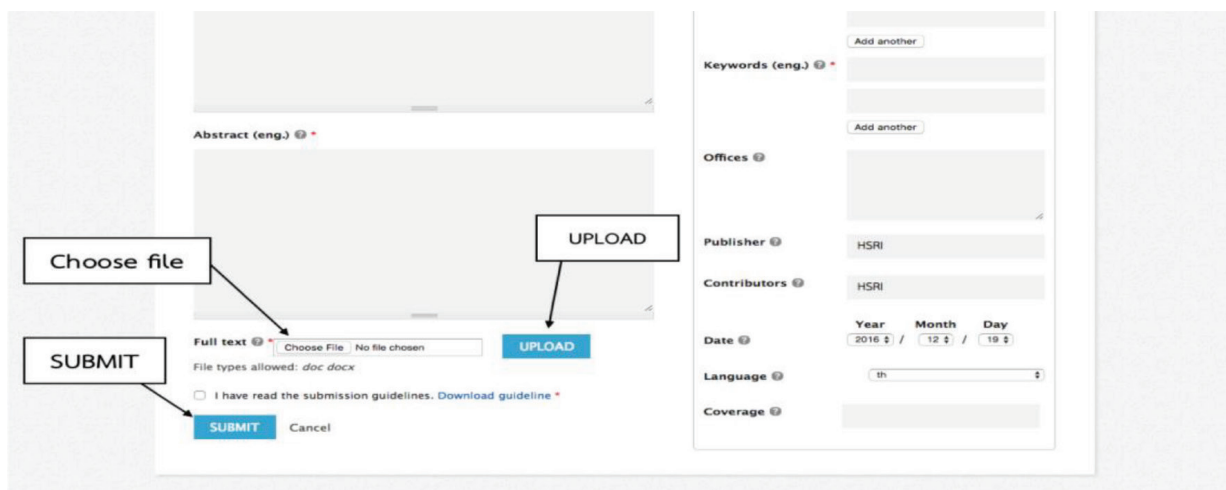
When you click “For authors”, the system will show the next screen, which has a link for “submission guideline” in both Thai and English.

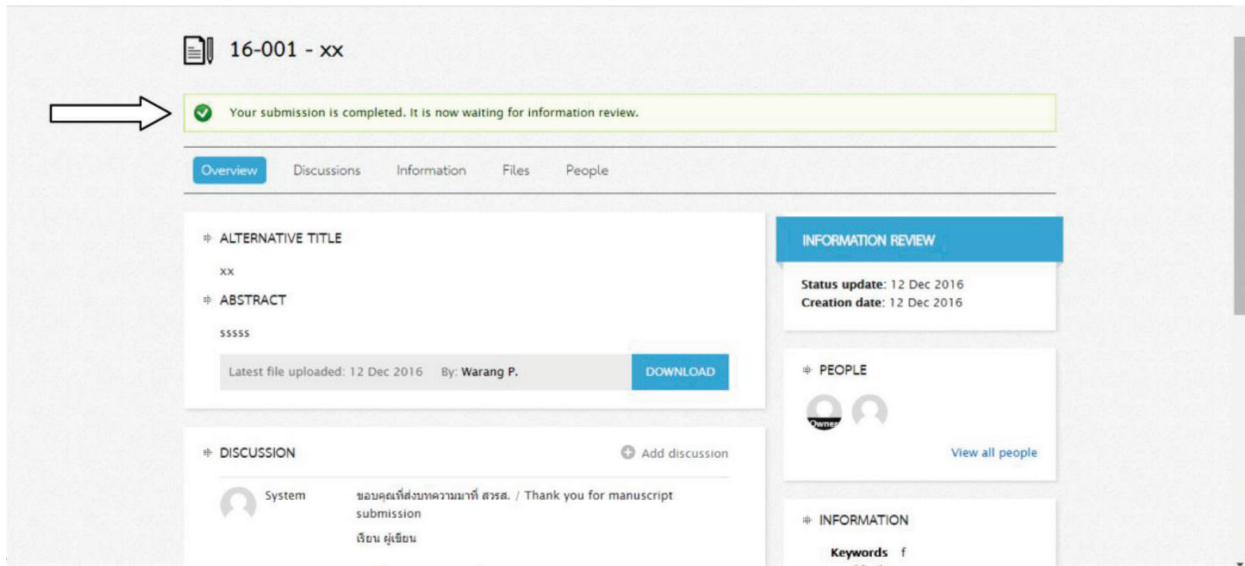
When you click “For authors (declare form)”, the system will show the next screen that has a link to “declare form” in English and Thai, which the journal requires the author to submit as well. As for the guideline for submitting your declare form, please go back to the part “types of articles accepted” which is in the earlier section of this document.

After setting the password and clicking “save”, the system will show the following screen.

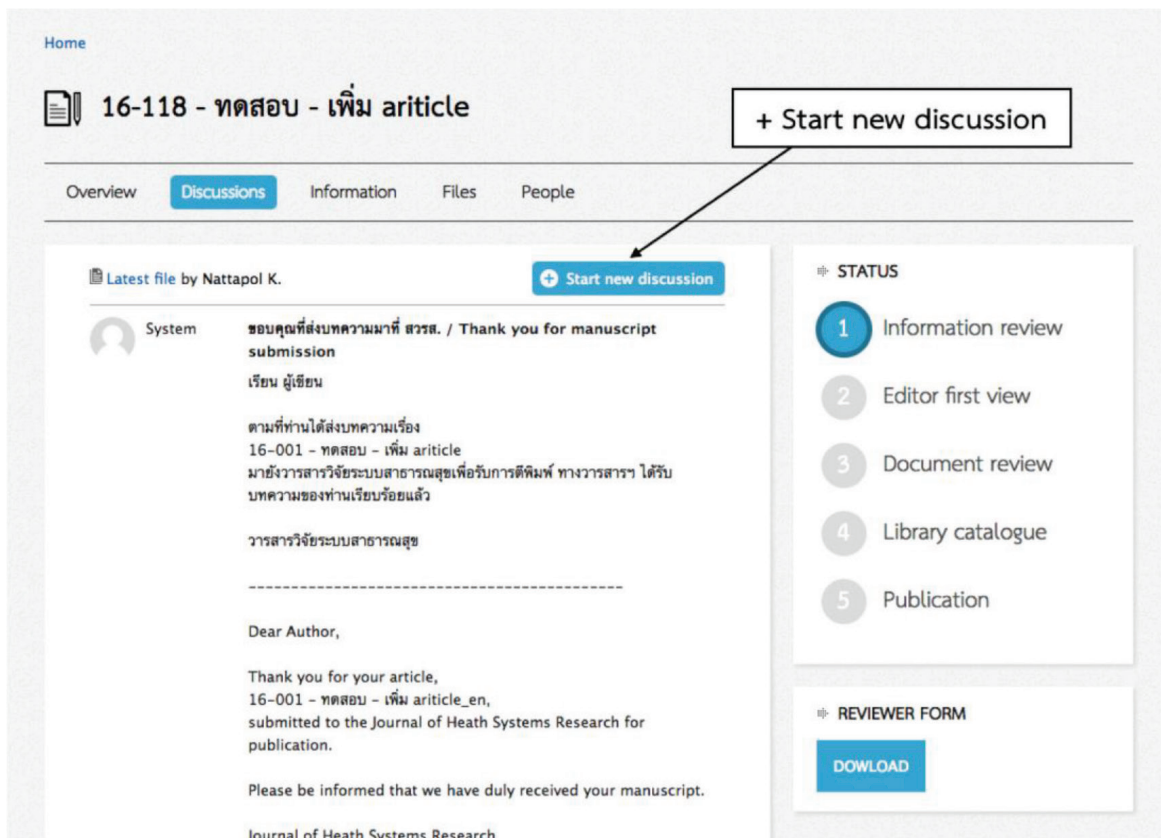


Fill in the form with all the information it requires, especially the names and emails of all the authors that are found in the file of the manuscript. A box to fill in with information about co-author will appear when you click the button “Add co-author”. You will be able to add the information of one co-author at a time. After you have completed filling in this part, click “Choose file” to select the manuscript that you want to submit. When the file name appears in the box, click “UPLOAD” button to upload the file into the system. After finishing file upload, click “SUBMIT”.

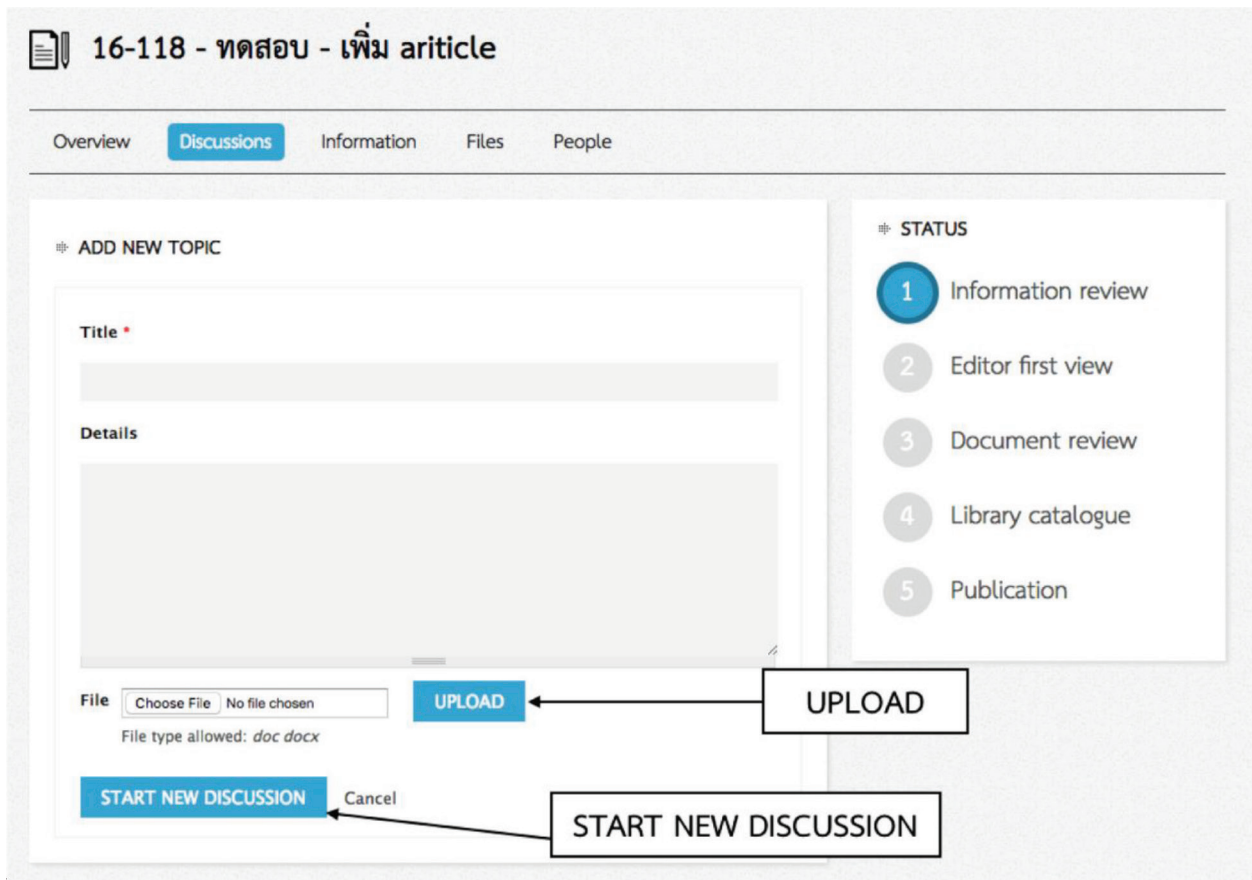




You can contact the staff of the editorial team. Please log into the system at <https://ejournal.hsri.or.th/>, then click the tab “Discussions” and click “+ Start new discussion” as shown in the picture below.



After that, the screen showed below will appear.



Fill in the box labeled “Title” that has the red * marking. Then type the message that you want to communicate in the “Details” box under it. After that, click “Choose File” and click “UPLOAD.”

Finally, click the button “START NEW DISCUSSION” below and the system will send your message to the staff of the editorial team of the journal.

If the file has been uploaded successfully, a message will appear on the screen to notify you with the name of your file underneath the message.

When our staff from the editorial team sends you a message from e-journal system, it will go to the e-mail that you used when applying for membership with the journal. You can click the link in that message to enter e-journal system and write a reply.

If you have any questions or inquiries about using the system, please contact the staff during office hours (8.00–16.00) from Monday to Friday by calling 02-027-9701 (ext: 9051) or send your questions to warangkana@hsri.or.th.

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่พึงประสงค์แบบมียุทธศาสตร์

ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

289

Editorial

Strategic Purchasing Desirable Health Systems

Supasit Pannarunothai

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566

พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ

291

ORIGINAL ARTICLE

Assessment of Thailand's Health System Performance in 2022-2023

Pongsadhorn Pokpermddee, et al.

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย

ศรฉวี น้อย อวนศรี และคณะ

314

The Transfer of Sub-District Health Promoting Hospital to Local Government Organizations: Progress and Challenges

Sonvane Uansri, et al.

มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ดาราวรรณ ร่องเมือง และคณะ

331

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

Daravan Rongmuang, et al.

ศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพชุมชนหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ

351

Capability, Community Participation and Factors Associated with the Abilities of Village Health Volunteers' Community Health Management of Devolved Sub-District Health Promoting Hospitals of Provincial Administrative Organizations

Chaweewan Sridawruang, et al.

แพลตฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อานัส ตอवालเบห์ และคณะ

367

Diabetes and Hypertension Screening Platform for Sub-District Health Promoting Hospital to Track Community Health

Anas Tawalbeh, et al.

สารบัญ

Contents

การวิเคราะห์ทอิกิมาและการเสวนาหาฉันทมติ
เพื่อพัฒนาบัญชียาจำเป็นในระบบการแพทย์
ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอก
โรงพยาบาล

ปิยวัฒน์ ดิลกธรสกุล

นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์

บทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
ของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19
พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย

สุทัศน์ เลี่ยมไหม และคณะ

บทความพิเศษ

สภาวะสุขภาพช่องปากและประสบการณ์การใช้
บริการทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย
การศึกษาภาคตัดขวางจากสมาชิกโครงการ
จ้างวานเช่า

วรารัตน์ ใจชื่น

พูลพฤกษ์ โสภารัตน์

381 A Meta-Analysis and Consensus Conference
on Updating a List of Medicines for Out-of-
Hospital Cardiac Arrests in the Emergency Care
System

Piyawat Dilokthornsakul

Nantawarn Kitikannakorn

401 Lessons Learned from the Management for
Public Health Emergencies of Healthcare
System during COVID-19 Pandemic in
Southern Border Provinces, Thailand

Suthat Siammai, et al.

SPECIAL ARTICLE

427 Oral Health Status and Self-Report Dental
Service Utilization Experience among
Homeless People in Thailand: A Cross-
Sectional Study in Members of Work from
Homeless Project

Wararat Jaichuen

Poolpruek Soparat

ซื้อระบบสุขภาพที่พึงประสงค์แบบมียุทธศาสตร์ Strategic Purchasing Desirable Health Systems

การซื้อแบบมียุทธศาสตร์ (strategic purchasing) เป็นกระบวนการทางการคลัง (financing) ที่ผสมผสาน กลไกวางแผนและบริหารจัดการให้สามารถดำเนินการ บรรลุเป้าประสงค์อย่างชาญฉลาด องค์การอนามัยโลก เสนอแนะให้ประเทศต่างๆ พิจารณาใช้การซื้อบริการ สุขภาพแบบมียุทธศาสตร์เป็นกลไกสำคัญของการสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹⁾

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย สำเร็จได้ตั้งแต่ปี 2544 เพราะพุ่มพิกแนวคิดการแยกอำนาจ ผู้ซื้อ-ผู้ขาย (purchaser-provider split) ในระบบสุขภาพ เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตาม สถาปัตยกรรมระบบอภิมหา (governance landscape) ที่ กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽²⁾ ให้ สปสช. ทำหน้าที่บริหารอำนาจของผู้ซื้อ รายใหญ่ที่มีน้อยรายในตลาด (monopsonistic power) ซื้อบริการสุขภาพผสมผสาน (comprehensive) จาก หน่วยบริการที่มีอยู่มากรายทั่วประเทศไทย ดังนั้น ในช่วง ระยะเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมา สปสช. ได้พิสูจน์แล้วว่า สามารถใช้กลไก strategic purchasing ทำให้ประชาชนที่มี บัตรทองร้อยละ 75 ของประเทศสามารถเข้าถึงบริการได้ และได้ประโยชน์จากระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพด้วย รายจ่ายรายหัวที่น้อยกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาล ของข้าราชการกว่า 4 เท่า⁽³⁾ เป็นหลักฐานที่สนับสนุนว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยจะต้องพัฒนาวิธีซื้อระบบ สุขภาพอย่างมียุทธศาสตร์เพื่อก้าวไปสู่สถานะที่พึงประสงค์ ได้อย่างไม่หยุดยั้ง

การยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารักษา ได้ทุกที่ ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นช่วง พิสูจน์ความท้าทายของวิธีซื้อแบบมียุทธศาสตร์ให้เกิด ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องต่อไปอีกสอง ทศวรรษได้หรือไม่ การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพ ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566⁽⁴⁾ ส่งสัญญาณว่า ประเทศไทยจะตั้งเป้าหมายระบบสุขภาพโดยใช้กรอบ ขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) ที่ต้องเป็นประเทศพัฒนาแล้ว จึงจะเป็นสมาชิกได้ เท่ากับเป็นการยกระดับการประเมิน ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างแท้จริง ไม่ ว่าจะมีบริบททางการเมืองการกระจายอำนาจโดยทั่วไป/ การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ ความมุ่งมั่นทางการเมืองของรัฐบาลว่าจะลงทุนเพื่อสุขภาพของประชาชน เท่าไร การอภิบาลระบบสุขภาพโดยรวมและระบบการ จัดการทางการคลังสุขภาพของระบบย่อยจะเป็นอย่างไร คำถามหลักของการพัฒนารอบการซื้อในระบบสุขภาพ ของสามระบบหลักประกันสุขภาพของไทยต่อไป นอกเหนือ จากที่เอกสารองค์การอนามัยโลกกำหนด 3 อย่างว่า What to buy?, From whom to buy?, How to buy? คำถาม นั้นคือรัฐควรเติมเงินเพิ่มเท่าไรเพื่อจัดระบบสุขภาพให้เป็น ระบบที่พึงประสงค์ตามข้อเสนอแนะ “...ใช้ unit cost ที่แท้จริงในการวางแผนด้านการเงินการคลังสุขภาพและการ บริหารทรัพยากรในการให้บริการ”⁽⁴⁾ ซึ่งประเทศไทยมีฐาน ข้อมูลระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
บรรณาธิการ



References

1. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing of health services for universal health coverage: how to make it more strategic? Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/HGF/PolicyBrief/19.6). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. National Health Security Act B.E. 2545. The Royal Government Gazette Volume 119, Section 116 Kor. (Nov 11, 2002). (in Thai)
3. Patcharanarumol W, Panichkriangkrai W, Sommanutaweechai A, Hanson K, Wanwong Y, Tangcharoensathien V. Strategic purchasing and health system efficiency: a comparison of two financing schemes in Thailand. PLoS ONE 2018;13(4):e0195179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195179>.
4. Pokpermddee P, Sukpatthanakul K, Phimla S, Pensuriya W, Charoensuntisuk N, Kongsueb P, et al. Assessment of Thailand's health system performance in 2022–2023. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):291-313. (in Thai)
5. Khiaocharoen O, Prasertworakul C, Sriwongchai C, Khattiyod T, Srisirianun T, Lampu P, et al. Unit cost of outpatient visit and inpatient admission from the first phase cost per disease project. HISPA Compendium. 2023;1(6):76-99. Available from: <https://doi.org/10.14456/hispa.2023.6>. (in Thai)

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566

พงศธร พอกเพิ่มดี*
กฤติยา สุขพัฒนากุล†
ไศรดากรณ์ พิมลา‡
วันวิสา เพ็ญสุริยะ‡
นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข‡
ปุณณิกา คงสืบ‡
ศศิกา จันตรา‡
ณัฐนรี ชิงจัตุรัส‡
อิสริยากรณ์ คันธา‡
อรจิรา หยกทองอินทร์‡
ณิชาธร กาญจนโยธิน‡
บุศิมา อรรถสิทธิ์§

ผู้รับผิดชอบบทความ: กฤติยา สุขพัฒนากุล

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทยปี พ.ศ. 2565–2566 เทียบกับต่างประเทศ ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) และกลุ่มประเทศอาเซียน วิเคราะห์และสังเคราะห์ความเชื่อมโยงค่าใช้จ่ายสุขภาพและตัวชี้วัด และนำมาจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดสุขภาพที่ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาจากตัวชี้วัดด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 193 ตัวชี้วัด เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อนและพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ยั่งยืนและมีมาตรฐานในระดับสากล

ระเบียบวิธีศึกษา: เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพของผลลัพธ์ระบบสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของค่าใช้จ่ายสุขภาพกับตัวชี้วัดที่สำคัญ จากข้อมูลตัวชี้วัดของ

* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

‡ สำนักจัดซื้อสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

§ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Received 20 June 2024; Revised 28 August 2024; Accepted 12 September 2024

Suggested citation: Pokpermddee P, Sukpatthanakul K, Phimla S, Pensuriya W, Charoensuntisuk N, Kongsueb P, et al. Assessment of Thailand's health system performance in 2022-2023. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):291-313.

พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนากุล, ไศรดากรณ์ พิมลา, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ และคณะ. การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):291-313.

ประเทศไทย เปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD และประเทศในอาเซียน และใช้เทคนิค modified Delphi surveys โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญออนไลน์แบบไม่เปิดเผยตัวตน 2 รอบ เพื่อนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มตัวชี้วัดและการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา: ประเทศไทยมีข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 158 ตัวชี้วัด ไม่มีข้อมูล 35 ตัวชี้วัด โดยสามารถเปรียบเทียบตัวชี้วัดของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD ได้จำนวน 112 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบไม่ได้ 46 ตัวชี้วัด เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่แสดงแนวโน้มสัดส่วน หรือเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ มีข้อค้นพบที่สำคัญ คือ 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาจำแนกรายมิติ พบว่า ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขของไทย ซึ่งมีสถานการณ์ดำเนินงานที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD มีจำนวน 51 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาเนื่องจากระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีสถานะที่แย่กว่า เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 61 ตัวชี้วัด โดยจำแนกเป็น 5 มิติ คือ (1) มิติสถานะสุขภาพ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 17 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 8 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด 3 อันดับแรกที่ต้องเร่งพัฒนา ได้แก่ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา อัตราการเสียชีวิตของทารก และความชุกของโรคเบาหวานประเภทที่ 1 และ 2 ในผู้ใหญ่ (2) มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 12 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา จำนวน 7 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปี จำแนกตามเพศ และ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ (3) มิติการเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 2 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 12 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามสาขามิติศาสตร์ สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ และอัตราการรอผ่าตัดต่อกระจกนานกว่า 3 เดือน (4) มิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 11 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 16 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สัดส่วนของการติดต่อทางด้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว และอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช (5) มิติทรัพยากรสุขภาพ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 9 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 18 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต การผลิตบัณฑิตพยาบาล และจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน 2) ผลการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาทั้ง 61 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสำคัญสูงสุด 5 อันดับแรก คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต รองลงมาคือ การผลิตบัณฑิตพยาบาล ส่วนอันดับ 3 ซึ่งมีความสำคัญในระดับเดียวกัน คือ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างระหว่างการผ่าตัด และจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน อันดับ 4 คือ ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และอันดับ 5 มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ สัดส่วนของการติดต่อทางด้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว รายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด และจำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน 3) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพและตัวชี้วัด พบว่า ประเทศไทยและกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและมีรายได้น้อยจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพแย่กว่าประเทศของกลุ่ม OECD ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนในมิติการเข้าถึง และคุณภาพการดูแล ความครอบคลุมของชุดบริการสุขภาพหลัก สามารถทำได้ดีแม้จะมีระดับการใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ โดยไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรอยู่ที่ 25,472 บาท (US\$730.5 ปรับค่า purchasing power parity) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD แต่ประชากรไทยยังได้รับสิทธิบริการสุขภาพหลักอย่างทั่วถึง 4) ผลการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อนและพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ยั่งยืน จำแนกเป็นข้อเสนอในการจัดการพัฒนาผลลัพธ์ระบบสุขภาพ 5 มิติ โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการบริการโดยเฉพาะระบบปฐมภูมิ ปรับปรุงบริการทางการแพทย์สู่ community base และวางแผนบริหารจัดการและกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง และจัดทำแผนการพัฒนาเพื่อบรรลุผลลัพธ์สุขภาพตามเป้าหมาย OECD ในเรื่องของการจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤต และการผลิตพยาบาล

ข้อยุติ: การวิเคราะห์สมรรถนะของระบบสุขภาพและมิติผลลัพธ์สุขภาพ 5 มิติ พบว่า สมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นและอยู่ในระดับต้นๆ ของอาเซียน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาผลลัพธ์สุขภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสำหรับประชาชน

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, สมรรถนะ, ผลลัพธ์สุขภาพ, การจัดลำดับความสำคัญ, ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ

Assessment of Thailand's Health System Performance in 2022-2023

Pongsadhorn Pokpermdée*, Krittiya Sukpatthanakul†, Soradakorn Phimla†, Wanwisa Pensuriya†, Nardanong Charoensuntisuk‡, Punnipa Kongsueb†, Sasipa Chantra†, Natnaree Khingchatturat†, Isariyaporn Kanta†, Onjira Nuthong-In†, Nichatorn Karnchanayothin†, Chutima Akaleephan§

* Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

† Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

‡ Digital Health Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

§ Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Corresponding author: Krittiya Sukpatthanakul, Krittiya_03@hotmail.com

Abstract

Background: The assessment of Thailand's health system performance from 2022 to 2023 aims to analyze health outcomes in comparison to the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) and ASEAN (Association of Southeast Asian Nations) countries. The study aimed to examine and synthesize the relationships between health expenditures and key indicators, and to prioritize the health indicators that Thailand urgently needed to achieve from among the 193 OECD health indicators. The goal was to formulate policy and strategic recommendations that enhance the sustainability and international competitiveness of Thailand's health system.

Methodology: This study used a mixed methods approach to analyze both the quantitative and qualitative aspects of health system outcomes. It explored the relationship between health expenditures and key indicators by comparing Thailand's data with that of OECD and ASEAN countries. The study also incorporated a two-round modified Delphi survey, gathering anonymous expert opinions online to frame top priority indicator groups with final policy recommendations.

Results: Thailand data covered 158 indicators and lacked 35 indicators. Of those available, 112 indicators were comparable with the OECD countries, while 46 non-comparable indicators were those with trends, proportions, or qualitative data. Main findings were: 1) out of 5 dimensions of the comparable indicators, there were 51 indicators that Thailand health system outperformed the OECD average and 61 indicators that lagged behind the OECD average. (1) Within the health status dimension, 17 indicators were identified as challenges, with 8 indicators requiring immediate attention. The top three indicators in need of urgent development were the maternal mortality ratio, infant mortality rate, and the prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults. (2) Under the health risk factor dimension, 12 indicators were challenges while top three were the premature birth rate, the smoking rate among children aged 13-15 by gender, and the smoking rate among the population aged 15 and over by gender. (3) Under the service access dimension, 12 indicators were challenges and top three were the ratio of doctors per 1,000 population by region, the proportion of household expenditure on health, and the proportion of patients waiting for cataract surgery over three months. (4) Under the patient care quality dimension, 11 indicators were challenges, with 16 indicators in need of urgent development, while top three were the percentage of the population aged 65 received influenza vaccine, the proportion of antimicrobial resistance in long-term care, and the suicide rate among inpatients with psychiatric illnesses. (5) Under the health resource dimension, 9 indicators were challenges, 18 required urgent attention, and top three priorities were the number of critical care beds, the number of nursing graduates, and the number of nurses per 1,000 population. 2) From the prioritization of the 61 indicators needed urgent development, the top five indicators deemed most critical by experts were: the number of

critical care beds, the production of nursing graduates, and three indicators tied for the third place were the maternal mortality ratio, the rate of foreign body left after procedure, and the number of nurses per 1,000 population. The fourth priority was the percentage of the population aged 65 and over received influenza vaccine. The fifth priority included the proportion of antimicrobial resistance in long-term care; government expenditure on health as a percentage of total government expenditure; and the number of physicians per 1,000 population. 3) The correlation study between health expenditure and health outcomes showed that Thailand and other ASEAN countries with low per capita health spending—mostly developing nations—had poorer health outcomes compared to more developed OECD countries. Despite relatively low health expenditure, these countries often achieve good accessibility, quality of care, and coverage of essential health services. Thailand’s per capita health expenditure was 25,472 baht (730.5 USD PPP), lower than the OECD average. Nevertheless, Thai population benefited from universal access to core health services. 4) The results of policy and strategic proposals for driving and developing the capacity of Thailand health system sustainably were divided into proposals for managing the development of 5 dimensions of health system outcomes: focusing on creating health literacy; developing health care system for older persons; developing the service system, especially the primary care system, reorienting medical services to the community; by planning the management and distribution of resources comprehensively; and creating a development plan to achieve health outcomes according to the OECD targets in terms of management of critical patient beds and nurse production.

Conclusion: Thailand’s health system performance showed improvement and ranked high in ASEAN, however, the health outcomes fell short when compared to developed countries. Therefore, it is essential for Thailand to further enhance the efficiency of its health system to achieve better quality health outcomes for its population.

Keywords: health systems, competencies, health outcomes, prioritization, health indicators

ภูมิหลังและเหตุผล

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย เทียบกับต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การระดับนานาชาติ ถือเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของเป้าหมายในการยกระดับสุขภาพของประชาชนไทยรวมถึงพัฒนาต่อยอดไปสู่ความเป็นเลิศในระดับสากล และเป้าหมายในการให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพดี 1 ใน 3 ของเอเชีย เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทางและได้ผล จำเป็นต้องรู้ว่า “การดำเนินการด้านสุขภาพ หรือ ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีสมรรถนะเพียงใดและอยู่ในระดับใดเมื่อเทียบกับนานาชาติ”⁽¹⁾ เครื่องมือที่สามารถบ่งชี้สถานะสุขภาพของประชากรและประเมินความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างชัดเจน และ

เป็นที่ยอมรับขององค์การระดับนานาชาติ (international organization) คือ ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ (health indicator) ณ ปัจจุบัน องค์การระดับนานาชาติต่างมีบทบาทในการจัดทำชุดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ การคัดเลือกชุดตัวชี้วัดที่สามารถประเมินสถานะสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของประชาชนทั้งระบบได้อย่างครอบคลุมภายใต้บริบทของประเทศไทยจึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย ในบรรดาชุดตัวชี้วัดจากองค์การระดับนานาชาติต่างๆ ชุดตัวชี้วัดด้านสุขภาพตามแนวทางขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)⁽²⁻⁵⁾ เป็นองค์การที่มีการรวบรวมตัวชี้วัดไว้มากที่สุดเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) หรือองค์การสหประชาชาติ (United

Nations: UN) OECD ให้ความสำคัญเรื่องค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพื่อสร้างความคุ้มค่าของการดูแลสุขภาพประชากร และ GDP (gross domestic product) ของประเทศสมาชิก ทั้งนี้ OECD ทำหน้าที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503⁽⁶⁾

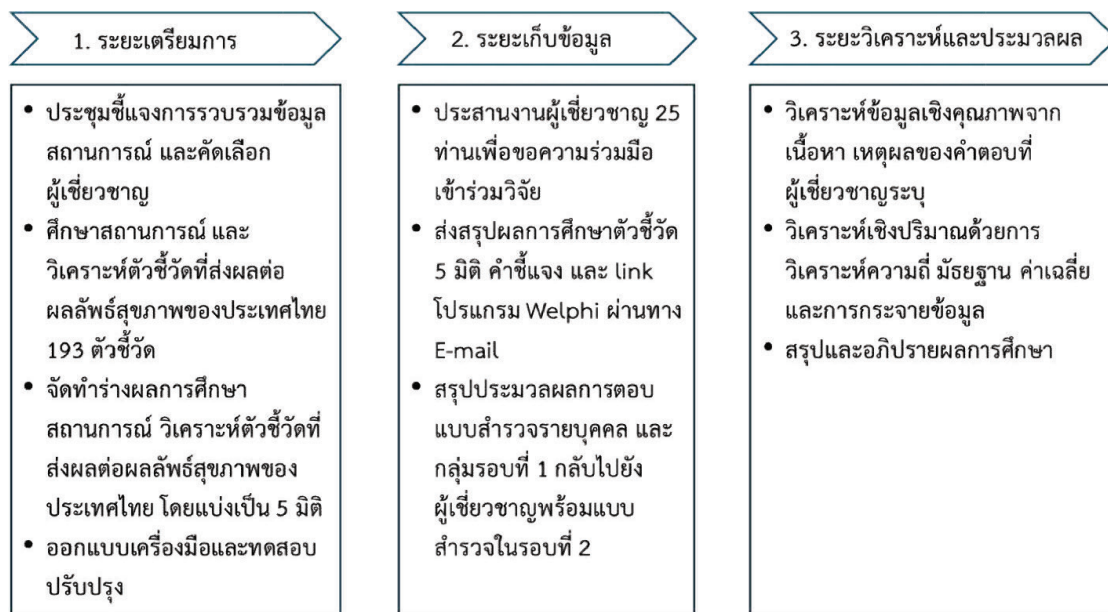
ดังนั้น การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทยจึงมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงคุณภาพของการบริการ ทรัพยากรสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์แนวโน้มสถานะสุขภาพที่สำคัญ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับบุคคล การเข้าถึงคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน 2. เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD และประเทศสมาชิกในภูมิภาคอาเซียน และนำผลลัพธ์สุขภาพที่ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสามารถแข่งขันตามแนวทางขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา⁽³⁻⁶⁾ มาวิเคราะห์

และคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมและมีความสำคัญที่สุดในด้านผลกระทบ ความเร่งด่วน ความพร้อมของข้อมูลและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ 3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืนและมีมาตรฐานในระดับสากลต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพเชิงปริมาณใช้วิธีวิเคราะห์คุณภาพและผลลัพธ์ระบบสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ จากข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 193 ตัวของประเทศไทย กลุ่มประเทศ OECD และประเทศอาเซียน และ เชิงคุณภาพ ประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้เทคนิค modified Delphi surveys⁽⁷⁾ โดยแบ่งระยะของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และนักวิชาการด้านระบบสุขภาพที่มีชื่อเสียงและมีบทบาทสำคัญด้านสาธารณสุข โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 25 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในระดับนโยบาย โดยเป็นผู้บริหารของหน่วยงานทั้งภาครัฐหรือเอกชนในระดับส่วนกลาง ที่มีหน้าที่หรือบทบาทในการกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

1.2 ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานด้านวิชาการหรือในระดับกำกับติดตาม โดยเป็นนักวิชาการที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ หรือเป็นผู้บริหารของหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการขับเคลื่อนภารกิจในพื้นที่

1.3 ผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง

2. ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของประเทศไทย ด้วยตัวชี้วัดด้านสุขภาพของ OECD ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และวิเคราะห์ระบบสุขภาพและสถานะสุขภาพ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระบบสุขภาพของประเทศไทยกับผลลัพธ์ระบบสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังต่อไปนี้ 193 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) สถานะสุขภาพ (health status) จำนวน 31 ตัวชี้วัด (2) ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk and determinant factors for health) จำนวน 24 ตัวชี้วัด (3) การเข้าถึงการบริการ (access to care) จำนวน 19 ตัวชี้วัด (4) คุณภาพและผลลัพธ์ของการดูแล (quality and outcomes of care) จำนวน 28 ตัวชี้วัด (5) ใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health expenditure) จำนวน 19 ตัวชี้วัด (6) บุคลากรด้านสุขภาพ (health workforce) จำนวน 24 ตัวชี้วัด (7) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (health care activities)

จำนวน 14 ตัวชี้วัด (8) เกสซ์กรรม (pharmaceutical sector) จำนวน 11 ตัวชี้วัด (9) ผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว (ageing and long-term care) จำนวน 23 ตัวชี้วัด

3. จัดทำร่างผลการศึกษาด้านการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของประเทศไทย ด้วยตัวชี้วัดด้านสุขภาพของ OECD ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ จากการทบทวน 193 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น 5 มิติ จำแนกเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตัวชี้วัดที่เปรียบเทียบไม่ได้และตัวชี้วัดที่เปรียบเทียบได้ จากนั้นจึงสังเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่เปรียบเทียบได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD และ 2) ตัวชี้วัดของระบบสาธารณสุขที่ต้องพัฒนาเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับความสำคัญตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนา เพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมายและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของค่าใช้จ่ายสุขภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ นำผลการวิจัยเข้าสู่กระบวนการจัดลำดับความสำคัญ โดยใช้เทคนิคเดลฟายประยุกต์⁽⁷⁾

4. ออกแบบเครื่องมือเพื่อจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัด และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทย นำไปทดสอบความเข้าใจเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข และสร้างแบบการสำรวจโดยผ่านโปรแกรม Welphi

ระยะที่ 2 ระยะเก็บข้อมูล

ดำเนินการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่เห็นว่ามีสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนาในเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งต้องดำเนินการมาตรการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุอย่างเร่งด่วน โดยผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดตามองค์ประกอบการพิจารณา 4 ด้าน (1) ความพร้อมของข้อมูล (2) ผลกระทบ (3) ความเร่งด่วน และ (4) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ต่อตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนาทั้ง 5 มิติ โดยกำหนดคำตอบให้มีลักษณะการให้คะแนนเป็น Likert scale 5 ระดับ มากที่สุดคือระดับ

5 และน้อยที่สุดคือระดับ 1 โดยส่งหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมตอบแบบสำรวจพร้อมทั้งส่ง Link แบบสำรวจรอบที่ 1 โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญตอบภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ประมวลผลภาพรวมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ความเห็น เพื่อส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาข้อมูลและตัดสินใจยืนยันความเห็นที่เคยให้ไว้ใน การตอบรอบที่ 2 โดยให้เวลาในการตอบ 2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 วิเคราะห์และประมวลผล

วิเคราะห์ข้อมูลความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพร้อมของข้อมูล ผลกระทบ ความเร่งด่วน และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ที่มีต่อตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนาภายใต้ภาพรวม 5 มิติสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้ค่ามัธยฐาน (median) ค่ามากที่สุด (maximum) ค่าน้อยที่สุด (minimum) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR) และวิเคราะห์ความสำคัญของปัญหาโดยการประยุกต์ใช้วิธีการของภาคบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁸⁾ ที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนในระดับ 1–5 ตามเกณฑ์การพิจารณา 4 ด้าน คือ (1) ความพร้อมของข้อมูล (2) ผลกระทบ (3) ความเร่งด่วน และ (4) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ จากนั้นจึงนำค่ามัธยฐาน จากความเห็นทั้ง 4 ด้าน มาจัดลำดับโดยใช้วิธีการคุณค่ามัธยฐานของแต่ละองค์ประกอบ วิเคราะห์ภาพรวม 5 มิติ และวิเคราะห์รายตัวชี้วัด 61 ตัวชี้วัด

คำนิยาม

1. ตัวชี้วัดของระบบสาธารณสุขที่ต้องเร่งพัฒนาในการศึกษานี้หมายถึง ตัวชี้วัดระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีสถานะแย่กว่าเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD เช่น ตัวชี้วัดเชิงบวก เช่น ไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (77.3 ปี) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (81.0 ปี) ตัวชี้วัดเชิงลบ เช่น ไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารก (7.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม OECD (4.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)

2. นิยามขององค์ประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ 4 ด้าน

2.1 ความพร้อม คือ ความพร้อมของข้อมูลสุขภาพ การมีระบบรายงานข้อมูลรายปี และมีรายละเอียดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีคุณภาพในการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพไทย

2.2 ผลกระทบ คือ ผลกระทบต่อการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพไทย

2.3 ความเร่งด่วน คือ ความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการ

2.4 ความเป็นไปได้ คือ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติและทำให้สมรรถนะระบบสุขภาพไทยดีเทียบเท่ากับกลุ่มประเทศ OECD

3. การแปลความหมายจากค่ามัธยฐานซึ่งวิเคราะห์จากองค์ประกอบ 4 ด้าน

ค่ามัธยฐาน = 5 หมายถึง มากที่สุด

ค่ามัธยฐาน = 4 หมายถึง มาก

ค่ามัธยฐาน = 3 หมายถึง ปานกลาง

ค่ามัธยฐาน = 2 หมายถึง น้อย

ค่ามัธยฐาน = 1 หมายถึง น้อยที่สุด

4. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR) ค่าการกระจายของข้อมูลโดยคำนวณจากผลต่างของควอไทล์ที่ 3 และควอไทล์ที่ 1 ซึ่ง

IQR = 0 หมายถึง มีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด

IQR ≤ 1 หมายถึง มีความเห็นสอดคล้องกันมาก

IQR > 1 หมายถึง มีความเห็นไม่สอดคล้องกัน

5. ค่าคะแนนความสำคัญ คำนวณจากผลคูณของค่ามัธยฐานตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

การพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาการวิจัยในคน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รหัสโครงการวิจัยที่ 5/2566

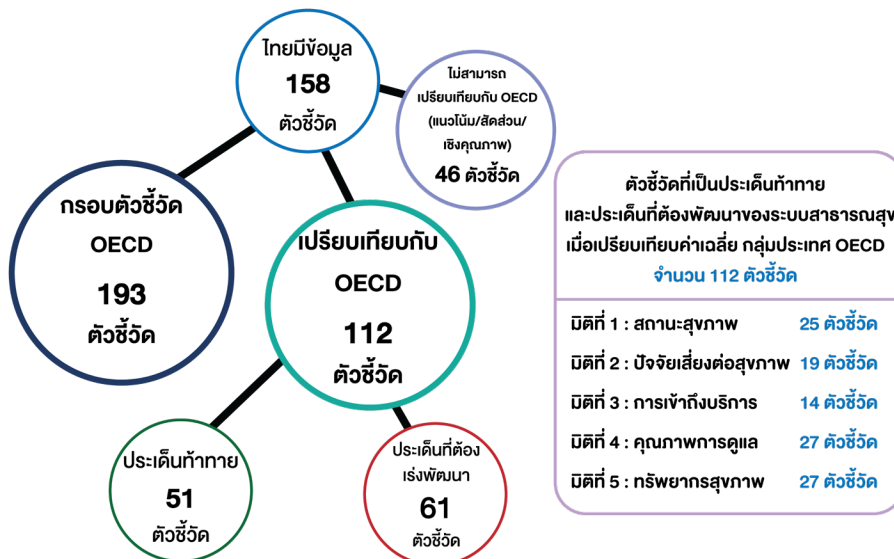
เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพในภาพรวมจะแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีสุขภาพดีเพียงใดและสมรรถนะของระบบสุขภาพเป็นอย่างไร ใน 5 มิติ ซึ่งครอบคลุมประเด็นหลักของสุขภาพประชากรและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 1) สถานะสุขภาพ 2) ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ 3) การเข้าถึงบริการ 4) คุณภาพการดูแล และ 5) ทรัพยากรด้านสุขภาพ ทั้งนี้ สามารถสรุปผลภาพรวมของตัวชี้วัดด้านสุขภาพของไทยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD โดยใช้กรอบตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศ OECD ทั้ง 5 มิติ จำนวน 193 ตัวชี้วัด ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัด

ประเทศไทยมีข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 158 ตัวชี้วัด และไม่มีข้อมูลจำนวน 35 ตัวชี้วัด โดยสามารถเปรียบเทียบตัวชี้วัดของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD ได้จำนวน 112 ตัวชี้วัด ทั้งนี้ อีก 46 ตัวชี้วัดไม่สามารถเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD ได้ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่แสดงแนวโน้ม สัดส่วน หรือเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD พบว่า ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขของไทยมีจำนวน 51 ตัวชี้วัด และที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 61 ตัวชี้วัด รายละเอียดดังภาพที่ 2

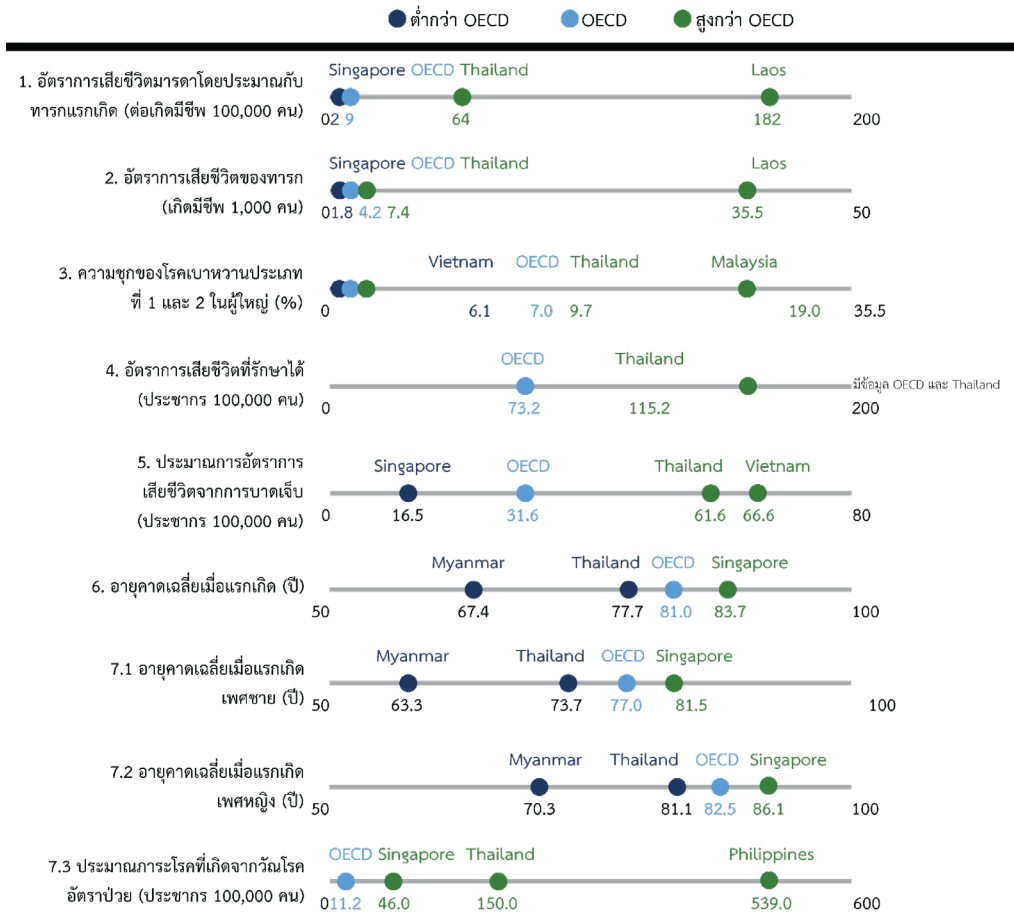


OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 2 ภาพรวมตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD

1.1 มิติสถานะสุขภาพ (health status) เปรียบเทียบ ตัวบ่งชี้สถานะสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 25 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ที่ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา จำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. อัตราการเสียชีวิตมารดาโดยประมาณกับทารกเกิด 2. อัตราการเสียชีวิตของทารก 3. ความชุกของโรคเบาหวาน

ประเภทที่ 1 และ 2 ในผู้ใหญ่ 4. อัตราการเสียชีวิตที่รักษาได้ 5. ประมาณการอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ 6. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 7. อายุค่าเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจำแนกตามเพศ และ 8. ประมาณการการาระโรคที่เกิดจากวัณโรค รายละเอียดดังภาพที่ 3



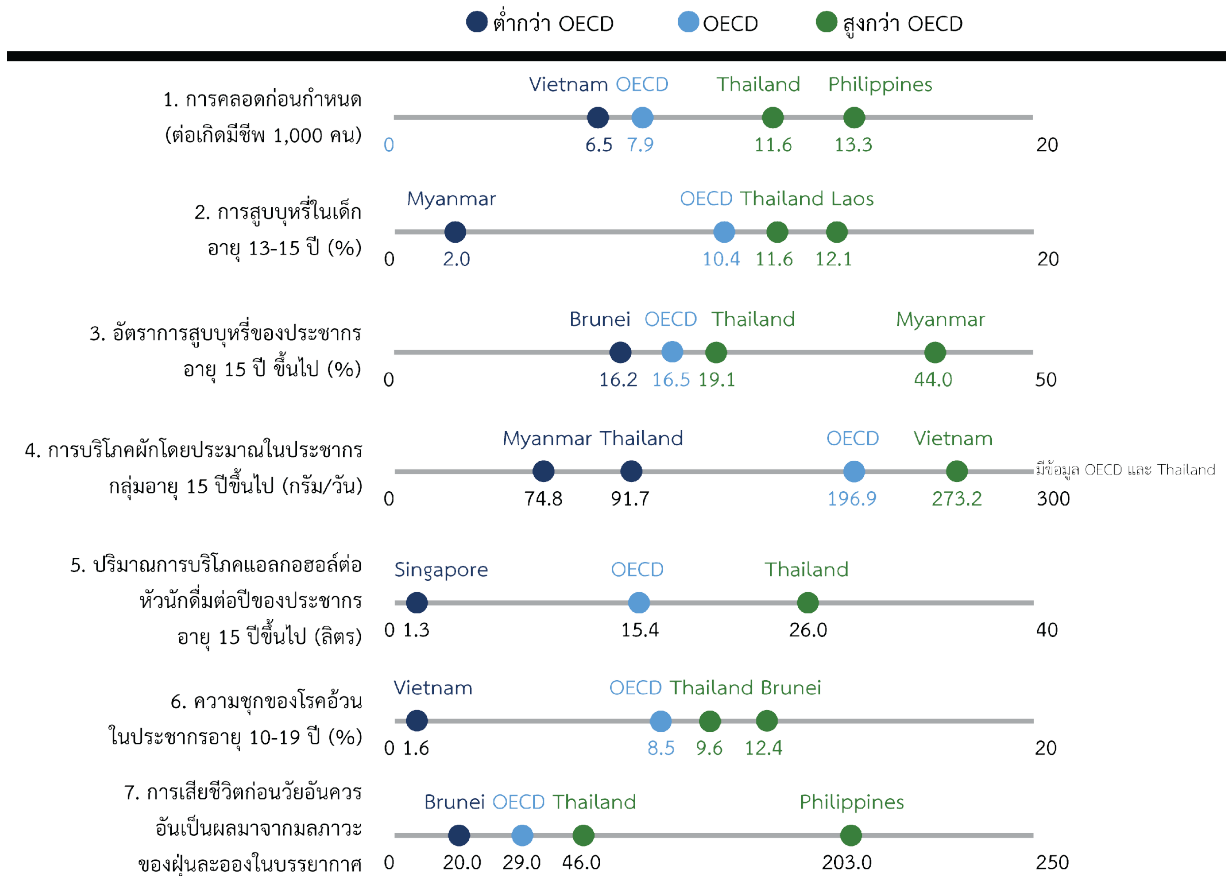
หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่ดีกว่า
 OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 3 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติสถานสุขภาพ (health status)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (risk factors for health)

เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 19 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ที่ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. การคลอดก่อนกำหนด 2. การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปี จำแนกตามเพศ 3. อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ 4. การบริโภคผักโดยประมาณ

ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป 5. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 6. ความชุกของโรคอ้วนในประชากรอายุ 10-19 ปี จำแนกตามเพศ และ 7. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเป็นผลมาจากมลภาวะของฝุ่นละอองในบรรยากาศ รายละเอียดดังภาพที่ 4



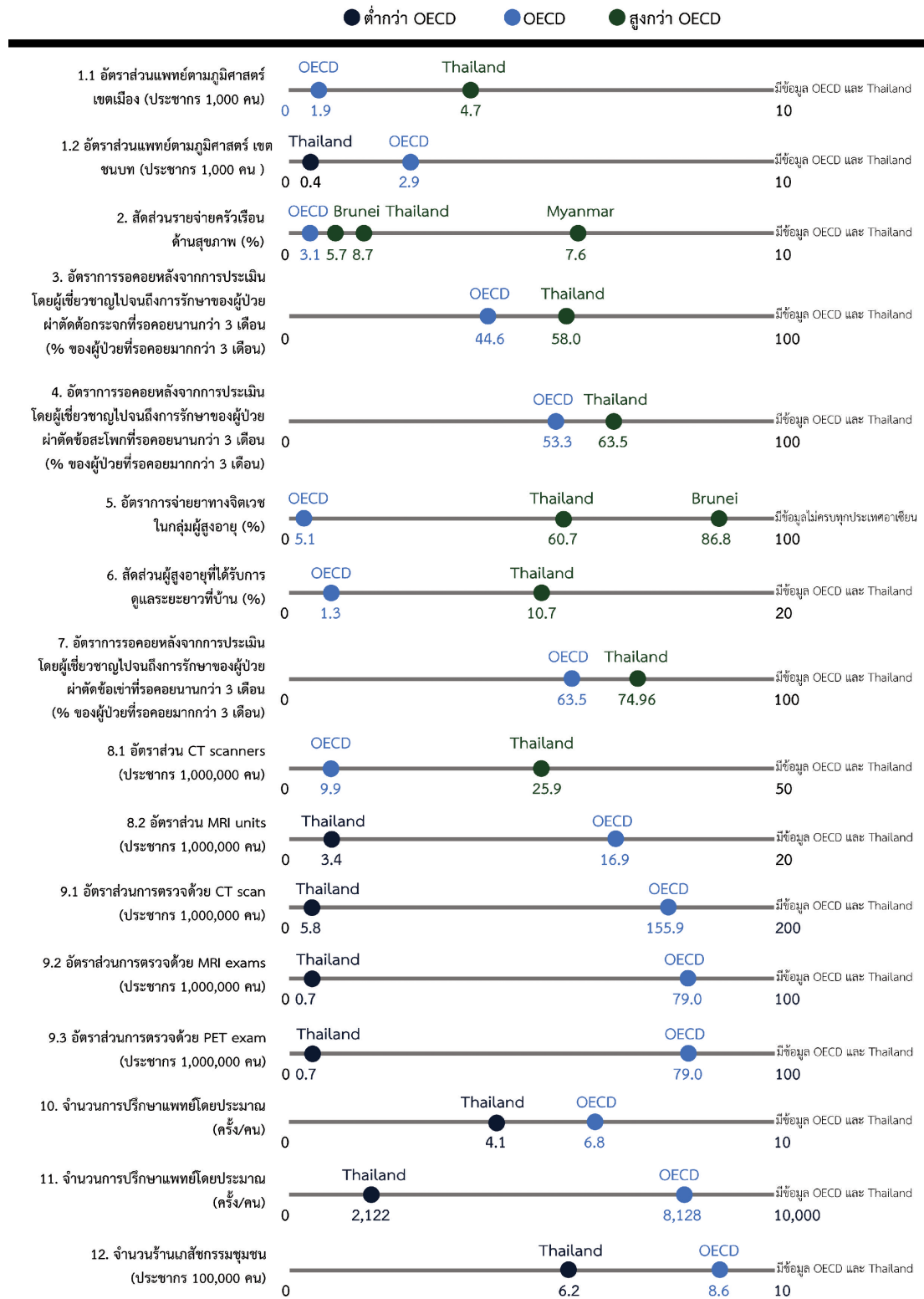
หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 4 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (risk factors for health)

1.3 การเข้าถึงบริการ (access to care) เปรียบเทียบ การเข้าถึงบริการสุขภาพของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 14 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ 2. สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ 3. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 4. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 5. อัตราการจ่ายยาทางจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุ 6. สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะ

ยาวที่บ้าน 7. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 8. อัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scanners, MRI units, PET scanners) ต่อประชากร 1,000,000 คน 9. อัตราการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scan, PET scan and MRI exams) 10. จำนวนการปรึกษาแพทย์โดยประมาณ 11. จำนวนการปรึกษาแพทย์ต่อคน และ 12. จำนวนร้านเภสัชกรรมชุมชนต่อประชากร 100,000 คน รายละเอียดดังภาพที่ 5



หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่ามีความว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 5 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติการเข้าถึงบริการ (access to care)



1.4 คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of care)

เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของประเทศไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 27 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 16 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 2. สัดส่วนของการติดต่อยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว 3. อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช 4. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 5. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure: CHF) ในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 6. อัตราความเสี่ยงการตัดแขนขาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 7. การผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในเวลา 2 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป 8. อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างในระหว่างการผ่าตัด (ข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน) 9. อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) (สำหรับข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน) 10. การผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก (hip replacement surgery) 11. สัดส่วนของการผ่าตัดต้อกระจก (cataract surgery) 12. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 13. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 14. อัตราการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 15. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (knee replacement surgery) 16. สัดส่วนของการผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomies) ที่เป็นผู้ป่วยนอก รายละเอียดดังภาพที่ 6

1.5 ทรัพยากรสุขภาพ (health care resources)

เปรียบเทียบทรัพยากรสุขภาพของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 27 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 18 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. จำนวน

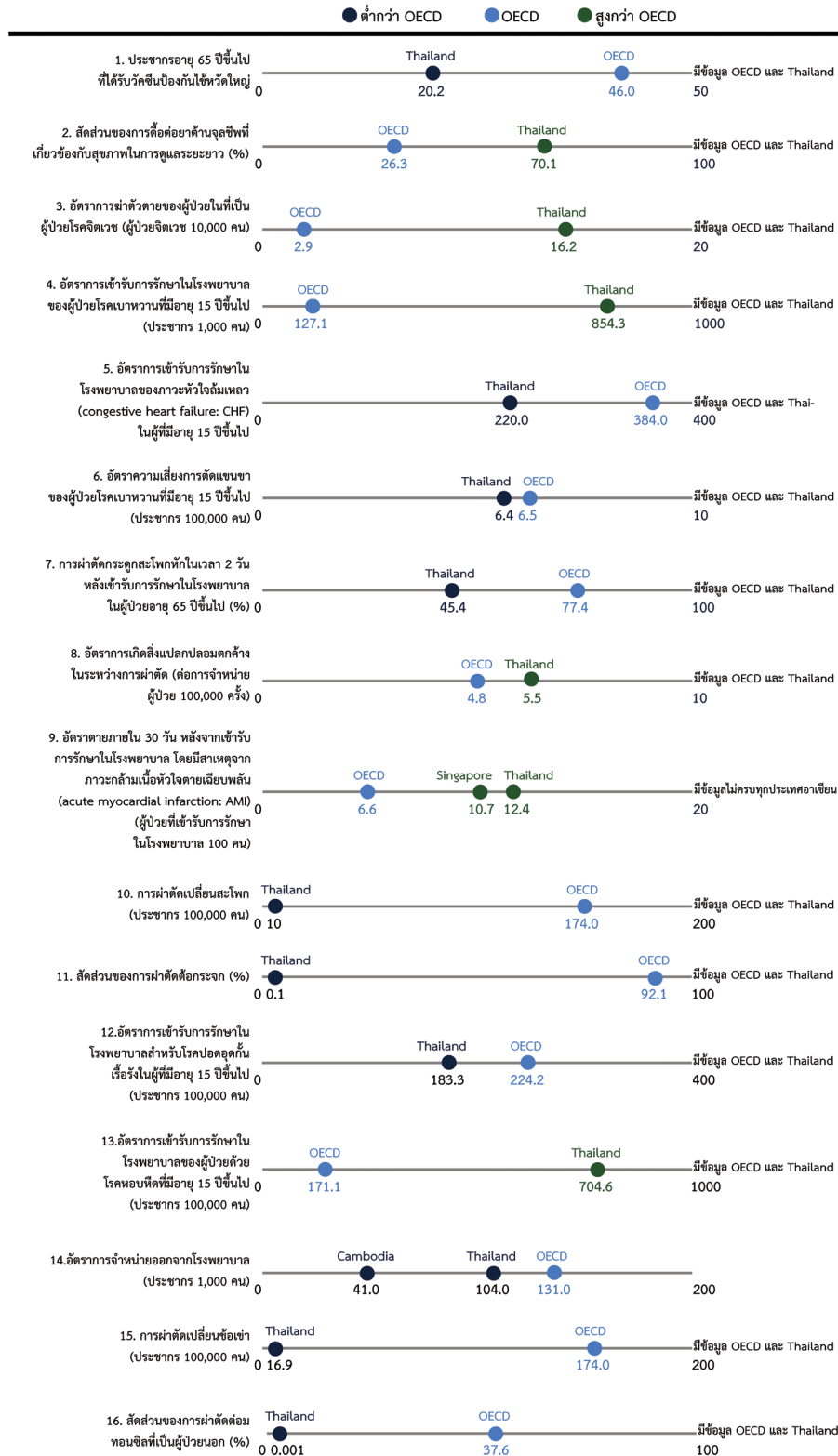
เตียงผู้ป่วยวิกฤต 2. บัณฑิตพยาบาล 3. จำนวนพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน 4. จำนวนแพทย์ต่อประชากร 5. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล 6. บัณฑิตแพทย์ 7. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร 8. รายจ่ายจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับต่อรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด 9. จำนวนเตียงในโรงพยาบาล 10. สัดส่วนแพทย์อายุ 55 ปีขึ้นไป 11. กำลังคนในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน 12. บุคลากรผู้ให้การดูแลระยะยาวต่อประชากรผู้สูงอายุ 100 คน 13. ร้อยละค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว 14. จำนวนเภสัชกรต่อประชากร 15. การจ้างงานด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์เมื่อเทียบกับการจ้างงานทั้งหมด 16. สัดส่วนแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ 17. สัดส่วนแพทย์หญิง 18. สัดส่วนพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ รายละเอียดดังภาพที่ 7

2. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินการระบบสุขภาพ

แผนภูมิ quadrant แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพอื่นที่น่าสนใจใน 4 มิติ คือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงบริการและบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นเพียงตัวชี้วัดบางส่วนใน 4 มิติ ที่เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น โดยจุดกึ่งกลางของแผนภูมิ quadrant แสดงถึงค่าเฉลี่ยกลุ่มของประเทศ OECD และจุดตำแหน่งอื่นๆ ในแผนภูมิ quadrant จะเป็นของประเทศต่างๆ ในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและตัวชี้วัดสุขภาพในแต่ละตัวที่นำมาวิเคราะห์เทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD

2.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

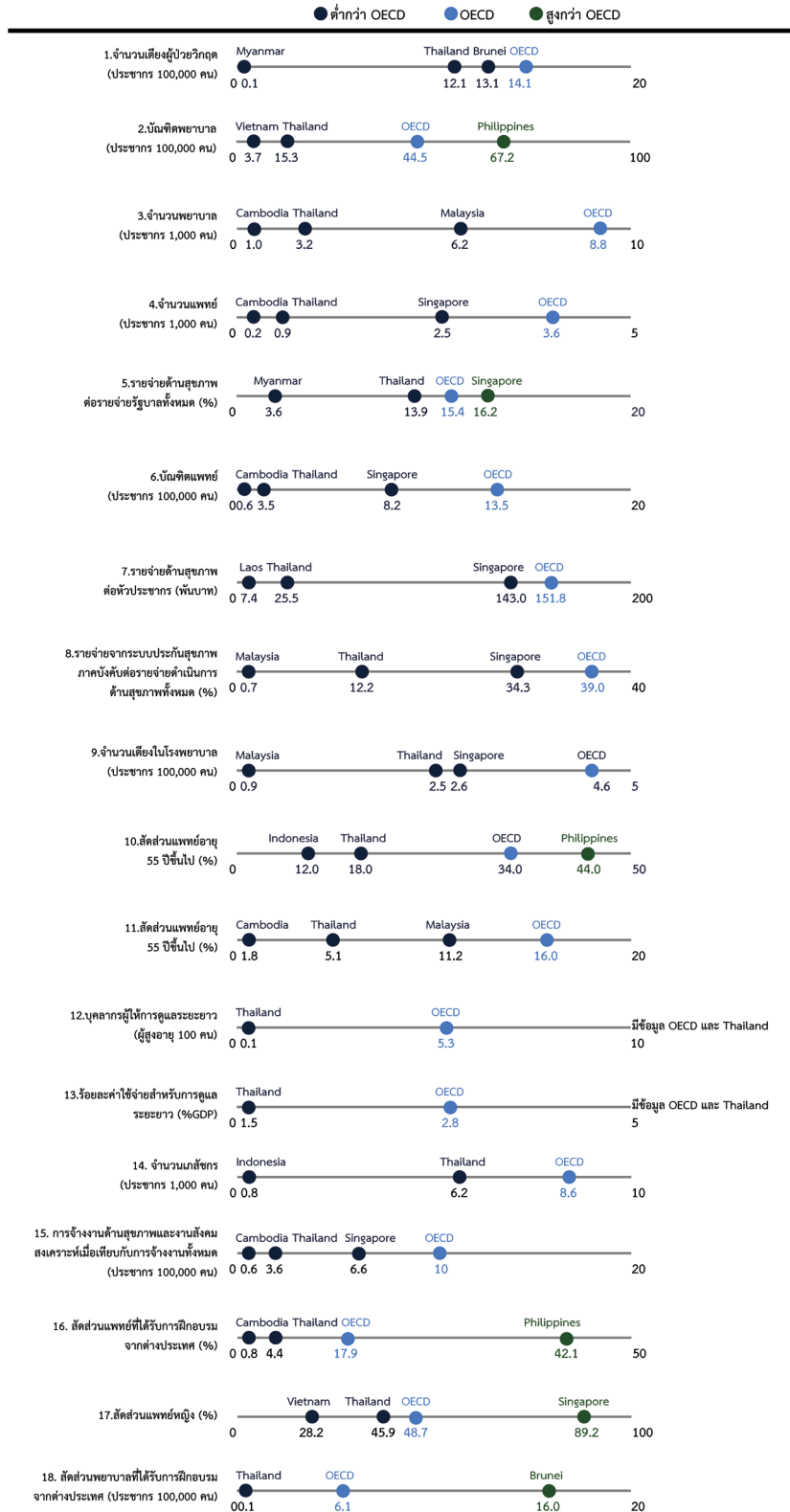
จากภาพที่ 8 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศในอาเซียน พบว่า เกือบทุกประเทศใน



หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 6 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of care)

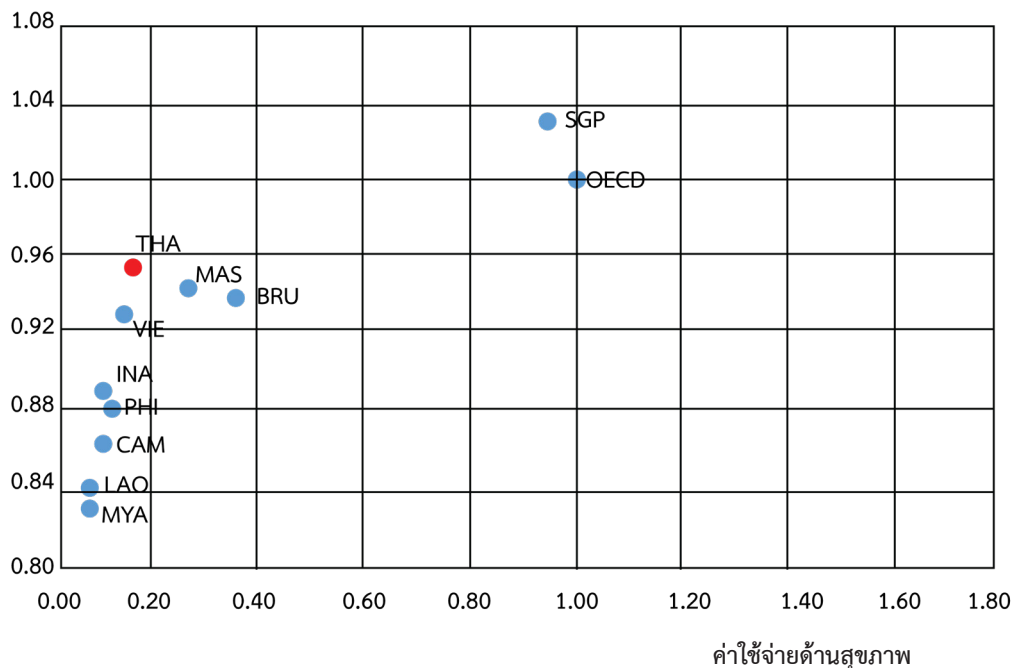


หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่ามีความว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 7 ตัวชี้วัดต้องเร่งพัฒนามิติทรัพยากรสุขภาพ (health care resources)

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด



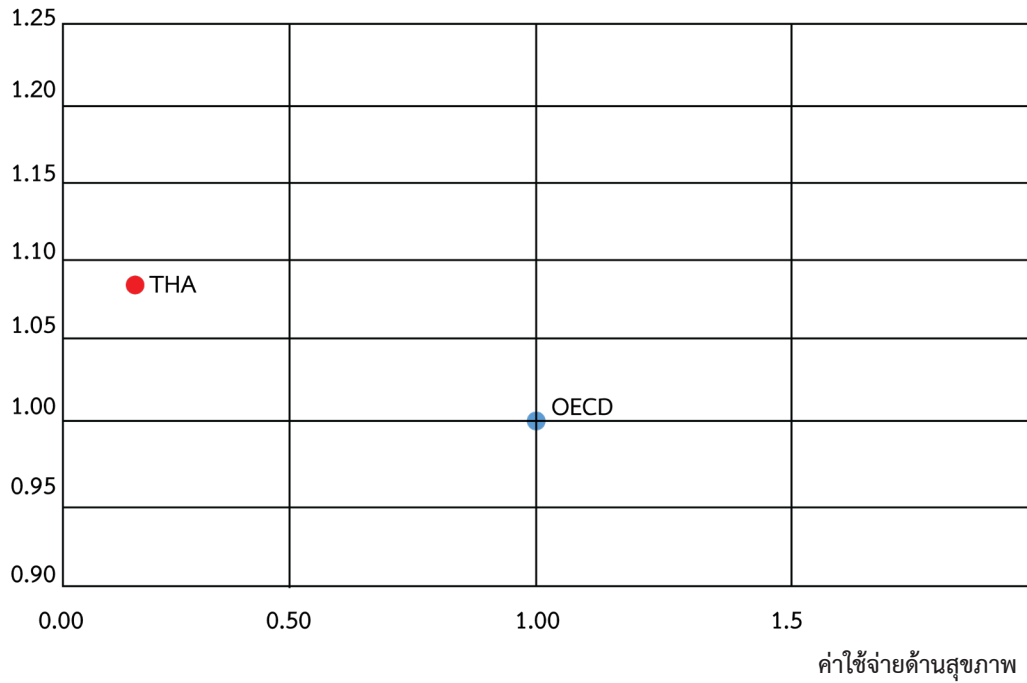
BRU = Brunei Darussalam, CAM = Cambodia, INA = Indonesia, LAO = Laos, MAS = Malaysia, MYA = Myanmar, OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, PHI = Philippines, SGP = Singapore, THA = Thailand, VIE = Vietnam

ภาพที่ 8 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

อาเซียนรวมทั้งไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ด้านซ้ายล่าง) ยกเว้นสิงคโปร์ที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD และมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ด้านซ้ายบน) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบการเสียชีวิตจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD พบ

ว่า คนไทยเสียชีวิตจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้สูงกว่าและมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ภาพที่ 9) สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและมีรายได้ต่ำจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพแย่กว่าประเทศของกลุ่ม OECD ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

การเสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้



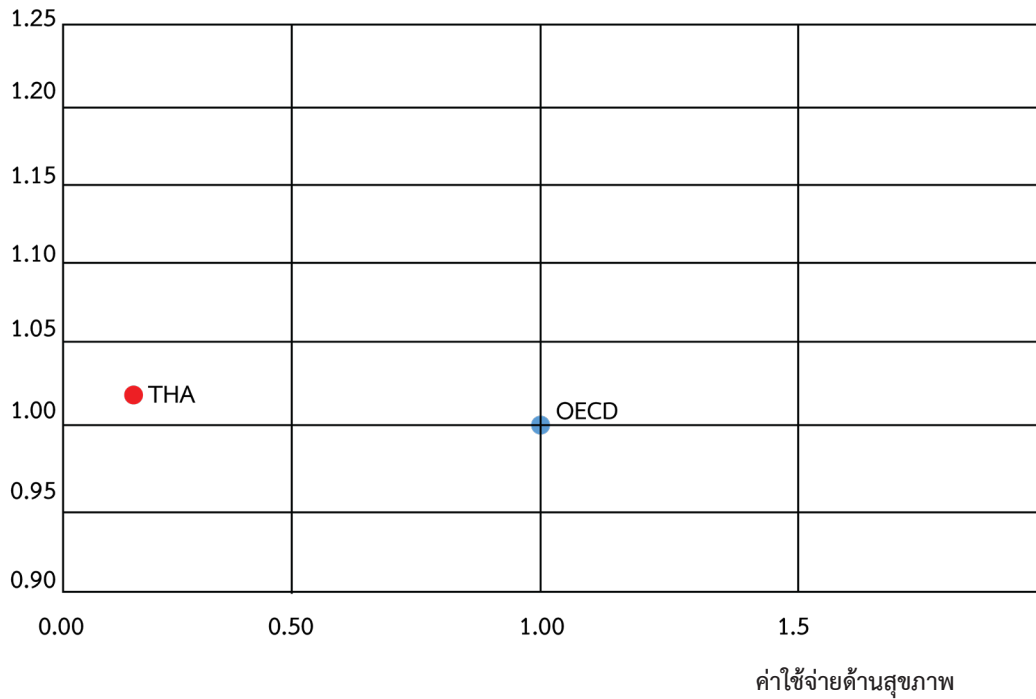
OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, THA = Thailand

ภาพที่ 9 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับการเสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การเข้าถึง และคุณภาพ การดูแล ความครอบคลุมของชุดบริการสุขภาพหลัก สามารถทำได้แม้จะมีระดับการใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ โดยไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรอยู่ที่ 25,472 บาท (US\$730.5 PPP) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD แต่ประชากรไทยได้รับสิทธิบริการสุขภาพหลักอย่างทั่วถึง (ภาพที่ 10) ในส่วนของคุณภาพ

การดูแล พบว่า อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของไทยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ OECD ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป หลังจากเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของไทยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ภาพที่ 11)

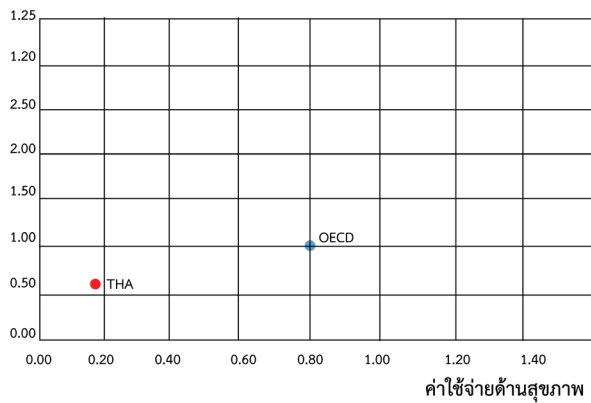
ความครอบคลุมบริการสุขภาพ



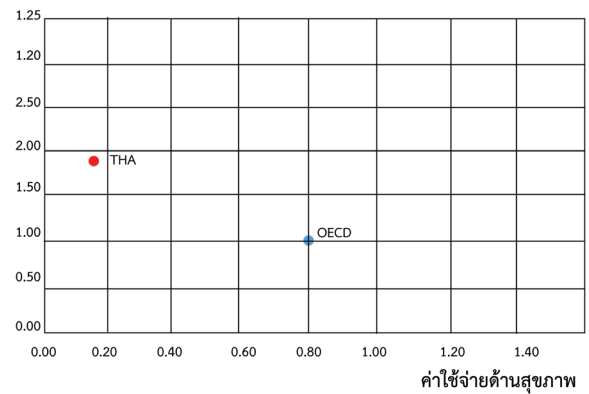
OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, THA = Thailand

ภาพที่ 10 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



อัตราเสียชีวิตจาก AMI



AMI = acute myocardial infarction, OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, THA = Thailand

ภาพที่ 11 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับคุณภาพการบริการสุขภาพ

3. ผลการจัดลำดับความสำคัญ

การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มตัวชี้วัด ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบ modified Delphi surveys โดยเก็บแบบสอบถามผ่านโปรแกรม Welphi จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 25 ท่าน ดังแสดงขั้นตอนในภาพที่ 1

ผลการจัดอันดับความสำคัญจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อมิติสุขภาพทั้ง 5 มิตินั้น มิติที่มีความสำคัญและควรเร่งพัฒนามากที่สุดในภาพรวม คือ มิติทรัพยากรสุขภาพ รองลงมาคือมิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อันดับที่ 3 คือมิติสถานะสุขภาพ อันดับ 4 คือมิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และอันดับสุดท้ายคือมิติการเข้าถึงบริการ โดยให้เหตุผลว่า ทรัพยากรสุขภาพ โดยเฉพาะด้านกำลังคนเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้าน

สุขภาพ เป็นทั้งผู้สร้างและนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้บริหารจัดการระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพในมิติต่างๆ ของการพัฒนาระบบสุขภาพให้ดีขึ้นต่อไป เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การให้ความสำคัญ 4 ประเด็น พบว่าในมิติที่มีความพร้อมของข้อมูลในระดับมาก คือ มิติสถานะสุขภาพ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและทรัพยากรสุขภาพ ในขณะที่มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและการเข้าถึงบริการมีความพร้อมของข้อมูลในระดับปานกลาง ส่วนด้านผลกระทบต่อผู้เชี่ยวชาญ เห็นว่ามีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระดับมากทุกมิติ และมีความเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาระดับมาก ในมิติสถานะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และยังเห็นว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติระดับมากในมิติสถานะสุขภาพ ในขณะที่มิติอื่นๆ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในระดับปานกลาง สรุปภาพรวมรายมิติแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดอันดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาในภาพรวมของทั้ง 5 มิติสุขภาพ

มิติสุขภาพ	คะแนนการจัดลำดับความสำคัญ (ภาพรวมรายมิติ)	ความพร้อมของข้อมูล		ผลกระทบ		ความเร่งด่วน		ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	
		มัธยฐาน	IQR	มัธยฐาน	IQR	มัธยฐาน	IQR	มัธยฐาน	IQR
สถานะสุขภาพ	170	4	1	4	2	4	1	4	1
ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ	145	3	1	4	0	4	0	3	1
การเข้าถึงบริการ	127	3	1	3	0	3	1	3	1
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	174	4	1	4	1	3	1	3	1
ทรัพยากรสุขภาพ	188	4	1	4	1	3	1	3	1

IQR = interquartile range

มิติสถานะสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา อัตราการเสียชีวิตของทารก และ อัตราการเสียชีวิตที่รักษาได้

มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อัตราการคลอดก่อนกำหนด การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปีจำแนกตามเพศ และ อัตรา

การสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ

มิติการเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คนจำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ และอัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scanners, MRI units, PET

scanners)

มิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนา มากที่สุด 3 อันดับแรก ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สัดส่วนของการติดต่อ ยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว และอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช

มิติทรัพยากรสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ควรพัฒนา มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เติงผู้ป่วยวิกฤต บัณฑิตพยาบาล และ จำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดทั้ง 61 ตัวชี้วัดใน 5 มิติ สุขภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามี ความพร้อมของ ข้อมูล ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ความเร่งด่วน และความ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์ ผลการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัด 61 ตัวชี้วัดสุขภาพ พบว่า ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสำคัญสูงสุดเป็น 5 อันดับแรก คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต (320 คะแนน) รองลงมาคือ การผลิตบัณฑิตพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใน มิติทรัพยากรสุขภาพ อันดับ 3 คือ อัตราส่วนการเสียชีวิต มารดา ซึ่งมีคะแนน 256 คะแนนเท่ากับอัตราการเกิดสิ่ง แผลกปลอมตมค้ำระหว่างการทำผ่าตัด และ จำนวนพยาบาล ต่อประชากร 1,000 คน อันดับ 4 ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (253 คะแนน) และอันดับ 5 มี 3 ตัวชี้วัดคือ สัดส่วนของการติดต่อยาต้าน จุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว รายจ่าย ด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล และ จำนวน แพทย์ต่อประชากร 1,000 คน

4. ผลการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

4.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพ

- ปรับรูปแบบการบริหารองค์กร และสร้าง เครื่องมือช่วยการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ปรับรูปแบบการบริการแบบ outsourcing สร้างเครื่องมือช่วยการบริหารทรัพยากรร่วม ใช้ unit cost

ที่แท้จริงในการวางแผนด้านการเงินการคลังสุขภาพและ การบริหารทรัพยากรในการให้บริการ

- ศึกษาและพัฒนารูปแบบการสร้างขวัญกำลังใจ สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุขให้คง อยู่ในระบบ โดย upskill และ reskill พัฒนาระบบกำลังคน ด้านสุขภาพให้เพียงพอและมีคุณภาพ พัฒนา nonprofes- sional เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สร้างแรงจูงใจ และวาง career path

- มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มี สุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์ งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ สร้างระบบการ ดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจัดการ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

- พัฒนาระบบการศึกษาและการสื่อสารเพื่อ สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมถึงให้หน่วยงานของรัฐสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อนำไปสู่การสร้าง health literacy

- สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ gatekeeper โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และจัดระบบบริการที่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การควบคุมและป้องกัน (health prevention) รวมทั้งการดูแลสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ส่งเสริมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภาย ได้ความร่วมมืออย่างบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน พร้อมปรับ รูปแบบการให้บริการจาก hospital base เป็น commu- nity base

- เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพของ ประชาชน ซึ่งหากสามารถตรวจจับโรคได้เร็วโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง จะช่วยให้สามารถควบคุมการกระจาย ของโรค และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต



ที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ในทุกมิติทำให้การรักษามีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและระบบ สุขภาพในระยะยาว

- เตรียมความพร้อมเชิงรุกในการจัดระบบ การดูแลระยะยาว หรือ long term care ให้ครอบคลุม ตั้งแต่บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เชื่อม โยงจนถึงการรับบริการที่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมา ใช้ในการให้บริการและทำงานเชื่อมโยงประสานงานการ ดูแลทางด้านสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอก ภาคสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคชุมชน และองค์กรต่างๆ ช่วยสนับสนุนการบริการ โดยเฉพาะบริการทางด้านสังคมที่ต้องทำควบคู่ไปกับการ บริการทางสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์ รวม ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- พัฒนาเทคโนโลยีการรักษาแบบมุ่งเป้าหมาย แม่นยำ หรือการรักษาแบบปัจเจกบุคคล ส่งเสริม startup healthcare และพัฒนาระบบการศึกษาด้าน medical with health technology หมอเฉพาะทางด้านเทคโนโลยี ทางการแพทย์ เพื่อให้เกิด startup healthcare หรือการใช้ AI (artificial intelligence)

- เพิ่มการกระจายเครื่องมือทางการแพทย์ราคา แพงในพื้นที่ต่างจังหวัด เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง บริการรักษาระหว่างกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่นๆ

- ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมในการพัฒนา กระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ (digital trans- formation) ซึ่งรวมถึงการพัฒนาระบบการเงินการคลัง สุขภาพ ระบบบริหารงานบุคคล และการจัดการทรัพยากร อื่นๆ ด้วยระบบดิจิทัล

4.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบข้อมูล สารสนเทศ

- ปฏิรูประบบสารสนเทศ (information sys- tem) พัฒนาคุณภาพ และความถูกต้องของข้อมูลที่ใช้

ในการวิเคราะห์/กำหนดนโยบาย/การขับเคลื่อนระบบ สุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบททั้งในระดับประเทศและระดับ ภูมิภาค หากข้อมูลบางตัวชี้วัดเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ควรวางแผนการสำรวจอย่างต่อเนื่อง และศึกษาวิจัยเพื่อ พิจารณาตัวชี้วัดที่ยังขาดองค์ความรู้เฉพาะโรค หรือปัจจัย ที่ก่อให้เกิดโรค

- พัฒนาระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล digital health record (DHR) และการสนับสนุน digital trans- formation ของระบบบริการสุขภาพ ที่มีความปลอดภัย ตามมาตรฐาน cyber security

- พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลบริการ สาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งบูรณาการและเชื่อมโยง ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระดับประเทศ ทั้ง สถานบริการภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นระบบเดียว และ สนับสนุนให้เกิดการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศ สุขภาพในทุกระดับ

- พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (per- sonal health record: PHR) ให้ประชาชนเข้าใจข้อมูลและ สถานะสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริม self-management

- พัฒนาระบบข้อมูลด้านคุณภาพการรักษาที่ สำคัญ ซึ่งอาจไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลการบริการ เช่นข้อมูล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และวางระบบการติดตาม และประเมินผลด้วยข้อมูลที่มีคุณภาพ

วิจารณ์และข้อยุติ

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565–2566 ในครั้งนี้ใช้เทคนิค modified Delphi surveys⁽⁷⁾ ในการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาเมื่อ เปรียบเทียบกับผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 61 ตัวชี้วัด และผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า มีตัวชี้ วัดที่ต้องเร่งดำเนินการ 5 อันดับแรก คือ จำนวนเตียงผู้ป่วย วิกฤต (320 คะแนน) รองลงมาคือ การผลิตบัณฑิตพยาบาล

(300 คะแนน) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในมิติทรัพยากรสุขภาพ อันดับ 3 คืออัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดา อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างระหว่างการผ่าตัด และจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน (256 คะแนน) เพื่อนำมาจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนการพัฒนาเพื่อบรรลุผลลัพธ์สุขภาพตามเป้าหมาย OECD ในลำดับต่อไป ซึ่งเป็นการศึกษาในภาพรวมทั้งระบบสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาระบบสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินงานของปริดาและคณะ⁽⁹⁾ คือมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดตัวชี้วัดของการดำเนินงานของระบบสุขภาพของประเทศ จากกระบวนการค้นหาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ ซึ่งได้กำหนดกรอบการกำหนดตัวชี้วัดเป็น 8 หมวด รวม 60 ตัวชี้วัด และรายงานการทบทวนระบบสุขภาพของประเทศไทย⁽¹⁰⁾ ซึ่งประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพโดยใช้เกณฑ์การเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ในขณะที่ รายงาน Health at a Glance Thailand 2017 รายงานการสาธารณสุขไทย: Thailand Health Profile 2559–2560 และรายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ รวมถึงสรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2566 เป็นการประเมินการขับเคลื่อนตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก⁽¹¹⁻¹⁴⁾ การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์เชิงปริมาณ เป็นการศึกษาและประเมินสมรรถนะรายด้านยังไม่ครอบคลุมระบบสุขภาพในภาพรวม และไม่ได้เปรียบเทียบกับองค์การระดับนานาชาติ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ งานวิจัยฉบับนี้ใช้เทคนิค modified Delphi surveys ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน (computer-based Delphi) โดยใช้โปรแกรม Welphi และนำเสนอข้อมูลคำตอบด้วยสถิติจากค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่าง

ควอร์ไทล์ วิธีนี้จะเก็บข้อมูลได้รวดเร็วและประหยัด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟายของวรสิทธิ์ ซึ่งการใช้เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการอภิปรายและหาข้อยุติจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ปราศจากการแสดงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล จึงเป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับการใช้คาดการณ์ในมิติที่ไม่ซับซ้อน⁽¹⁷⁾ งานวิจัยฉบับนี้ยังขาดการใช้กระบวนการกลุ่ม แต่มีการใช้เกณฑ์การให้คะแนนจากความสำคัญและความพร้อม ที่ใกล้เคียงกับรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการประสานงานการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน (Research Coordination for Sustainable Development Goals) ซึ่งจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้คะแนนแต่ละเป้าประสงค์ตามเกณฑ์ความสำคัญ (ความเร่งด่วนและผลกระทบ) และความพร้อมของแต่ละเป้าประสงค์ (ความรู้ ข้อมูล กฎหมาย ทรัพยากร และสังคม)⁽¹⁸⁾

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการประเมินระบบสุขภาพและคัดเลือกประเด็นสุขภาพจากตัวชี้วัดที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน ใช้การรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ซึ่งพบว่า มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลในบางประเด็น ทั้งในแง่ของความแตกต่างของฐานข้อมูล วิธีการเก็บ การวิเคราะห์ และการคำนวณ รวมถึงความเป็นปัจจุบันของข้อมูลแต่ละประเทศที่ค่อนข้างมีความแตกต่าง ทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลของไทยกลุ่มประเทศอาเซียนและกลุ่มประเทศ OECD ไม่สามารถทำได้ในบางประเด็น จึงเป็นข้อจำกัดของการวิเคราะห์และการนำไปใช้ ในส่วนของหลักการและวิธีการคำนวณที่แสดงผลในทางสถิติในบางมิติและบางมุมมองอาจต้องพึงระวังข้อจำกัดและเงื่อนไขของฐานคิด ประกอบกับนิยามในการบันทึกข้อมูลโรคและการจัดบริการด้านสุขภาพในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในบางประเด็นย่อย อาจส่งผลต่อการตีความ การแปลผลและคุณภาพของข้อมูลที่น่ามาใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปประกอบการจัดทำนโยบาย และกำหนดเป้าหมายที่สามารถผลักดันระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ทัดเทียมกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว รวมถึงสามารถใช้เป็นข้อมูลจัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มีภารกิจในการกำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เช่น ใช้ทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สามารถนำผลการศึกษารังนี้ไปเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการสัมมนาในการพัฒนาและจัดทำแผนในระดับดังกล่าวต่อไปได้

- งานวิจัยฉบับนี้ สามารถเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาให้ประเทศไทยเข้าสู่กระบวนการการหารือเพื่อเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มประเทศ OECD (accession discussions) และให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการต่างประเทศ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการเข้าร่วมจัดทำแผนการเข้าเป็นสมาชิก (accession roadmap) กำหนดเป้าหมาย เงื่อนไข และกรอบเวลาในการดำเนินการให้สอดคล้องกับพิธีสารของ OECD ซึ่งการเข้าเป็นสมาชิกก่อให้เกิดประโยชน์ในการช่วยดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ เพิ่มรายได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนช่วยเพิ่มบทบาทของประเทศไทยในการกำหนดนโยบายด้านเศรษฐกิจระหว่างประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะดำเนินการกระบวนการเพื่อเข้าเป็นสมาชิก OECD ให้ประสบความสำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

- เนื่องจากฐานข้อมูลแต่ละประเทศค่อนข้างแตกต่างกัน รวมถึงการวิเคราะห์และการนำเสนอ ทำให้ยากต่อการเปรียบเทียบ ดังนั้นจึงควรเลือกทำการศึกษาในประเด็น

ที่มีความใกล้เคียงกับบริบทของประเทศไทย หรือหากต้องเปรียบเทียบควรจรรยาบรรณปีของข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ที่เกี่ยวข้องไปใช้ทราบถึงข้อจำกัดที่เกิดขึ้น จึงควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการคำนวณ และระบุนิยามในการบันทึกข้อมูลให้ชัดเจนและสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกันกับกลุ่มประเทศ OECD และกลุ่มประเทศอาเซียน รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่กลุ่มประเทศ OECD ให้มีความสำคัญ เพื่อนำมาพิจารณาผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดของประเทศไทย โดยบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

- เพื่อให้การประเมินสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทย เป็นตัวกระตุ้นการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามมิติสุขภาพอย่างยั่งยืน จึงควรมีการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ หรือฐานข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดทั้ง 5 มิติอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้สนับสนุนทุนดำเนินการวิจัย

References

1. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036) [internet]. 2018 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf>. (in Thai)
2. OECD. Health at a glance. OECD indicators [internet]. 2021 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
3. OECD. Health at a glance. OECD indicators [internet].

- 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
4. OECD. Health at a glance: Asia/Pacific 2020. Measuring progress towards universal health coverage [internet]. 2020 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/c7467f62-en>.
 5. OECD. Health at a glance: Asia/Pacific 2022. Measuring progress towards universal health coverage [internet]. 2022 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/26b-007cd-en>.
 6. Benjakul S. Brief report on the conceptual framework review, the process of developing a set of health indicators and health measurement indexes: a case study of an international organization [internet]. (n.d.) [cited 2023 Mar 3]. Available from: [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro1-sum\(1\).pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro1-sum(1).pdf). (in Thai)
 7. Keeney E, Thom H, Turner E, Martin RM, Sanghera S. Using a modified Delphi approach to gain consensus on relevant comparators in a cost-effectiveness model: application to prostate cancer screening [internet]. 2021. [cited 2023 May 1]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33797744/>. doi: 10.1007/s40273-021-01009-6.
 8. Tamdee D, Tuanrat W. Community diagnosis and problem priority setting. In: Aungwattana S, Subpiboonkit P. editors. Community health nursing. Chiang Mai: Krong Chang Print. A I Press; 2012. p. 89–104. (in Thai)
 9. Tasanapradit P, Wongboonsin K, Jitapunkul S, Surasiengsunk S, Intarat G, Heath system and evaluation [internet]. 2003 [cited 2023 Mar 3]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2057/hs0971.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. (in Thai)
 10. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. 5(5), WHO Regional Office for the Western Pacific [internet]. 2015 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/208216>.
 11. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Health at a glance Thailand 2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017 (in Thai)
 12. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Thailand health profile 2016-2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
 13. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Report on the evaluation results of the Ministry of Public Health's operational plan towards excellence for fiscal year 2022 [internet]. 2022 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/01/fullreport2565.pdf>. (in Thai)
 14. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2023 [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/08/สรุป-สถิติที่สำคัญ-2566.pdf>. (in Thai)
 15. Yeamsakul N, Keiwkarnka B, Nimitarbun N. The development of efficiency indicators for primary care units under the Office of the Permanent Secretary for the Ministry of Public Health, Thailand. Journal of Public Health and Development 2011;9(2):154-67. (in Thai)
 16. Chuenklin T, Rungnoei N, Kaeowichian N, Suthamchai B, Khotthong K, Girdwichai W, et al. An assessment on the Ministry of Public Health's intermediate care policy: a quantitative analysis. Journal of Health Systems Research 2021;15(2):183-99. (in Thai)
 17. Rathachatrannon W. Future research using Delphi technique [internet]. 2019 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/243620>. (in Thai)
 18. Bunnag C, Jariyatammanukul A, Phanthuwongpakdee N, Kongsri N, Reuangdat P, Sukmee T. Research coordination for SDGs: the Thailand Research Fund. 2018. Report No.: SRC59X0001 [internet]. 2018 [cited 2024 Jan 12]. Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:138802. (in Thai)

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย

ศรวณีย์ อวนศรี*

กมลพัฒน์ มากแจ้ง^{*,†}

สมรณิก โชติช่วงฉัตรชัย*

ศศิวิมล อ่อนทอง*

นิจันท์ ปาณะพงศ์*

ธนิทร์ พัฒนศิริ*

ผู้รับผิดชอบบทความ: กมลพัฒน์ มากแจ้ง

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทบทวนเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความก้าวหน้าของการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 รวมถึงหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย พบว่า หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย จากอดีตถึงปัจจุบันมีการปรับปรุงให้มีความชัดเจนและยืดหยุ่นมากขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเกณฑ์การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการแบ่งระดับเป็นชั้น เพื่อให้ทุกองค์กรสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจได้ตามศักยภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ยังคงเป็นความท้าทายมาโดยตลอดก็คือกฎหมายและระเบียบรองรับการดำเนินงาน เช่น การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและอื่นๆ การถ่ายโอนบุคลากรทุกประเภท การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างหน่วยบริการประจำและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน แต่ยังคงพบปัญหาอุปสรรค คือขาดความต่อเนื่องในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจและการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ข้อยกจำกัดด้านงบประมาณ

* มุลนิธิเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ

† หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Received 25 January 2024; Revised 23 May 2024; Accepted 9 August 2024

Suggested citation: 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. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):314-30.

ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมรณิก โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิจันท์ ปาณะพงศ์, ธนิทร์ พัฒนศิริ. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3): 314-30.

ข้อจำกัดด้านกฎหมาย ส่วนปัญหาด้านการถ่ายโอนบุคลากร พบปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้มีข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ 1) ควรพิจารณาทบทวน ปรับปรุงและแก้ไขกฎระเบียบของกระทรวงมหาดไทย ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพที่ถูกถ่ายโอน เพื่อให้การบริหารจัดการและการให้บริการมีประสิทธิภาพ 2) ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ในการเพิ่มกรอบอำนาจกำลังบุคลากรเพื่อให้สถานบริการสุขภาพที่ถ่ายโอน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวตามบริบทของตน ตามปัญหาและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณด้านบุคลากร และ 3) ควรมีการจัดสรรงบประมาณตามภาระงานที่สถานบริการสุขภาพที่ถ่ายโอน ไปในแต่ละพื้นที่ต้องรับผิดชอบ เพื่อสถานบริการเหล่านั้นจะได้มีความมั่นคงด้านรายได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งสามารถวางแผน การจัดการทรัพยากรและรายได้ของตนเองเพื่อจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและ เกิดประสิทธิผล

คำสำคัญ: การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี, การกระจายอำนาจ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

The Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to Local Government Organizations: Progress and Challenges

Sonvane Uansri^{*}, Kamolphat Markchang^{*†}, Somtanuek Chotchoungchatchai^{*}, Sasivimol Ontong^{*}, Nitjanan Panapong^{*}, Thanin Pattanasiri^{*}

^{*} International Health Policy Program Foundation

[†] Doctor of Philosophy Program in Political Science, Faculty of Political Science, Thammasat University

Corresponding author: Kamolphat Markchang, kamolphat@ihpp.thaigov.net

Abstract

This qualitative research reviewed documents to investigate the progress of health facility decentralization according to sequential plans, decrees following revisions of the Decentralization Plan Act. Specifically, this research examined the criteria and procedures of transferring the Chaloem Phra Kiat 60 Years Nawamintrachini Health Centers and sub-district health promoting hospitals to local government organizations in 2021. The results reveal continuous improvements in the clarity and flexibility of the transfer criteria and conditions. Notably, the transfer criteria have been segmented into stages to evaluate the readiness and potential of local government organizations for the expected responsibilities. However, significant challenges persist, particularly regarding the laws and regulations governing the operations of medical and health professionals, including all other categories of human resources, and budgetary management by the National Health Security Office related to primary health care function of the transferred facilities. These challenges were compounded by a lack of continuity in decentralization and operational plans, budgetary constraints, legal issues encountered in the transfer of human resources, and an unclear division of duties between related units. The study offers policy proposals as follows: 1) review and amend the Ministry of Interior's regulations regarding the operations of transferred health facilities to enhance efficient management and service delivery. 2) Amend regulations to increase workforce flexibility of transferred health facilities to local government organizations taking account of local contexts, issues, and limitations within the personnel budget framework. 3) Allocate budgets according to the responsibilities of transferred health facilities to ensure stable income to attain self-managed revenues for effective health service delivery.

Keywords: health facility transfer, sub-district health promoting hospitals, Chaloem Phra Kiat 60 Years Nawamintrachini Health Center, decentralization, local government organization

ภูมิหลังและเหตุผล

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี นับตั้งแต่การตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่ก่อให้เกิดกลไก “คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.)” เพื่อทำหน้าที่จัดทำ “แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งฉบับแรกเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2543 และฉบับที่ 2 (ฉบับปัจจุบัน) เกิดในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งทั้ง 2 ฉบับ ต่างระบุเรื่องการถ่ายโอนภารกิจและสถานบริการสุขภาพมาโดยตลอด เช่น การแก้ไขปัญหาคัดค้านักค้ากว่าเกณฑ์ การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน การควบคุมโรคติดต่อ หรือการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือในขณะนั้นเป็นที่รู้จักกันดีในชื่อ “สถานีอนามัย” ที่มีความพยายามในการกำหนดหลักเกณฑ์การถ่ายโอนที่เหมาะสมมาโดยตลอด แต่ก็ยังไม่สามารถถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่นได้อย่างเต็มที่เต็มกำลังอย่างที่คาดหวังไว้ ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสิ้นเพียง 84 แห่งเท่านั้น จากประมาณ 1 หมื่นแห่งทั่วประเทศ

นอกจากนี้ ตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี มานี้ ได้มีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นมากมายที่เป็นพัฒนาการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การปฏิรูปสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การปฏิรูประบบราชการรวมทั้งการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีผลต่อการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิมาโดยตลอดและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาและเข้าใจบริบทของการถ่ายโอนระบบสุขภาพ ในปัจจุบันมีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐม-

ภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากถึง 4,196 แห่ง (กว่าร้อยละ 42.5)

จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความก้าวหน้าของการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนับตั้งแต่อดีต พร้อมทั้งศึกษาวิเคราะห์ความท้าทายของการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยการทบทวนสถานการณ์การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย ซึ่งค้นคว้าและรวบรวมจากเอกสาร บทความวิชาการ คู่มือและสิ่งตีพิมพ์ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา

แหล่งข้อมูล

การศึกษานี้ได้ทบทวนเอกสาร (literature review) สำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2543 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และ ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และนำเสนอข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (time series) และแบบพรรณนา (descriptive)

มาตรฐานจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เลขที่ สคม. 076/2565

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอความก้าวหน้าของการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตั้งแต่การประกาศใช้ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ความท้าทายและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งถือเป็นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพครั้งใหญ่ที่สุด นับตั้งแต่มีการถ่ายโอนมา

1. การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากอดีตถึงปัจจุบัน

การกระจายอำนาจในประเทศไทยมาพร้อมกับการเริ่มต้นของระบบการปกครองในระบอบประชาธิปไตยโดยคณะราษฎร ซึ่งเกิด อปท. ครั้งแรกในรูปแบบเทศบาลตาม พ.ร.บ. เทศบาล พ.ศ. 2476 ต่อมาหลังเหตุการณ์ “พฤษภาทมิฬ” พ.ศ. 2535 ได้นำไปสู่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยเมื่อ พ.ศ. 2540 ซึ่งได้พัฒนาการกระจายอำนาจเพื่อการเมืองไทยที่เข้มแข็ง โปร่งใส ตรวจสอบได้ และประชาชนมีส่วนร่วม โดยการตรากฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร

พ.ศ. 2542 และเกิดกลไก “คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.)” เพื่อทำหน้าที่จัดทำ “แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ในการถ่ายโอนภารกิจ “การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ” ให้ท้องถิ่นดำเนินการ⁽¹⁾ รัฐบาลต้องจัดสรรให้ อปท. มีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ต่อรายได้สุทธิของรัฐบาล⁽²⁾

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2543

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2543 และกำหนด “แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฉบับที่ 1 ขึ้นในปี พ.ศ. 2545 โดยในปีนั้น รัฐบาลมีการจัดสรรรายได้ให้แก่ อปท. ในสัดส่วนร้อยละ 22 ของรายได้รัฐทั้งหมด⁽³⁾ และกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้ อปท. ดำเนินการ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (2) ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต (3) ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย (4) ด้านการวางแผนการส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว (5) ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และ (6) ด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดย “การสาธารณสุข” เป็นส่วนหนึ่งในงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ต้องมีการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งเกี่ยวกับ “การสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ”⁽⁴⁾

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2545 ได้กำหนดไว้ 2 กลุ่ม คือ

1) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท. รวม 7 ภารกิจ (จาก 34 ภารกิจของ 7 กรม) ได้แก่ สำนักงาน

[†] การถ่ายโอนภารกิจ หมายถึง การที่ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะลดหรือยุติบทบาทจากผู้ปฏิบัติ เปลี่ยนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติแทน และจะต้องมีการถ่ายโอนงาน เงิน และจัดสรรบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม การตั้งงบประมาณไว้ที่ส่วนราชการดังที่เคยปฏิบัติมาไม่ใช่การถ่ายโอนภารกิจที่แท้จริง การถ่ายโอนภารกิจจะต้องเชื่อมโยงกับเรื่องการเงิน การคลัง งบประมาณ และการแบ่งรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย



ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ภารกิจ คือ การสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และกรมอนามัย 6 ภารกิจ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และการส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ซึ่งภารกิจดังกล่าวอยู่ภายใต้หน่วยบริการสุขภาพคือสถานีนามัย

2) การมุ่งเน้นให้เกิดกลไกระดับจังหวัดที่เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพและงานหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ในลักษณะ “เครือข่ายบริการ” โดยมีเป้าหมายให้เกิดการรวมศูนย์ของระบบสุขภาพในระดับจังหวัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการให้ กสพ. เป็นนิติบุคคลตามกฎหมายที่มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คล่องตัว มีอิสระ มีลักษณะเป็นองค์กรมหาชนท้องถิ่นที่จัดบริการสาธารณะโดยไม่มุ่งแสวงหาผลกำไร แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จในขณะนั้น⁽⁴⁾ โดยมีการจัดตั้ง กสพ. นำร่อง 10 จังหวัด⁽⁶⁻⁸⁾ ทว่าการดำเนินการได้หยุดชะงักลง เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วนเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงสร้างการบริหารของกระทรวง ทบวง กรมที่มีอยู่ในขณะนั้นไม่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการกระจายอำนาจไปยัง อปท.⁽⁷⁻⁹⁾ การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างเป็นไปด้วยความล่าช้าและถูกเร่งรัดจาก ก.ก.ถ. มาโดยตลอดจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อปท. ที่มีหลายรูปแบบ ทั้งแบบแยกส่วน (เช่น ถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อบต.) แบบเครือข่ายบริการ แบบองค์กรมหาชนและแบบการตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (service delivery unit: SDU) เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยัง

ได้จัดตั้ง “คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” เพื่อกำหนดแนวทางและวางแผนงานในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเฉพาะเรื่องการถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจเฉพาะสถานีนามัยให้แก่ อบต. และมีการเสนอหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ทดลอง โดย อบต. ที่เข้าร่วมโครงการจะต้องดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเคยได้รับรางวัลการบริหารจัดการดีเด่นจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สอ.) ภายใต้หลักเกณฑ์นี้มี อบต. ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 110 แห่ง ทั้งนี้ สถานีนามัยจะต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการด้วย โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสถานีนามัยที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 35 แห่งจากทั้งหมดเกือบ 1 หมื่นแห่ง⁽¹¹⁾ และในท้ายที่สุดมีสถานีนามัยกลุ่มแรกที่ถ่ายโอนให้แก่ อบต. จำนวนทั้งสิ้น 22 แห่ง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการควบคุมป้องกันโรค ศึกษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนามส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อบต. ทั้ง 22 แห่ง ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ มีการถ่ายโอนอีก 6 แห่ง รวมเป็น 28 แห่งในปี พ.ศ. 2551⁽⁸⁾

การส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อบต. ทั้ง 22 แห่ง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อบต. ซึ่งเกิดประเด็นคำถามและข้อกังวลขึ้นมากมาย กระทั่งกระทรวงสาธารณสุขต้องออกหนังสือปกขาว “10 ประเด็นสำคัญ เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” เพื่อชี้แจงและสื่อสารข้อเท็จจริงในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น ประเด็นการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ พ.ศ. 2550 และมีข้อกังวลว่าการส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อบต. ทั้ง 22 แห่ง จะชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาแล้วว่า รัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ยังคงกำหนดเรื่องการกระจายอำนาจไว้ตามเดิม โดยระบุไว้ในหมวด 14 มาตรา 281-290 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ไว้ ประกอบกับ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่ ดังนั้น การดำเนินการส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อปท. ทั้ง 22 แห่ง ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 จึงเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมายทุกประการ หรือประเด็นเรื่องของการบริหารจัดการเงินบำรุงของสถานีนามัยว่าหลังจากถ่ายโอนไปแล้วจะใช้ระเบียบของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงมหาดไทย ซึ่ง สส. ได้แจ้งเวียนว่า ถ้าสถานีนามัยได้รับเงินจากหน่วยบริการแม่ข่ายที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ให้ใช้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปโดยอนุโลม ซึ่งหากในท้ายที่สุดแล้วมีปัญหาเกิดขึ้นจนส่งผลเสียหายต่อประชาชนและทุกฝ่ายไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ กระทรวงสาธารณสุขก็พร้อมจะรับโอนภารกิจคืน เป็นต้น⁽¹⁰⁾

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

จากการปฏิรูประบบราชการภายใต้ พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของภาครัฐ การจัดระบบการทำงานของผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการ และมีการกำหนดวิธีการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด กลุ่มจังหวัด และนโยบายของรัฐบาลในเรื่องต่างๆ มีการปรับปรุงและประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และ “แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” (ฉบับที่ 2) พ.ศ.

2551⁽³⁾ โดยกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล โดยประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจไปพร้อมกับสถานีนามัยไปยัง อปท. ที่มีความพร้อม และ 2) การรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นทางเลือกของ อปท. ที่มีความพร้อมสูงกว่า โดยอาจดำเนินการในรูปแบบสหการ⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ด้วยหน่วยรับการถ่ายโอนเป็น อบต. และเทศบาล ซึ่งเป็น อปท. ขนาดเล็ก ดังนั้น จึงยังไม่มี การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลเกิดขึ้น

ในปี พ.ศ. 2552 เกิดการปฏิรูปสถานีนามัยครั้งสำคัญขึ้น โดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (นายกรัฐมนตรี) และนายวิทยา แก้วภราดัย (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ในขณะนั้น ได้ดำเนินนโยบาย “ยกระดับสถานีนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง พ.ศ. 2555 เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากเดิมที่มุ่งเน้นการรักษาเป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว โดยรัฐบาลเพิ่มงบค่าใช้จ่ายรายหัวในการส่งเสริมสุขภาพเป็น 200 บาทต่อคน และจัดกลุ่ม รพ.สต. เป็น 3 ขนาดตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ พร้อมปรับโครงสร้างอัตรากำลังประจำตามขนาด รพ.สต. และมีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำทุก รพ.สต. ทำหน้าที่ตรวจรักษาโรคพื้นฐานและทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ โดยคาดว่าจะการปฏิรูป รพ.สต. จะใช้เวลาดำเนินการ 3 ปี⁽¹²⁾

ตาม “คู่มือการปฏิบัติงานตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต การถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปี พ.ศ.



2553) โดยสำนักงาน ก.ก.ถ. ต่อไปนี้จะใช้คำว่า “คู่มือปี 2553” ซึ่งกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งสถานีอนามัย (ในปัจจุบันคือ รพ.สต.) ให้กับ อปท. ที่มีความพร้อม โดยในขั้นตอนแรกเจตนาของแผนปฏิบัติการฯ คือ ถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับเทศบาลและ อบต. ซึ่งเป็น อปท. ที่มีภารกิจหน้าที่ชัดเจนในระดับพื้นที่และมีความใกล้ชิดกับการดำรงชีวิตของประชาชนมากที่สุด และระยะสุดท้ายหาก อปท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้ออบจ. ดำเนินการ นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจ

ให้ยึดหลัก “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” โดยให้ อปท. กำหนดโครงสร้างขององค์กรเพื่อรองรับการถ่ายโอน ทั้งนี้ สิทธิและสวัสดิการของข้าราชการที่ถ่ายโอนต้องไม่ต่ำกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม การจัดตั้ง กสพ. ไม่ได้ถูกกล่าวถึงมากนัก อาจเนื่องมาจากแนวการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงนี้เป็นแบบแยกส่วนถ่ายโอนเฉพาะระดับเทศบาลหรือ อบต. ในขณะที่ กสพ. เป็นกลไกระดับจังหวัด ภายใต้คู่มือปี 2553 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมของ อปท. ในการจัดการด้านสาธารณสุขไว้ 5 องค์ประกอบ รวม 8 ตัวชี้วัด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดการประเมินความพร้อมของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ตามคู่มือปี 2553

5 องค์ประกอบ	8 ตัวชี้วัด
1. ประสบการณ์ของ อปท. ในการจัดการหรือการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข	1.1 ระยะเวลาที่ อปท. จัดหรือมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการงานสาธารณสุขถึงปีที่ประเมิน 1.2 ผลการดำเนินงานสาธารณสุข 1.3 ความร่วมมือของชุมชนในการจัดการงานสาธารณสุขของ อปท. เช่น ด้านทรัพย์สิน ด้านวิชาการ ด้านบริการ และกิจกรรมด้านอื่นๆ 1.4 การส่งเสริมสนับสนุนแก่สถานีอนามัยก่อนการขอรับโอน เช่น ด้านทรัพย์สิน/ ด้านวิชาการ/ ด้านบริการและกิจกรรม/ ด้านอื่นๆ
2. แผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการงานสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการจัดการงานสาธารณสุขซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับระดับ ประเภท และรูปแบบการจัดการงานสาธารณสุข	2.1 เทศบาลและ อบต. มีแผนกลยุทธ์หรือแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และ/หรือ แผนพัฒนาระบบส่งต่อ/แผนรองรับภาวะวิกฤติ/โรคติดต่อระบาดรุนแรง และ/หรือ แผนในการวางระบบกำกับควบคุม ตรวจสอบเพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าจะจัดการงานสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน
3. วิธีการบริหารและการจัดการงานสาธารณสุข	3.1 รูปแบบวิธีการบริหารและการจัดการงานสาธารณสุข
4. การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุข	4.1 สัดส่วนการใช้งบประมาณ (รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้ แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการจัดการงานสาธารณสุขเฉลี่ย 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง (ไม่รวมปีงบประมาณที่ประเมิน)
5. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดการงานสาธารณสุขของ อปท.	5.1 ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการงานสาธารณสุขในเขตบริการของสถานีอนามัยของ อปท. (ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ใช้ได้เป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันประมวลผล)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2553)⁽⁷⁾

อบต. = องค์การบริหารส่วนตำบล, อปท. = องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะกรรมการประเมินความพร้อมของ อปท. ในการจัดการงานสาธารณสุขเป็นรูปไตรภาคี มีจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด จำนวน 3 คน ผู้แทน อปท. จำนวน 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ที่ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด และผู้แทน อปท. จังหวัดนั้นร่วมกันเสนอ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเสนอเจ้าหน้าที่ของตนเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ 1 คน และ อปท. เสนอเจ้าหน้าที่ของตนเป็นผู้ช่วยเลขานุการของคณะกรรมการ 1 คน) โดยวิธีการประเมินให้คำนวณจากคะแนนของตัวชี้วัดทั้ง 8 ตัว เป็นค่าน้ำหนักคะแนนจากคะแนนเต็มและเปรียบเทียบเป็นร้อยละ 100 โดย อปท. ที่ได้รับการประเมินต้องมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป จึงจะสามารถรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยครอบคลุมภารกิจทั้ง 4 มิติไปดำเนินการได้ ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ⁽⁷⁾

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา มีการถ่ายโอนสถานีนอนามัยหรือ รพ.สต. ให้แก่เทศบาลและ อบต. อย่างต่อเนื่องแต่ในจำนวนที่น้อย โดยมีการถ่ายโอนในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 18 แห่ง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 4 แห่ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1 แห่ง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 6 แห่ง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 8 แห่ง⁽¹³⁾ และปี พ.ศ. 2564-2565 มีการถ่ายโอนเพิ่มอีก 19 แห่ง รวมจากอดีตถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 84 แห่ง (จาก 9,878 แห่ง)⁽¹⁴⁾ โดยมีปัจจัยสำคัญจากตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อม อบต. ที่ยังคงเข้มงวด⁽¹⁵⁾ (แม้ว่าจะยืดหยุ่นกว่าหลักเกณฑ์เดิมก็ตาม) และยังมีปัญหาความพร้อมของ อบต. ที่จะรับถ่ายโอน อย่างไรก็ดี ผลของแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว พบว่าการถ่ายโอนที่ผ่านมาให้ผลกระทบในแง่บวก เช่น งบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่ที่มีความเพียงพอต่อการให้บริการ⁽¹⁶⁾ การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ระบบตอบสนองต่อชุมชนและผู้รับบริการมากขึ้น^(8,17) และการมีส่วนร่วมของชุมชนมีเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ ทั้งนี้

ยังพบผลกระทบในแง่ลบ เช่น รพ.สต. บางแห่งประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ บางแห่งได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ลดลง และการบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ยลดลง ได้แก่ การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁶⁾

ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลหลายแห่งได้มากขึ้น ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 หมวดที่ 5⁽¹⁸⁾ ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁽¹⁹⁾ กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ประกอบด้วย 6 หมวด และบทเฉพาะกาล รวมทั้งหมด 43 มาตรา โดยมาตรา 10 บัญญัติให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีหน้าที่และอำนาจ เสนอนโยบายยุทธศาสตร์และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564-2575) ซึ่งเป็นการกำหนดระยะเวลาของแผน 10 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาตรา 43 ที่บัญญัติไว้ภายใน 10 ปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและลักษณะพื้นที่

การกระจายอำนาจยังอยู่ในช่วงของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 แม้ว่าจะจะมีการพัฒนา (ร่าง) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563-2565 แล้ว โดยกำหนดให้ถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและแจ้งงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สายด่วน 1669) แก่ อบจ. และกรุงเทพมหานคร (กทม.) แต่แผนดังกล่าวยังไม่ถูกประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปัจจุบัน⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้จัดสรรรายได้ให้ อบท. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.6⁽¹⁷⁾ แต่การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังเทศบาลและ อบต. ยังคงเป็นไปอย่างล่าช้า ซึ่งแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ได้กำหนดไว้ว่า ในระยะสุดท้ายหาก อบท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ดำเนินการแทน ดังนั้น “คณะอนุกรรมการบริหารแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการถ่ายโอนภารกิจ” ภายใต้ ก.ก.ถ. จึงมีคำสั่งแต่งตั้ง “คณะทำงานการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด” ขึ้น เพื่อพิจารณาจัดทำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีการจัดเวทีรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 5 ภูมิภาค ได้แก่ จ.ขอนแก่น จ.ชลบุรี จ.เชียงใหม่ จ.สงขลา และ จ.สุพรรณบุรี⁽¹³⁾ และได้เสนอต่อ ก.ก.ถ. ประกาศเป็น “หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด” เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564

ประกาศ ก.ก.ถ. เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564

ท้ายประกาศ ก.ก.ถ. ฉบับนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 ซึ่งต่อไปนี้จะใช้คำว่า “คู่มือปี 2564” ที่มีความชัดเจนและยืดหยุ่นมากขึ้นตั้งแต่การวางโครงสร้างและการดำเนินการก่อนการถ่ายโอนภารกิจ กลไกและกระบวนการถ่ายโอน ตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมของ อบท. และการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งในแต่ละส่วนได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ. สด. สปสช. กระทรวงสาธารณสุข อย่างค่อนข้างชัดเจน โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) ตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์ประเมินความพร้อมมีความยืดหยุ่นมากขึ้น (ตารางที่ 2) โดยคู่มือปี 2564 ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 4 หมวด รวม 6 ตัวชี้วัด (ลดลงจากเดิม) มีเนื้อหา มุ่งเน้นที่โครงสร้าง กลไก และทรัพยากรที่เพียงพอต่อการรองรับภารกิจและประสบการณ์ของ อบจ. ในการดำเนินการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ในหลักเกณฑ์การประเมินยังผ่อนคลายจากเกณฑ์เดิมลงอย่างมาก โดยไม่มีการตัดช่วงคะแนนที่ไม่ได้ถ่ายโอน แต่ใช้วิธีแบ่งระดับเป็น “ระดับดี” (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 70) หากถ่ายโอนภารกิจได้ อำเภอละ 1 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 30 แห่ง “ระดับดีมาก” (คะแนนร้อยละ 71-90) หากถ่ายโอนภารกิจได้ อำเภอละ 2 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 60 แห่ง และ “ระดับดีเลิศ” (คะแนนมากกว่าร้อยละ 90) หากสามารถถ่ายโอนภารกิจได้ทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ⁽¹³⁾

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามคู่มือปี 2564

4 หมวด	6 ตัวชี้วัด
1. โครงสร้างองค์กร	1.1 อบจ. มีผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนสำหรับ (1) งานด้านสาธารณสุข (2) งานด้านคุณภาพชีวิต
2. บุคลากร	2.1 อบจ. มีการบริหารงานบุคคลด้านสาธารณสุข คือ (1) มีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข (2) มีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มีการระบุตำแหน่งและจำนวนของบุคลากรของโครงสร้างอัตรากำลังอย่างชัดเจน
3. การเงินและการจัดสรรทรัพยากร	3.1 อบจ. มีแผนบริหารจัดการงบประมาณด้านคุณภาพชีวิตและด้านสาธารณสุข ดังนี้ (1) แผนบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตในปีงบประมาณที่ขอรับการประเมิน (2) แผนบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตภายใน 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง (นับรวมปีที่ขอรับการประเมินด้วย) 3.2 อบจ. มีความมั่นคงทางสถานะการเงิน การคลังและงบประมาณ โดยพิจารณา ดังนี้ (1) มีการบันทึกข้อมูลการเงินการคลังและงบประมาณในระบบบัญชีคอมพิวเตอร์ของ อบจ. (e-LAAS) และระบบบริหารการเงินการคลังของภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) อย่างครบถ้วนและถูกต้อง (2) มีการวิเคราะห์เสถียรภาพทางการเงิน การคลังและงบประมาณของ อบจ. และมีแนวทางการบริหารวินัยทางการเงินการคลังอย่างชัดเจน
4. แผนพัฒนางานด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต	4.1 อบจ. มีแผนงานหรือโครงการด้านคุณภาพชีวิตและสาธารณสุขปรากฏในแผนพัฒนา อบจ. 5 ปี ที่ครอบคลุมงานต่อไปนี้ (1) งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต (2) งานส่งเสริมสุขภาพ (3) งานควบคุมและป้องกันโรค (4) งานรักษาพยาบาล (5) งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (6) งานคุ้มครองผู้บริโภค (7) งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4.2 อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติ โดยมีประเด็นในการพิจารณา ดังนี้ (1) อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตตามแผนพัฒนา อบจ. 5 ปี ไปบรรจุไว้ในแผนดำเนินงานประจำปีของ อบจ. (2) อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตตามแผนพัฒนา อบจ. 5 ปี ไปบรรจุไว้ในข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ อบจ. (3) อบจ. ได้ดำเนินการกำกับ ติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งรายงานผลต่อสภา อบจ.

ที่มา: คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2564)⁽¹³⁾

อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, e-LAAS = electronic local administration accounting system, GFMS = government fiscal management information system



2) การกำหนดโครงสร้างและจัดตั้งกลไกในการดูแลภารกิจที่ถูกถ่ายโอน โดยกำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองสาธารณสุข” ใน อบจ. เพื่อรองรับการถ่ายโอน รพ.สต. เป็นการเฉพาะ และให้มี “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” ระดับจังหวัด ซึ่งจะต้องจัดตั้งขึ้นอีกครั้งหลังจากหยุดชะงักไปในแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 1 โดยโครงสร้าง กสพ. ประกอบด้วย นายก อบจ. เป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นรองประธาน ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและภาคประชาชนเป็นกรรมการ มีกองสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขานุการ โดย กสพ. มีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และอื่นๆ ทั้งนี้ กสพ. มิได้ถูกกำหนดให้จำเป็นต้องเป็นนิติบุคคลเหมือนในครั้งก่อนหน้า

3) การจัดทำ “แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่” ของ อบจ. อย่างน้อยต้องประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (2) การควบคุมโรคติดต่อ (3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ (6) การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

4) การกำหนดให้จัดสรรงบประมาณ (มักนิยมเรียกว่า งบ SML, small medium large) ให้แก่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปก่อนหน้านี้ (แห่งละ 1 ล้านบาท/ปี โดยไม่แบ่งขนาด) ให้จัดสรรตามขนาดของ รพ.สต.[§] โดยขนาดเล็ก (S) ให้จัดสรร 1 ล้านบาท/ปี ขนาดกลาง (M) ให้จัดสรร 1.5 ล้านบาท/ปี และขนาดใหญ่ (L) ให้จัดสรร 2 ล้านบาท/ปี อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ทางการเงินการ

คลังของประเทศไทยที่มีข้อจำกัด คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2565 และในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 อนุมัติงบประมาณให้เพียง 4 แสนบาท/ปี (S) 6.5 แสนบาท/ปี (M) และ 1 ล้านบาท/ปี (L) (ตามลำดับขนาด รพ.สต.) เท่านั้น

ผลจากคู่มือปี 2564 ที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้นและศักยภาพของ อบจ. ที่มีสูงกว่าเทศบาลหรือ อบต. ทำให้มี อบจ. ยื่นขอประเมินความพร้อมและผ่านการประเมินจำนวน 49 จังหวัด จาก 76 จังหวัด มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 33 ของ รพ.สต. ทั่วประเทศ (มากที่สุดนับตั้งแต่มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยและ รพ.สต.) และมีการถ่ายโอนต่อเนื่องในปี งบประมาณ 2567 อีกจำนวน 933 แห่ง (ร้อยละ 9.5)

2. ความท้าทายของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

จากการติดตามสถานการณ์ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 นับตั้งแต่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. พบความท้าทายและอุปสรรคหลายประการ ซึ่งสรุปเป็นรายประเด็น ดังนี้

มิติด้านกำลังคน

การจัดจ้างบุคลากรถ่ายโอนประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ที่ระเบียบหลักเกณฑ์ของกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการสุขภาพยังไม่รองรับ ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงมหาดไทยได้แก้ไขปัญหานี้ด้วยการให้ อบจ. ทำ MOU (memorandum of understanding) กับผู้ว่าราชการจังหวัด⁽¹⁾ เพื่อขอใช้ระเบียบหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย

[§] ขนาดเล็ก (S) รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, ขนาดกลาง (M) รับผิดชอบประชากร 3,000-8,000 คน และขนาดใหญ่ (L) รับผิดชอบประชากร 8,000 คนขึ้นไป

เงินบำรุงของสถานบริการในการจัดจ้าง พกส. ไปก่อน โดยอนุโลม⁽²⁰⁾ ใดๆก็ดี กระทรวงมหาดไทย จำเป็นต้องปรับปรุงระเบียบหลักเกณฑ์ต่างๆ ให้เอื้อต่อการจัดจ้างบุคลากรประเภทดังกล่าวอย่างชัดเจนและให้เป็นไปตามคู่มือปี 2564 ต่อไป ส่วนวิชาชีพที่ขาดแคลน ได้แก่ พยาบาลและแพทย์แผนไทย และการจัดจ้างบุคลากรอื่นๆ อบจ. สามารถจัดสรรบุคลากรให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้ทันที และการจัดจ้างโดย อบจ. ในลักษณะข้าราชการท้องถิ่นมีข้อจำกัดตามมาตรา 35 แห่ง พระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ค่าใช้จ่ายด้านบริหารงานบุคลากรที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมดของ อบจ. และหาก อบจ. จะจัดหาบุคลากรเพิ่มเติมกรอบอัตรากำลังต้องดำเนินการขอเปิดกรอบ ซึ่งมีกระบวนการหลายขั้นตอน^(21,22)

มิติด้านการเงินและการคลัง

ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. การจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. ให้ รพ.สต. จะผ่านหน่วยบริการประจำ (contracting unit of primary care, CUP) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในคู่มือปี 2564 จะกำหนดให้หน่วยบริการประจำ (CUP) ต้องบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนโดยมิให้แตกต่างจากก่อนการถ่ายโอนและมีให้ใกล้เคียงล้ากับ รพ.สต. อันที่ไม่ได้ถ่ายโอนก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติ งบกองทุน สปสช. ที่ถูกจัดสรรไปจะถูกโอนเข้าบัญชีของหน่วยบริการประจำ (CUP) ซึ่งหากพิจารณาว่าการเบิกจ่ายเงินในบัญชีอยู่ภายใต้ระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีได้ให้อำนาจหน่วยบริการดำเนินการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ไปยังหน่วยงานนอกสังกัดได้ ดังนั้น สปสช. จึงแก้ไขปัญหานี้โดยกำหนดกลไกการเงินที่หลากหลายรูปแบบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงในแต่ละพื้นที่ว่าจะจัดสรรเงินอย่างไร (ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565) เช่น บางจังหวัดตกลงให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณเหมือนเดิมโดยการโอนงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับแม่ข่ายไปให้หัวหน้าแม่ข่าย จากนั้นต้องทำการตกลงกับ รพ.สต. ว่าจะโอนเงินเท่าใด ด้วยวัตถุประสงค์อะไรบ้าง หรือบางพื้นที่ให้ สปสช. โอนตรงไปที่ รพ.สต. ให้ดำเนินการจัดการเอง ซึ่ง สปสช. จะดำเนินการจ่ายค่าบริการให้กับหน่วยที่เป็นผู้จัดบริการหรือ รพ.สต. โดยตรง ได้แก่ บริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย (outpatient accident and emergency, OPAE), บริการปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere), แพทย์แผนไทย, การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, บริการเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) ส่วนบางบริการที่เป็นค่าดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการแม่ข่ายและ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน จะมีการกำหนดสัดส่วนการจ่ายให้ชัดเจน เช่น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care), คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster, PCC), fee schedule (บางรายการ), งบเบาหวานความดัน ทั้งนี้ ในระดับพื้นที่จะมี กสพ. ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแผนพัฒนาสาธารณสุขของพื้นที่ แผนความต้องการใช้ทรัพยากร รวมถึงรูปแบบในการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อขับเคลื่อนการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สำหรับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับกลไกการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน แม้ว่ารูปแบบและกลไกของการจ่ายเงินให้กับสถานบริการมีความหลากหลายก็จริง แต่ยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์ รวมถึงการติดตามประเมินผลของรูปแบบการจัดสรรต่างๆ

การบริหารจัดการงบประมาณของ รพ.สต. ภายใต้สังกัด อบจ. มีความยืดหยุ่นพอสมควร ประกอบกับการได้รับงบ SML เพิ่มเติม ทำให้มีเม็ดเงินเพียงพอที่จะทำให้ไม่กระทบต่อการบริการประชาชน เมื่อเปรียบเทียบกับ



ก่อนการถ่ายโอนและหลังการถ่ายโอนมายัง อบจ. ระบบการบริหารงบประมาณมีข้อดี คือ 1) รพ.สต. ได้รับเงินงบประมาณประเภทต่างๆเพิ่มเติมทำให้ช่วงหลังถ่ายโอนมีเงินเพียงพอ ไม่กระทบต่อการบริการ 2) อบจ. แต่ละจังหวัดได้จัดสรรงบประมาณของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาบุคลากรขาดแคลนในช่วงถ่ายโอนและจัดสรรเงินสวัสดิการให้แก่บุคลากรถ่ายโอนเพื่อไม่ให้เกิดกระทบต่อการบริหารงานบุคคลของ รพ.สต. 3) ระบบการบริหารจัดการด้านงบประมาณของ อบจ. มีความยืดหยุ่นคล่องตัว ทำให้การเบิกจ่ายเงินของ รพ.สต. ทำได้รวดเร็วขึ้น

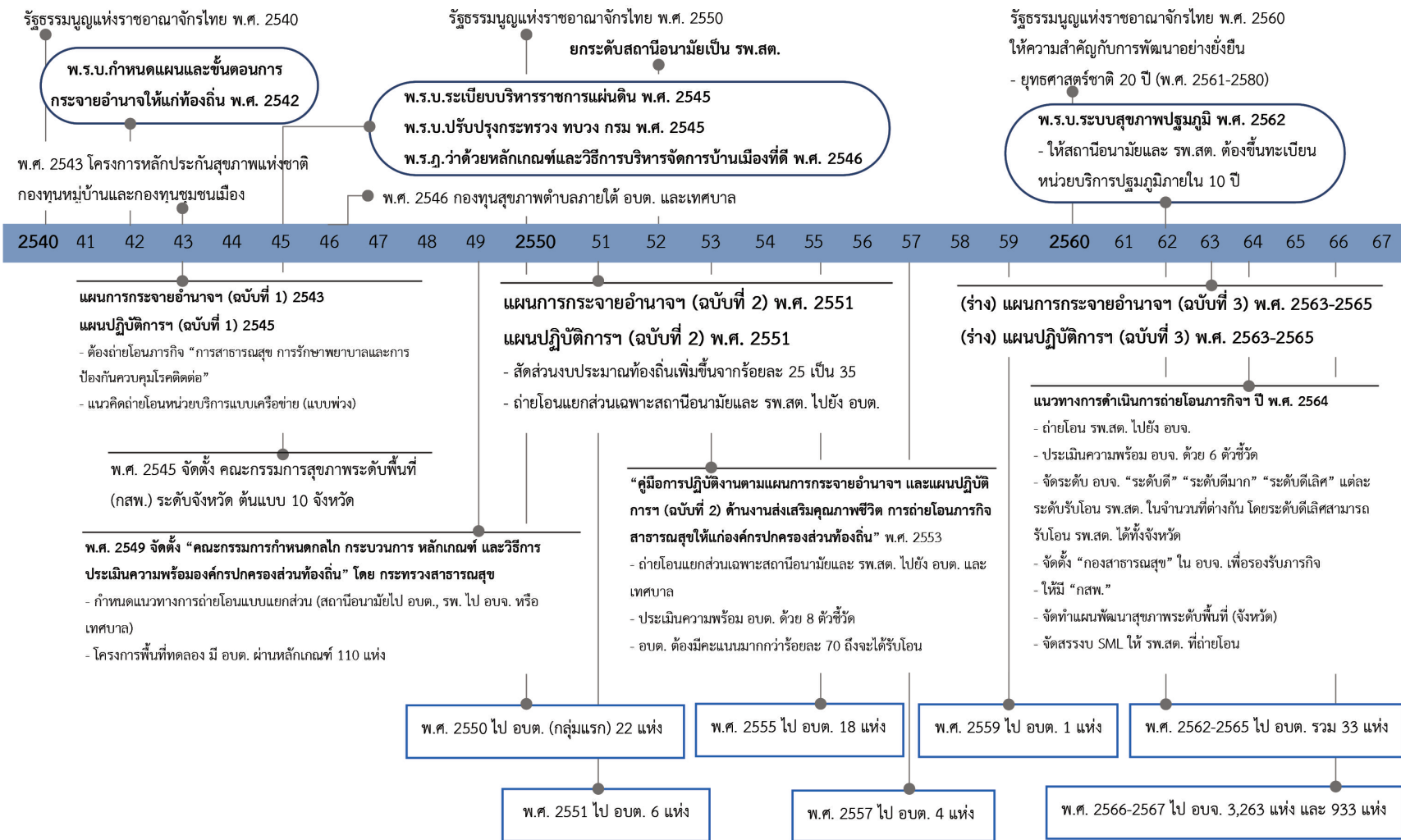
มิติด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยา

การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาได้ถูกกำหนดไว้ในคู่มือปี 2564 โดยแต่เดิมยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาของ รพ.สต. จะถูกบริหารจัดการแบบเครือข่ายหน่วยบริการ โดยมีหน่วยบริการประจำ (CUP) ซึ่งเป็นแม่ข่ายของ รพ.สต. นั้นๆ ทำหน้าที่จัดหาและบริหารคลังยา เนื่องจากมีทรัพยากรทางการแพทย์และศักยภาพเพียงพอที่จะดำเนินการ (โดยเฉพาะการมีเภสัชกรประจำหน่วย) และจัดสรรให้แก่ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการลูกข่าย อย่างไรก็ตาม คู่มือปี 2564 มิได้กำหนดขั้นตอนหรือแนวปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวไว้ ดังนั้น อบจ. ซึ่งมีฐานะเป็นต้นสังกัดของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจะสามารถดำเนินการเป็นผู้บริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาด้วยตนเองและจากการติดตาม

สถานการณ์การถ่ายโอนในช่วงที่ผ่านมาพบว่า อบจ. บางแห่งได้พัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่และเริ่มกำหนดเรื่องการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาด้วยตนเองบ้างแล้ว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการมีแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาของหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ อบจ. สามารถนำไปใช้เพื่อบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาให้เกิดประโยชน์กับประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

มิติด้านการกำกับดูแลและประเมินผล

การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมการบริการสุขภาพปฐมภูมิใน รพ.สต. ถ่ายโอน แม้ว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนยังคงถูกกำหนดให้จัดบริการปฐมภูมิตามคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขตามเดิมโดยอนุโลม เช่น การจัดบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัย การให้บริการสุขภาพครอบคลุม 5 มิติ การบริการส่งต่อ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจะไม่มีหน้าที่ในการกำกับติดตามและประเมินผลในลักษณะของการเป็นต้นสังกัดดังเช่นแต่ก่อน แต่จะมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานและวิชาการ เช่น การจัดทำมาตรฐานและระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข การจัดทำแนวทางการสั่งการ รพ.สต. ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน หรือการจัดทำแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของ รพ.สต.



หมายเหตุ: ปรับปรุงจาก Jongudomsuk P et al. (2015)⁽⁸⁾, กสพ. = คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่, พรฎ. = พระราชกฤษฎีกา, พรบ. = พระราชบัญญัติ, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, อบต. = องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาพที่ 1 ความก้าวหน้าและเหตุการณ์สำคัญของการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

วิจารณ์และข้อยุติ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการถ่ายโอนสถานพยาบาลได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการถ่ายโอนให้มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด เพื่อเป็นปัจจัยให้เกิดการถ่ายโอนหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อค่าบริการประชาชนในช่วงเปลี่ยนผ่านให้น้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นถือเป็นเป้าหมายและความท้าทายที่สำคัญ และถือเป็นเจตนารมณ์หลักของการกระจายอำนาจตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ระบุว่า การบริการสาธารณะต่างๆ ที่ถ่ายโอนไปต้องมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรืออย่างน้อยต้องไม่แย่กว่าเดิมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้รับการถ่ายโอนภารกิจ ผู้ส่งมอบภารกิจหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสมควรที่จะต้องประสานความร่วมมือกันตามบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับ โดยมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพถือเป็นกระบวนการที่ใหม่ในท้องถิ่นจากเดิมที่เคยรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางก็ถูกปรับเปลี่ยนมาให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการบริหารจัดการ ซึ่งในช่วงต้นของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือว่าการเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข ส่วนกระบวนการทำงานยังมีความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในด้านต่างๆ คือ

- 1) ด้านบุคลากร อบจ. ยังมีข้อจำกัดและประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข แม้ว่า อบจ. จะจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุขมาปฏิบัติงานเพิ่มเพื่อรองรับปริมาณงานบริการสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น แต่ติดเพดานวงเงินงบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากรที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมด ตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
- 2) ด้านงบประมาณแหล่งรายได้ของ รพ.สต. ที่จัดสรรโดย สปสช. มีกลไก

การเงินหลากหลายรูปแบบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงในแต่ละพื้นที่ว่าจะจัดสรรเงินอย่างไรและมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์ รวมถึงการติดตามประเมินผลของรูปแบบการจัดสรรต่างๆ 3) ด้านการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พบว่า ยังขาดแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของ อบจ. 4) ด้านการกำกับดูแลและประเมินผล พบว่า ยังขาดแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ดังนั้น เพื่อให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจของหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อค่าบริการประชาชนในช่วงเปลี่ยนผ่านให้น้อยที่สุด การศึกษานี้จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

- 1) สธ. ควรพิจารณาทบทวน และเสนอให้มีการปรับปรุง/แก้ไขกฎระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. เพื่อให้สามารถบริหารจัดการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กฎระเบียบต่างๆ ควรมีความสอดคล้องกับกฎระเบียบที่ใช้กับ รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือดีขึ้นกว่าเดิม

- 2) กระทรวงมหาดไทย ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ในการเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรเพื่อให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีอิสระ ยืดหยุ่น และคล่องตัวตามสภาพแวดล้อม ตามปัญหาและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณด้านบุคลากรที่ได้รับจัดสรร ตามข้อมูลต้นทุนมาตรฐานตามประเภท/ขนาดของ รพ.สต. และตามความรับผิดชอบต่อเป้าหมายที่สามารถติดตามประเมินผลหรือวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

- 3) อบจ. ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนให้แก่ รพ.สต. เช่น เงินอุดหนุนทั่วไป เงินอุดหนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนบุคลากร รพ.สต. ตามปริมาณงานซึ่งกำหนดจากเป้าหมายงานหรือตามภาระงานที่ รพ.สต. ต้องรับผิดชอบในท้องถิ่นแต่ละพื้นที่เพื่อให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีความมั่นคงด้านรายได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งสามารถ

วางแผนการจัดการทรัพยากรและรายได้ของตนเองเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและเกิดประสิทธิผล

4) อบจ. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุของ อบจ. และ แนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้การดำเนินการตามภารกิจด้านสาธารณสุขมีคุณภาพ มีมาตรฐาน เป็นไปตามความต้องการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่และสอดคล้องไปกับเป้าหมายด้านสุขภาพของประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการหน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งดำเนินการโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ โดยได้งบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

References

1. Singhaniyom S, Singhakachen W. Decentralization of health for the strength of local people. *Quality of Life and Law Journal*. 2006;2:54-70. (in Thai)
2. Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542 (1999). Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. *The Government Gazette Volume 134*. (in Thai)
3. Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations. Information on revenue allocation to local administrative organizations during the fiscal year 2009-2013. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister. Government House; 2013. (in Thai)
4. Announcement of the Committee on Decentralization to Local Administrative Organizations on the Action Plan to Determine the Procedures for Decentralization to Local Administrative Organizations [internet]. *The Government Gazette Volume 119*. (Mar 13, 2002). [cited 2024 May 29]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER20/DRAWER059/GENERAL/DATA0000/00000042.PDF>. (in Thai)
5. The Committee Determines Mechanisms, Criteria, and Methods for Evaluating the Readiness of Local Government Organizations to Support the Transfer of Public Health Center. Guidelines for transferring public health to local administrative organizations. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)
6. Wangrat C. Decentralization of public health: background, situation, and future trends. *Public Health System Research Substance*. 2011;5(4):530-8. (in Thai)
7. Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations. Manual for operating according to the plan for decentralization to local government organizations (2nd ed.) 2008 and the action plan specifying the steps for decentralization to local government organizations (2nd ed.) in the area of promoting quality of life. Transferring public health missions to local government organizations. Bangkok: Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations; 2010. (in Thai)
8. Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Vapatanavong P, et al. The Kingdom of Thailand Health System Reivew. Tangcharoensathien V, editor. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Announcement of the Committee on Decentralization to Local Government Organizations regarding the enforcement of the decentralization plan for local government organizations (No. 2) B.E. 2551 (2008) and the action plan specifying the steps for decentralization to local administrative organizations (No. 2) B.E. 2551 (2008). (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Facts on 10 important issues regarding the transfer of health center missions to local government organizations (Local Administrative Organizations) and health decentralization guidelines. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)
11. Srisasalux J, Vichathai C, Kaewwichian R. Experience with public health decentralization: the health center transfer model. *Journal of Health Systems Research*. 2009;3(1):16-34. (in Thai)
12. Center for Information and Investigative News for Civil Rights. Until 2016, the transfer of ‘Subdistrict Health Promoting Hospitals’ (Subdistrict Health Promoting Hospitals) to local administration was only 51 out of a total of 9,787 [internet].



- 2017 [cited 2024 May 29]. Available from: <https://www.tcijthai.com/news/2017/9/scoop/7326>. (in Thai)
13. Announcement of the Committee on Decentralization to Local Administrative Organizations on the criteria and procedures for transferring the missions of the Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Sub-district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization, (2021). (in Thai)
 14. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Mission information transferred according to the action plan specifying the process of decentralizing power to local administrative organizations, Issues 1 and 2: Health station information [internet]. 2022 [cited 2024 May 29]. Available from: <http://bit.ly/3XatLQE>. (in Thai)
 15. Sudhipongpracha T, Chotsetakij W, Phuripongthanawat P, Kittayasophon U, Sathatham N, Onphothong Y. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Bangkok: Thammasat University, College of Interdisciplinary Studies; 2021. (in Thai)
 16. Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Wanwong Y, Kosiyaporn H, Witthayapipopsakul W, Srisasalux J, et al. Evaluation of the devolved health centers: synthesis lesson learnt from 51 health centers and policy options. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2018. (in Thai)
 17. Parliamentary Budget Office. Budget analysis for fiscal year 2022: local government organizations. Bangkok: Office of the Secretariat of the House of Representatives; 2022. (in Thai)
 18. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017) [internet]. Available from: https://cdc.parliament.go.th/draftconstitution2/more_news.php?cid=128. (in Thai)
 19. Primary Health Care Act B.E.2562 (2019) [internet]. Available from: <http://www.https://ratchakittha.soc.go.th/documents/17087273.pdf>. (in Thai)
 20. Letter No. MT. 0819.3/W 3380 Subject: Guidelines for hiring Ministry of Public Health employees and other types of employees transferred according to the mission of the Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawamintharachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. to the Provincial Administrative Organization Fiscal year 2023, (2022 Oct 21). (in Thai)
 21. Narattharaksa K, Narattharaksa T, Sirilak P, Sirilak S. A study of duties and powers of the Phitsanulok Provincial Administrative Organization regarding the transfer of subdistrict health promotion hospitals to Phitsanulok Provincial Administrative Organization Case study to make recommendations for reforming the law and amending related provisions. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
 22. Sornkasetrin A, Sriyasak A, Chandra R, Krirkulthorn T, Nimwatanakul S, Thanyaporn Chuenklin, et al. Policy proposal for health manpower management during the transition period from the transfer of subdistrict health promotion hospitals to the Provincial Administrative Organization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)

มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิและความพร้อมให้บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอนไป สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ดาราพรรณ รongเมือง*

อินทรา สุขรุ่งเรือง†

จิราพร ทองดี*

ลลิตา เดชาวุธ‡

กฤษณี สุวรรณรัตน์‡

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ§

ภัทร์พงศ์ 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

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† โรงพยาบาลพุทธโสธร

‡ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

§ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¶ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี

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

Suggested citation: Rongmuang D, Sukrungrung 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, กฤษณี 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 Sukrungreung[†], 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 ผลักดัน และขับเคลื่อนการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจตามหลักการกระจายอำนาจให้แก่ 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 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 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 ผู้วิจัยคำนึงถึงความอิมตัวของข้อมูลโดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลตามประเด็นต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยจนอิมตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ คือ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของ อบจ. ได้แก่ ขนาดของ อบจ. งบประมาณด้านสาธารณสุข 3 ปี ย้อนหลัง จำนวนบุคลากรในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนและข้อมูลพื้นฐานของ รพ.สต. ได้แก่ ขนาดของ รพ.สต., สถานะการถ่ายโอน, การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ), จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ, จำนวนเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. (จำแนกรายวิชาชีพตามโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ), ผลการประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิตดาว (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 ดำเนินงานมาตรฐานการบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐาน บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานบริการของ รพ.สต. สังกัด อบจ. ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อม และการรับรู้ ความสามารถในการให้บริการตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ. จำแนกตามขนาด ของ รพ.สต. ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์
5. วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะในการ ให้บริการตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิและการรับรอง 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 จัดบริการตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล 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 และการดูแลแบบประคับประคอง 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. เรวางแผนว่าที่ทำงานประสานกันตรงนี้ใช้เวลาประมาณ 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

ปฐมภูมิมีความเข้มแข็งและมีคุณภาพตามมาตรฐาน

“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

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพในประเทศไทยที่มีรายได้ปานกลาง 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 แต่การขาดประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการบริหารงานด้านสุขภาพของผู้นำในบางพื้นที่ยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานตามมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของ รพ.สต. การพัฒนาความรู้และทักษะในการบริหารงานด้านสุขภาพให้แก่ผู้นำในพื้นที่ต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้การสนับสนุนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้อง กับความต้องการของชุมชน และควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะให้มีความเข้าใจในอำนาจของตนเองในเรื่องสุขภาพ และมีบทบาทในการตัดสินใจ ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจึงมีความสำคัญ⁽³⁾

3. ความสำคัญของการบูรณาการการจัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจอาจยังมีข้อจำกัดในบางเรื่อง เช่น ด้านบุคลากร การให้บริการตามมาตรฐาน รวมถึงการจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ การบูรณาการการจัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลแม่ข่ายจึง

เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพให้กับประชาชน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานและครอบคลุมในทุกมิติ โดยอาศัยความร่วมมือแบบพันธมิตรพยาบาลบุคคล ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งบุคลากรมาสนับสนุนการให้บริการใน รพ.สต. และการสนับสนุนด้านวิชาการ การฝึกอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นโดยผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลแม่ข่าย สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศจีน พบว่า ถึงแม้ว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะสามารถให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แต่ยังคงเกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากร ดังนั้นการสนับสนุนจากส่วนกลางจึงมีความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและเท่าเทียมกัน⁽¹³⁾ การร่วมมือระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุม และมีระบบส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการจัดระบบส่งต่อที่มีมาตรฐาน ระหว่างหน่วยบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย และส่งผลต่อการพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁽¹⁵⁾

โรงพยาบาลแม่ข่ายยังสามารถสนับสนุนการจัดหายาและเวชภัณฑ์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถสั่งซื้อได้ในปริมาณมากและลดต้นทุน และยังสามารถช่วย รพ.สต. ในการจัดเก็บยาและแจกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ให้กับ รพ.สต. ทำให้มีความพร้อมในการให้บริการกับประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาาระบบการเบิกจ่ายยาเวชภัณฑ์ใน 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.) ให้ดำเนินการกำกับการถ่ายโอนให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการถ่ายโอน 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 และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีสามารถดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง

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.

ศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดการสุขภาพชุมชนหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง*

เพ็ญนภา ศรีหรั่ง†

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์‡

วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี†

จิราพร วรวงศ์‡

บุบผา รักษานาม#

วนิตา ศรีพรหมษา‡

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพ การมีส่วนร่วมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยด้านศักยภาพของ อสม. มี 3 ส่วนคือ 1. ความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชน 2. เจตคติในการจัดการสุขภาพชุมชน 3. ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติ (ด้วยการประเมินตนเอง) ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน และด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Received 14 June 2024; Revised 18 August 2024; Accepted 10 September 2024

Suggested citation: Sridawruang C, Sriring P, Sriyasak A, Thanakanjanaphakdee W, Worawong C, Raksanam B, et al. Capability, community participation and factors associated with the abilities of village health volunteers' community health management of devolved sub-district health promoting hospitals of provincial administrative organizations. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):351-66.

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, จิราพร วรวงศ์, บุบผา รักษานาม และคณะ. ศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพชุมชนหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):351-66.



สุขภาพชุมชน โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.85, 0.92, 0.95, 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนในจังหวัดจาก 4 ภูมิภาค รวม 10 จังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต.ไปขึ้นกับ อบจ. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 482 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม STATA 16.1 ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ รายงานค่า adjusted odds ratio, 95%CI และ *p*-value ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ขนาดกลาง 255 คน (ร้อยละ 52.9) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.0) อายุระหว่าง 50-59 ปี คือร้อยละ 38.6 ระยะเวลาของการเป็น อสม. ค่าเฉลี่ย 16.38 ± 9.64 ปี และร้อยละ 87.3 เคยผ่านการอบรมมาก่อน ศักยภาพของ อสม. จากความรู้ เจตคติและทักษะหรือพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชนพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 96.9 มีเจตคติในระดับสูง พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดคือด้านการประเมินผลการจัดการสุขภาพชุมชน มีพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) พบค่าเฉลี่ยสูงสุด พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากการจัดการสุขภาพชุมชน ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน ด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนในภาพรวมก็อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58) พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการติดตามประเมินผล (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66) ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความสามารถด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนมี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ศักยภาพด้านทักษะหรือพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 2) ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน 3) กลุ่มอายุของ อสม. 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. และ 5) อาชีพ

คำสำคัญ: ศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชน, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การถ่ายโอน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Capability, Community Participation and Factors Associated with the Abilities of Village Health Volunteers' Community Health Management of Devolved Sub-District Health Promoting Hospitals of Provincial Administrative Organizations

Chaweewan Sridawruang^{*}, Pennapa Sriring[†], Atcharawadee Sriyasak[§], Wuttikul Thanakanjanaphakdee[‡], Chiraporn Worawong[‡], Buppha Raksanam[#], Wanida Sripromsa[‡], Manatsri Paibulsiri[¶]

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

[†] Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

[§] Boromarajonani College of Nursing, Yala

[‡] Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

[#] Sirindhorn College of Public Health, Trung

[¶] Faculty of Nursing, Pathumthani University

Corresponding author: Wuttikul Thanakanjanaphakdee, wuttikul@scphkk.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the capability, community participation and factors associated with the abilities of village health volunteers (VHVs) in community health management of devolved sub-district health promoting hospitals of provincial administrative organizations (PAOs). The questionnaire survey included 3 dimensions: first, the capabilities of VHVs measured in 3 domains; knowledge, attitudes, and behavioral skills in community health management. Second, the participation and third, the capabilities of VHVs in community health management; all were measured based on self-assessed questionnaire. The content validity verified by three experts was of 0.85, 0.92, 0.95, 0.92, and 0.94, respectively. The study was conducted between March 2023 and February 2024. Sample selection employed a multi-stage random sampling method. This study recruited 482 VHVs from

across 10 provinces of 4 regions. Data were analyzed using a computer program. Multiple logistic regression was used to analyze the data. Adjusted odds ratios (Adj.OR), 95% confidence intervals (95% CI), and -values were reported. **Results:** Most of the participants were VHVs of medium-sized health promoting hospitals (52.9%), were female (82.0%), with age range of 50-59 years (38.6%). The average duration of being a VHV was 16.38 ± 9.64 years, and 87.3% had training experience. Capacity of VHVs in community health management comprised knowledge, attitudes, and behavioral skills in managing community health in five areas: health planning, leadership and budget management, organizing health promotion activities and disease prevention in the community, evaluating community health management, and information technology for managing community health. The findings showed that most VHVs had a high level of knowledge, attitude, and behavior in community health management. Specifically, VHVs demonstrated a high level of knowledge (mean 28.16, SD=1.79). They also showed a positive attitude (mean 4.37, SD=0.49). The highest average was found in organizing health promotion activities. The lowest was the evaluation of community health management. There was a high level of community health management behavior (mean 4.31, SD=0.50). The highest mean was found in information technology for community health management. The lowest were in organizing health promotion activities and controlling them, prevent disease in the community. The community participation of VHVs in community health management was at a high level (91.9%, mean 4.27, SD=0.57). A multiple logistic regression analysis was conducted to identify factors associated with VHVs' ability to manage community health at a high level. The analysis revealed five significant factors: 1. skill potential, 2. participation, 3. age group, 4. the duration of being VHV, 5. occupation.

Keywords: community health management capacity, participation, village health volunteers, devolution, sub-district health promoting hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กับแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนฯ ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจ การบริการสาธารณสุขด้านการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานอนามัยและบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมภายในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งตามแผนฯ นั้นให้ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใน พ.ศ. 2553 โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน⁽¹⁾

ในระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคด้านความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งถึงปี

2559 มีการถ่ายโอน รพ.สต. ได้จำนวน 51 แห่ง จากทั้งหมดทั่วประเทศ 9,787 แห่ง ซึ่งในส่วนที่ถ่ายโอนไปแล้วมีทั้งที่ประสบความสำเร็จ คือสามารถดำเนินงานได้ และบางส่วนที่ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างพื้นที่ การสนับสนุนวิชาการ บุคลากรขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการสาธารณสุข และโดยเฉพาะงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กไม่สามารถรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนลงไปได้อย่างเต็มที่ การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน เพื่อประเมินและติดตามผลกระทบของการถ่ายโอนในเชิงการบริหาร การตอบสนองต่อสุขภาพประชาชน ในท้องถิ่น ศึกษาจาก รพ.สต. 28 แห่ง ช่วง กันยายน 2564 – 30 กันยายน 2555 พบว่าผลที่เกิดจากการถ่ายโอน แตก



ต่างกันไปตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่⁽²⁾

การดำเนินการถ่ายโอนเริ่มมีความชัดเจนและมีความต่อเนื่อง หลังจากราชกิจจานุเบกษาได้เผยแพร่ 19 ตุลาคม 2564 โดยปลายปี 2565 มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชินี (สอน.) และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รวมทั้งสิ้น 3,263 แห่ง ใน 49 จังหวัด มีบุคลากรถ่ายโอนคือ ข้าราชการ 11,722 ราย ลูกจ้างประจำ 20 ราย พนักงานราชการ 5 ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 4,919 ราย ลูกจ้างชั่วคราว 4,891 ราย และข้าราชการช่วยราชการ 374 ราย ในขณะที่ยังมีหลายประเด็นที่ต้องมีการทบทวนเพื่อหาทางแก้ไข ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอทั้งด้านคุณวุฒิและปริมาณ⁽³⁾ ในการบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากรพ.สต. สู่อบจ. นั้น จากการศึกษาความคิดเห็นบุคลากรของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนทุกภูมิภาค จำนวน 430 คน พบว่ามีการปฏิบัติตามหน้าที่และภารกิจตามคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ และบุคลากรด้านสุขภาพสามารถให้บริการได้เต็มที่ สมรรถนะบุคลากรของ รพ.สต. ในภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ยกเว้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารจูงใจ การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการปรับปรุงคุณภาพของงานในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน⁽⁴⁾

การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญในระบบบริการสุขภาพชุมชน ความสำคัญของภารกิจของ รพ.สต. ในการจัดการสุขภาพชุมชน คือกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน อสม. เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนของระบบบริการปฐมภูมิ และเป็นผู้ร่วมดำเนินการสั่งการ ควบคุมกำกับ ให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้⁽⁵⁾

ทั้งนี้ อสม. ยังอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ รพ.สต. จะโอนย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจาก อสม. เป็นภาคประชาชนอิสระ ไม่ได้อยู่ภายใต้ พรบ. ท้องถิ่น ซึ่งการขับเคลื่อนการทำงานสุขภาพชุมชนร่วมกันระหว่าง อสม. กับ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนฯ เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนของรัตนานภิศ รัชตะวราภ⁽³⁾ พบว่าการนำแนวคิดของระบบการแพทย์ปฐมภูมิไปสู่การปฏิบัติหลังถ่ายโอนยังไม่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน เป็นประเด็นสำคัญที่ประชาชนมีข้อกังวลต่อคุณภาพและมาตรฐานของการบริการสุขภาพที่จะได้รับ การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นกลไกการเชื่อมประสานกันเป็นเครือข่ายของผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนนั้น พบว่า มีความซับซ้อนและมีช่องว่างในการอภิบาลระดับอำเภอ รวมถึงยังไม่มีความเป็นอิสระในเชิงนโยบายการบริหารสุขภาพ จากการศึกษาของดาราพรรณ รองเมือง ในประเด็นการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. มีข้อเสนอต่อ อบจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และตัวแทนภาคประชาชนให้ร่วมกันเตรียมความพร้อม วางแผนและดำเนินงานสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขควรยกระดับ อสม. สนับสนุนการดำเนินงานภาคประชาชนให้มีความเข้มแข็ง สร้างขวัญกำลังใจให้ อสม. เป็นเพียงขับเคลื่อนในระบบสุขภาพที่เป็นของภาคประชาชนได้อย่างแท้จริง⁽⁶⁾

ดังนั้น การศึกษาศักยภาพ การมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จึงมีความสำคัญที่ควรศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในด้านการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ด้านมี

ส่วนร่วมในการขับเคลื่อน จัดการสุขภาพปฐมภูมิให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และมีความเข้มแข็ง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพภายหลังการถ่ายโอนฯ โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อศึกษาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ประชากร คือ อสม. แบ่งกลุ่มตามภูมิภาค ระดับการถ่ายโอนและขนาดของ รพ.สต.

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ อสม. รวมทั้งหมด 482 คน ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel, W. W. และ Cross, C. L.⁽⁷⁾

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดย

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกตามเกณฑ์จังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจ ของ รพ.สต. ไปขึ้นกับ อบจ. ภูมิภาคละ 2-4 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภูมิภาค ได้จำนวน 10 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดที่ถ่ายโอน 100% จำนวน 2 จังหวัดคือ มุกดาหาร ร้อยเอ็ด จังหวัดที่ถ่ายโอน 50-99% จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม แพร่ และจังหวัดที่ถ่ายโอนน้อยกว่า 50% จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ นครพนม สกล พัทลุง นครปฐม เพชรบูรณ์ ลำพูน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่ม รพ.สต. แบบชั้นภูมิ จำแนกตามขนาด คือ ขนาด L (large) และ M (medium) อย่างละ 1

แห่ง ของแต่ละจังหวัด รวม 20 รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือก อสม. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย **เกณฑ์การคัดเข้า** ได้แก่ อสม. ผู้ที่มีบทบาท รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพชุมชน การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการบริการปฐมภูมิของ รพ.สต. มีเป้าหมายและกระบวนการทำงานที่ชัดเจน เป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นคนไทยที่อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะดี ถูกเชิญเข้าร่วมและเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้ลงลายมือชื่อในแบบยินยอมแล้ว

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เช่น หลงลืม ความจำเสื่อม ไม่ได้เป็นผู้ที่มีบทบาท หรือรับผิดชอบหรือมิได้เกี่ยวข้องในการทำงานในประเด็นที่กำหนด และไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยจนครบตามเวลา หรือ ขอลาออกจากโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนามาจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของ อสม. ในงานปฐมภูมิ ประยุกต์จาก อสม. 4.0 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ และงานของสุรศักดิ์ สุนทร⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. การศึกษา ช่วงเวลาที่เริ่มเป็น อสม. ระยะเวลาที่เป็น อสม. จำนวนครัวเรือนเฉลี่ยที่รับผิดชอบ งานหลักที่รับผิดชอบ ในบทบาทของ อสม. ประสบการณ์การผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องกับ อสม. รวม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความรู้ ทักษะ ทักษะการคิด การจัดการความรู้ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ครอบคลุมด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ด้านการเป็นผู้นำและการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ด้านการ



ประเมินผลการจัดการสุขภาพชุมชน และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน รวม 120 ข้อ

2.1 แบบวัดความรู้ในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. เพื่อวัดระดับความรู้ด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ภายหลังจากถ่ายโอนฯ ใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด กำหนดให้เลือกตอบเพียง 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่และไม่ใช่ การตอบให้เลือกเพียงตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ด้านการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. แบ่งคะแนนโดยรวมเป็น 3 ระดับ ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือมีความรู้ระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ระดับดี

2.2 แบบวัดเจตคติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมศักยภาพการจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเจตคติใช้คะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) 3.68-5.00 (สูง)

2.3 แบบวัดทักษะหรือพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. ครอบคลุมการจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ สม่าเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย เกณฑ์ประมาณค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมจัดการสุขภาพชุมชนมี 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) 3.68-5.00 (สูง)

2.4 แบบวัดการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพของชุมชน ครอบคลุมการจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเจตคติใช้คะแนนเฉลี่ย

3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) 3.68-5.00 (สูง)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามที่พัฒนามาจากกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์กับชุมชนโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด community engagement for quality, people centered and resilient health services⁽⁹⁾ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตัดสินใจ 2) การจัดการสุขภาพชุมชน 3) การรับผลประโยชน์จากการจัดการสุขภาพชุมชน และ 4) การประเมินผลดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล คือ ระดับความสามารถ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 (ต่ำ) 2.34-3.67 (ปานกลาง) และ 3.68-5.00 (สูง) รวม 24 ข้อ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และระบบสาธารณสุข 3 ท่าน เมื่อผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับและรายด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านความรู้และเจตคติ 2. ด้านทักษะและพฤติกรรม 3. ด้านการมีส่วนร่วม และ 4. ด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85, 0.92, 0.95, 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลหัวหิน

กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 (เลข
ที่ RECHHH013/2566)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) โดยใช้เทคนิค backward elimination โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ STATA 16.1

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือร้อยละ 82.0 โดยส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป มีอายุเฉลี่ย 52.7 ปี การศึกษาส่วนใหญ่คือระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ที่ 16.4 ± 9.6 ปี เคยมีประสบการณ์ผ่านการอบรม อสม. มาก่อนร้อยละ 87.3 รพ.สต. มีขนาดกลางร้อยละ 52.9 และร้อยละของจังหวัดที่มีการถ่ายโอนโดยมากน้อยกว่าร้อยละ 50 ดังตารางที่ 1

Table 1 Characteristics of subjects (482 village health volunteers)

Factors	Number	Percentage
Gender		
• Male	78	16.2
• Female	395	82.0
• Not specified	9	1.9
Age (years)		
• < 40	42	8.7
• 40 - < 50	112	23.2
• 50 - < 60	186	38.6
• > 60	106	22.0
• Not specified	36	7.5
Mean (SD)	52.71 (9.70)	
Median (min:max)	53 (20:82)	
Education level		
• Not studying	5	1.0
• Primary education	147	30.5
• Junior high school	84	17.4
• High school	189	39.2
• Diploma	33	6.9
• Bachelor degree	12	2.5
• Postgraduate degree	2	0.4
• Not specified	10	2.1
Province		
• Nakhon Phanom	44	9.1
• Mukdahan	44	9.1
• Roi Et	66	13.7
• Maha Sarakham	44	9.1
• Satun	66	13.7
• Phatthalung	44	9.1
• Prachuap Khiri Khan	44	9.1

Table 1 Characteristics of subjects (482 village health volunteers) (cont.)

Factors	Number	Percentage
• Nakhon Pathom	42	8.7
• Lamphun	44	9.1
• Phrae	44	9.1
Occupation		
• No occupation/housewife	26	5.4
• Farming/gardening	177	36.7
• General employee	86	17.8
• Trader	44	9.1
• Personal business	18	3.7
• Other	25	5.2
• Not specified	106	22.0
Years working as a village health volunteer		
• <10	114	23.7
• 10 - <15	96	19.9
• 15 - <20	91	18.9
• >20	168	34.9
• Not specified	13	2.7
Mean (SD)	16.4 (9.6)	
Median (min:max)	15 (0.7:50)	
Training to be village health volunteers		
• Yes	421	87.3
• No	61	12.7
Size of sub-district health promoting hospitals		
• Large	117	24.3
• Medium	255	52.9
• Small	110	22.8
Intensity of transferred hospitals in the province		
• 100 percent	110	22.8
• 50-99 percent	88	18.3
• Less than 50 percent	284	58.9

ผลการศึกษาพบว่า ในด้านความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนหลังการถ่ายโอนไปยัง อบจ. นั้น ส่วนใหญ่ของ อสม. มีความสามารถในการจัดการชุมชน อยู่ในระดับสูงร้อยละ 86.9 โดยเมื่อพิจารณาศักยภาพของ อสม. ในการจัดการชุมชนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความรู้

ในการจัดการชุมชน 2. ด้านเจตคติ 3. ด้านพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชน และ 4. ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชน ได้ผลการศึกษาดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนที่อยู่ในระดับสูง แสดงได้ดังตารางที่ 3

Table 2 Capability of village health volunteers in community health management post transfer

Potential	Number (people)	Percentage
Knowledge for community health management		
• Low-moderate	15	3.1
• High	467	96.9
Attitude in community health management		
• Moderate	39	8.1
• High	443	91.9
Behavioral domain in community health management		
• Moderate	46	9.5
• High	436	90.5
Community participation of village health volunteers		
• Moderate	68	14.1
• High	414	85.9

Table 3 The relationship of each factor to the ability of village health volunteers in community health management for devolved sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations

Factors	n (% High ability)	Crude OR	95% CI of Crude OR	p-value
Knowledge for community health management				0.153
• Low-moderate	11 (73.33)	1	1	
• High	408 (87.37)	2.51	0.77-8.15	
Attitude in community health management				< 0.001
• Moderate	18 (46.15)	1	1	
• High	401 (90.52)	11.13	5.50-22.55	
Behavioral domain in community health management				< 0.001
• Moderate	20 (43.48)	1	1	
• High	399 (91.51)	14.02	7.15-27.48	
Community participation of village health volunteers				< 0.001
• Moderate	28 (41.18)	1	1	
• High	391 (94.44)	24.29	12.80-46.07	
Gender				0.003
• Male	59 (75.64)	1	1	
• Female	351 (88.86)	2.57	1.40-4.70	
Age				0.173
• < 40	38 (90.48)	1	1	
• 40 - < 50	92 (82.14)	0.48	0.16-1.51	
• 50 - < 60	168 (90.32)	0.98	0.31-3.07	
• ≥ 60	90 (84.91)	0.59	0.18-1.88	



Table 3 The relationship of each factor to the ability of village health volunteers in community health management for devolved sub-district health promoting hospitals to provincial administrative organizations (cont.)

Factors	n (% High ability)	Crude OR	95% CI of Crude OR	p-value
Education level				0.583
• Below bachelor degree	368 (86.59)	1	1	
• Bachelor degree or higher	42 (89.3)	1.30	0.49-3.43	
Province				0.106
• Nakhon Phanom	41 (93.18)	1	1	
• Mukdahan	41 (93.18)	1	0.19-5.25	
• Roi Et	59 (89.39)	0.61	0.15-2.53	
• Maha Sarakham	40 (90.91)	0.73	0.15-3.48	
• Satun	59 (89.39)	0.61	0.15-2.53	
• Phatthalung	36 (81.82)	0.33	0.08-1.33	
• Prachuap Khiri Khan	38 (86.36)	0.46	0.11-1.98	
• Nakhon Pathom	37 (88.10)	0.54	0.12-2.42	
• Lamphun	31 (70.45)	0.17	0.05-0.67	
• Phrae	37 (84.09)	0.39	0.09-1.60	
Occupation				0.070
• No occupation/housewife	23 (88.46)	1	1	
• Farming/gardening	159 (89.83)	1.15	0.31-4.22	
• General employee	67 (77.91)	0.45	0.12-1.69	
• Trader	40 (90.91)	1.30	0.27-6.35	
• Personal business	14 (77.78)	0.45	0.08-2.34	
• Other	19 (76.00)	0.41	0.09-1.87	
Years working as a village health volunteer				0.164
• < 10	93 (81.58)	1	1	
• 10 - < 15	88 (91.67)	2.48	1.05-5.89	
• 15 - < 20	81 (89.01)	1.82	0.81-4.11	
• > 20	146 (86.90)	1.49	0.78-2.87	
Experiences related to village health volunteer work				0.681
• Experienced	52 (85.25)	1	1	
• No experience	367 (87.17)	1.18	0.55-2.52	
Size of sub-district health promoting hospitals				0.221
• Large	94 (85.45)	1	1	
• Medium	218 (85.49)	1.00	0.53-1.89	
• Small	107 (91.45)	1.82	0.79-4.21	
Intensity of transferred				0.297
• 100 percent	100 (90.91)	1	1	
• 50-99 percent	77 (87.50)	0.70	0.28-1.73	
• Less than 50 percent	242 (85.21)	0.58	0.27-1.19	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูง ได้แก่ 1) ศักยภาพด้านทักษะและพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. มีโอกาสที่จะทำให้ อสม. มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูง 6.51 เท่า ที่ 95%CI 2.50-16.96 ค่า p -value < 0.001 2) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน มีโอกาสที่จะทำให้ อสม. มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูง 5.25 เท่า ที่ 95%CI 1.86-14.83 ค่า p -value = 0.002 3) กลุ่มอายุ

ของ อสม. ช่วงอายุที่มากขึ้นทำให้โอกาสที่จะทำให้ อสม. มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูงลดลง ที่ p -value < 0.001 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. นานมากกว่า 10 ปี จะทำให้มีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ที่ p -value 0.013 และ 5) อาชีพ โดย อสม. ที่มีอาชีพค้าขาย จะมีความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชนระดับสูง 17.93 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ดังตารางที่ 4

Table 4 Factors associated with the ability of village health volunteers in community health management

Factors	n (%)	Crude OR	Adj.OR	95%CI of Adj.OR	p -value
Behavioral domain in community health management					
• Moderate	20 (43.48)	1	1	1	
• High	399 (91.51)	14.02	6.51	2.50-16.96	< 0.001
Community participation of village health volunteers					
• Moderate	28 (41.18)	1	1	1	
• High	391 (94.44)	24.29	5.25	1.86-14.83	0.002
Age					
• < 40	38 (90.48)	1	1	1	
• 40 - Age < 50	92 (82.14)	0.48	0.99	0.18-5.58	0.999
• 50 - Age < 60	168 (90.32)	0.98	0.79	0.14-4.37	0.788
• \geq 60	90 (84.91)	0.59	0.45	0.07-2.79	0.389
Years working as a village health volunteer					
• < 10	93 (81.58)	1	1	1	
• 10 - < 15	88 (91.67)	2.48	4.69	1.12-19.68	0.035
• 15 - < 20	81 (89.01)	1.82	1.68	0.47-5.97	0.426
• > 20	146 (86.90)	1.49	3.18	0.88-11.46	0.077
Occupation					
• No occupation/housewife	23 (88.46)	1	1	1	
• Farming/gardening	159 (89.83)	1.15	2.71	0.47-15.59	0.264
• General employee	67 (77.91)	0.45	1.09	0.19-6.45	0.917
• Trader	40 (90.91)	1.30	17.93	1.53-209.62	0.021
• Personal business	14 (77.78)	0.45	1.29	0.10-16.06	0.843
• Other	19 (76.00)	0.41	0.29	0.04-1.97	0.205

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนที่อยู่ในระดับสูงด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) พบว่ามี 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนในระดับสูง ได้แก่ 1) ทักษะและพฤติกรรมในการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม. 2) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน 3) อายุของ อสม. 4) ระยะเวลาที่เป็น อสม. และ 5) อาชีพ พบว่าอายุที่มากขึ้นจะทำให้ความสามารถ อสม. ลดลง ระยะเวลาที่เป็น อสม. มานาน 10-15 ปีจะมีความสามารถ 4.69 เท่าเมื่อเทียบกับเป็นมานานน้อยกว่า 10 ปี สำหรับอาชีพพบว่าอาชีพค้าขายจะมีความสามารถ 17.93 เท่าเมื่อเทียบกับไม่มีอาชีพ ในการศึกษา อสม. ในเขตสุขภาพที่ 5 และ 6 พบว่า อสม. อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 73 ของจำนวน อสม. ทั้งหมด และจำนวน อสม. ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะพบว่ามีจำนวนร้อยละ 35 ของจำนวน อสม. ทั้งหมด การเข้าสู่สังคมดิจิทัลที่นำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานมากขึ้น อาจทำให้อสม. ที่สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและในด้านสมรรถนะการใช้เทคโนโลยี รวมถึงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย⁽⁸⁾

สอดคล้องกับการศึกษาอื่น⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า อสม. ยังขาดกระบวนการการเรียนรู้ และยังไม่เข้าใจในกระบวนการดำเนินงานต่างๆ ที่ตนเองต้องปฏิบัติ ถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ความรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีในชุมชน แต่ยังคงขาดการติดตามประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ประกอบกับการคัดเลือก อสม. ยังเป็นแบบสมัครใจ มีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เพียงว่า ให้สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งยังไม่มีกำหนดการเกษียณอายุไว้ ทำให้กำลังคนของ อสม.

มีอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่ามี อสม. จำนวนไม่น้อยยังมีศักยภาพไม่สูงพอ ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสาร มีทัศนคติไม่ดีต่อการปฏิบัติงาน และยังคงใช้เทคนิคการทำงานแบบเดิมๆ ไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น การจัดอบรมที่มีการฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งมีการประเมินความรู้และการประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ จากครูพี่เลี้ยง มีการให้ความรู้เสริมในส่วนที่ อสม. ยังขาดเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น⁽¹¹⁻¹³⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อีก 2 ปัจจัยคืออายุและการประกอบอาชีพ พบว่า อสม. ที่อายุเพิ่ม 1 ปี จะทำให้ผลการปฏิบัติงานลดลง 0.077 คะแนน และ อสม. ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีผลการปฏิบัติงานสูงกว่าอาชีพอื่น 1.39 คะแนน เนื่องจากอาชีพรับจ้างไม่ต้องเข้าออกงานตามเวลาที่กำหนด ทำให้สามารถปฏิบัติงานในบทบาท อสม. ได้มากกว่า ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ อาชีพเกษตรกร⁽¹⁴⁾ การศึกษาในจังหวัดพัทลุงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร กิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนของตนเอง ทำให้มีโอกาสและระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และพื้นที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีผลกับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะแตกต่างกัน ปัจจัยด้านอายุ มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะโดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 6.33, p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความต่างรายคู่ (post hoc test) พบว่า อายุ 21-30 ปี กับ 51 ปีขึ้นไป 31-40 ปี กับ 51 ปีขึ้นไป และ 41-50 ปี กับ 51 ปีขึ้นไปมีความแตกต่างกัน โดย

อายุ 41-50 ปีมีภาพรวมต่ำที่สุด และ 51 ปีขึ้นไปมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และความสามารถสูงที่สุด

ปัจจัยด้านการศึกษาก็มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า อสม. ระดับอนุปริญญาบัตรมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะต่ำที่สุด และ อสม. ระดับต่ำกว่า ปวช./ม.6 มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะสูงที่สุด

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอาชีพ ก็มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 4.33, p = 0.002$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ามีคู่ที่แตกต่างกัน 4 คู่ คือ ธุรกิจส่วนตัวกับพนักงานบริษัทเอกชน ธุรกิจส่วนตัวกับอื่นๆ เกษตรกรรมกับพนักงานบริษัทเอกชน เกษตรกรรมกับอื่นๆ โดยเกษตรกรมีภาพรวมต่ำที่สุด และพนักงานบริษัทเอกชนมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะภาพรวมสูงที่สุด อสม. ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่ำที่สุด และ อสม. ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงที่สุด ในด้านปัจจัยอายุงานนั้น อสม. ที่มีอายุงานระหว่าง 6–10 ปี มีความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ต่ำที่สุด และ อสม. ที่มีอายุงาน 16 ปีขึ้นไป มีระดับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้สูงที่สุด⁽¹⁶⁾

การศึกษาปัจจัยอายุงานของ อสม. ในงานวิจัยครั้งนี้ พบความแตกต่างจากการศึกษาของทีมหมอบรรณครวที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของ อสม. ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ ทำให้ทำงานดีขึ้น และเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเต็มตัวก็จะมีเวลาเต็มที่กับการทำงานในบทบาทของ อสม. มากขึ้น พร้อมทั้งมีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน ทั้งนี้ ปัจจัยทำนายบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานกับทีมหมอบรรณครวที่ได้คะแนนมากที่สุด

คือแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รองลงมาคืออายุ โดยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอบรรณครวอยู่ในระดับปานกลาง พบจากมากที่สุดไปน้อยสุดคือ อสม. มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมหมอบรรณครว ชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน และ อสม. มีความสุขในการปฏิบัติงานกับทีมหมอบรรณครวและทำให้บรรณครวมีความภาคภูมิใจ⁽¹⁷⁾

ในการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. จำนวน 397 ราย อายุระหว่าง 19-60 ปี ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. คือ จำนวนปีของการเป็น อสม. โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁸⁾ พบว่า ปัจจัยระยะเวลาในการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็น อสม. ในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สามารถเรียนรู้วิธีการช่วยดูแลผู้รับบริการในชุมชน และมีประสบการณ์ที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ควรให้การส่งเสริมสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง และชักนำบรรณครวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสมรรถนะด้วย รวมทั้งเพิ่มช่องทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้และจากผลการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁹⁾ จะเห็นได้ว่า การเสริมหนุนศักยภาพให้แก่ อสม. เป็นทั้งความท้าทายเพื่อก้าวข้ามจากข้อจำกัดของ อสม. ด้านอายุและความสามารถในการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้มีสมรรถนะ ทักษะและพฤติกรรมที่ดีในการจัดการสุขภาพชุมชน จุดอ่อนของ อสม. คือ แนวทางการทำงานอาสาสมัครเน้นการใช้เงื่อนไขความคุ้นเคย และระบบอุปถัมภ์แบบราชการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ขาดการพัฒนาจิตวิญญาณของการเป็นอาสาสมัครที่เข้มแข็ง ทั่วๆ ที่รูปแบบ อสม. เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ชนบท แต่รูปแบบ



แบบการระดมอาสาสมัครยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระดมการมีส่วนร่วมจากกลุ่มสังคมอื่นๆ อสม. ส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาไม่สูง มีภาระหน้าที่ด้านการประกอบอาชีพ แม้ อสม. จะทำงานได้ดีแต่ก็เป็นภาระสำหรับ อสม. ที่ต้องเสียสละอยู่เสมอ ในขณะที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถระดมคนชั้นกลางและชั้นสูงของสังคมที่มีศักยภาพที่จะเสียสละเข้ามาเป็นอาสาสมัครได้เท่าที่ควร ดังนั้นระบบสนับสนุนและองค์กรในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงต้องงาน อสม. ควรพิจารณาหาแนวทางการทำงานสำหรับ อสม. ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

มีผู้ให้ข้อเสนอแนะ⁽⁸⁾ เชีงนโยบายในประเด็นการสรรหา อสม. มาทดแทน อสม. บางส่วนในอนาคต อาจดำเนินการโดยใช้เครือข่าย อสม. ที่มีอยู่เดิมในการชวนคนรู้จักให้มาสมัครเป็น อสม. และเพิ่มสวัสดิการหรือแรงจูงใจต่างๆ ด้วย นอกจากนี้อาจต้องปรับกระบวนการคัดเลือกในการสรรหา อสม. ในยุคปัจจุบัน จากเดิมคือ อสม. มาด้วยใจ เป็นการใช้ขวัญกำลังใจในการดึงดูดให้คนรุ่นใหม่เข้ามาร่วมงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านโครงสร้างประชากรที่ได้เปลี่ยนไปเป็นสังคมผู้สูงอายุ และสถานการณ์ด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ทำให้คนรุ่นใหม่ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเป็น อสม. มีจำนวนน้อยลง เนื่องจากต้องทำงานหรือมีภาระส่วนตัวในด้านต่างๆ ซึ่งต่างจากอดีตที่การสมัครเป็น อสม. หมายถึงการทำงานด้วยใจ โดยไม่มีค่าตอบแทนมาเกี่ยวข้อง ประเด็นนี้หากไม่มีการวางแผนในระยะยาวที่ดี อาจทำให้จำนวน อสม. ในอนาคตลดลง หรืออาจไม่มี อสม. เลยในบางพื้นที่

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่ออุบัติใหม่และความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นโอกาสสำคัญที่จะพัฒนารูปแบบองค์กรอาสาสมัครให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงกระแสสังคมดิจิทัล ที่มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้มากขึ้น การหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติ

งานจึงมีความจำเป็น อีกทั้งต้องมีกลไกการสนับสนุนงานอาสาสมัครที่หลากหลายองค์กรเข้ามาร่วมผลักดัน ไม่ว่าจะป็นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และอื่นๆ ทั้งนี้ ในช่วงการเปลี่ยนผ่านของการบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสังกัด อบจ. เป็นโอกาสอันดีในการสร้างฐานพลังการทำงานขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยองค์กรต่างๆ ร่วมมือกันในการผลักดันจากนโยบายสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรระวังคือ การใช้ประโยชน์ทางการเมืองจากองค์กรอาสาสมัครทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ซึ่งการแทรกแซงทางการเมืองอาจทำให้กระบวนการอาสาสมัครอ่อนแอในระยะยาว

การพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการสุขภาพชุมชน นอกจากจะเป็นการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิแล้วยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมไทยโดยรวม อาจกล่าวได้ว่า อสม. เป็นทั้ง แนวทางและเป้าหมายในตัวเอง เพราะการที่ประชาชนมีจิตอาสาในการทำงานด้านสาธารณสุข เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลสังคม เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ซึ่งนำมาสู่สังคมสุขภาวะที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

อบจ. ควรมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ทั้งในด้านทักษะการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยคำนึงถึงกลุ่มอายุ ระยะเวลาการทำงานและอาชีพของ อสม. รวมทั้งจัดทำแผนสุขภาพระดับจังหวัดเชื่อมโยงครอบคลุมแผนระดับอำเภอ หนุนเสริมการขับเคลื่อนกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เน้นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย และผลักดันการขับเคลื่อนงานวิจัยในประเด็นการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. มาอย่างต่อเนื่อง และขอขอบพระคุณ รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ เป็นอย่างสูง ที่ให้การช่วยเหลือ ให้ข้อชี้แนะ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนรับฟังความคิดเห็นต่างๆ เสมอมา และขอขอบคุณคุณพัชราภรณ์ พัฒนภูติวงศ์ ผู้ประสานงาน สวรส. ที่ให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และให้กำลังใจทีมวิจัยเสมอมา

References

- Office of the Decentralization for Local Administration, Office of the Permanent Secretary to the Prime Minister. Handbook on the implementation of decentralization to local government organizations in accordance with the Decentralization to Local Government Organizations Act B.E. 2545 (2002). Bangkok: Office of the Decentralization for Local Administration; 2021. (in Thai)
- Srisasakul J, Patcharanamul W. Evaluation of the transfer of primary care services to local administrative organizations and alternative decentralization models. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, International Health Policy Program; 2018. (in Thai)
- Thanomchaiyathawat B, Chukumnird S, Lillahkul N, Noin J, Ratchawan R, Junwin B, et al. Human resource management provided by the Queen Sirikit health centers and subdistrict health promotion hospitals transferred to the management of the provincial administrative organizations using the mechanism of the Primary Health System Act (B.E. 2562). Final report. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2019. (in Thai)
- Sarakshetrin A, Sriyasak A, Chantra R, Kirkgulthorn T, Nimwatanakul S, Chenktin T, et al. The proposed policy to human resource for health management during the transitional period of transfer health promotion hospital to provincial administrative organization. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- Department of Health Service Support. Handbook for village health volunteers and community health managers. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
- Rongmuang D, Sukrungrung I, Thongdee J, Dechavoot L, Suwannarat K, Sarakshetrin A, et al. Provision of services according to primary care service standards and certification of service standards of sub-district health-promoting hospitals under the provincial administrative organization. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- Daniel W, Cross C. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
- Soonthorn S, Sriyasak A, Leungratanamart L, Tongpeth J, Boonmee L. The development of the community health management models during the post-crisis of the COVID-19 pandemic for village health volunteers in the 5th and the 6th health regions. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)
- World Health Organization, UNICEF. Operational framework for primary health care transforming vision into action. Technical series on primary health care. Cairo. Switzerland: YAT Communication; 2022.
- Thianjuruwatthana W, Nawsuwan K, Vachirapapun S. Guidelines for development of quality village health volunteers (VHVs) to support the health workforce for the future health system. Journal of Health Science 2021;30(2):353-66. (in Thai)
- Techathan C, Rattanapanna S, Jaitia S. Effect of empowerment program of the village health volunteers to implementation of community health education in Papai municipality, Sansai district, Chiang Mai province. College of Asian Scholar Journal 2019;9(1):17-24. (in Thai)
- Thongchai C, Boonnjarut S. Capacity adaptation of village health volunteers under changing contexts in the semi-urban area of Ban Thabo, Chae Ramae sub-district, Ubon Ratchathani province. Area Based Development Research Journal 2017;9(3):206-20. (in Thai)
- Choomee P, Udomkitpipat J. Knowledge of chronic diseases and competencies in providing services regarding chronic diseases in the community of village health volunteers in Surat Thani province. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation 2021;7(4):277-93. (in Thai)
- Tippetch P. Factors influencing village public health volunteers' performance in Mab Pong sub-district, amphoe Panthong, Chonburi province (master's thesis). Faculty of Public Administration, Burapha University; 2017. (in Thai)
- Hnuploy K. Factors related to the work performance of



- volunteer village health workers in Phatthalung province (master's thesis). Department of Health System Management, Graduate School, Thaksin University; 2010. (in Thai)
16. Ha N. Competencies development for village health volunteer of Muang district, Phuket province (master's thesis). Department of Public Administration, Prince of Songkla University, Hat Yai, Thailand; 2019. (in Thai)
17. Charoenson P, Munsawaengsub C, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S. Role of village health volunteers in family care team practice, Chanthaburi province. Proceedings of the 20th National Graduate Research Conference. Mar 15, 2019. Khon Kaen University. MM022; 2019. (in Thai)
18. Suwannakoot N, Nakrukamphonphatn S, Natason A, Lamduan W. Factors predicting to caring competency of older people among village health volunteers in Ubon Ratchathani province. Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani Rajabhat University 2021;23(2):18-26. (in Thai)
19. Chuengsatiansap K. Health volunteers in the context of changes: potentials and development strategies. Final report. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2016. (in Thai)

แพลตฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามสุขภาพชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อานัส ตอवालเบห์*

สาฮีดัน อับดุลมานะ*

คอลิด ลังสารี*

อนุวัตร วอลี†

ซากี นิซิง†

ผู้รับผิดชอบบทความ: สาฮีดัน อับดุลมานะ

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: โครงการวิจัยย่อยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถใช้จัดการข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเบื้องต้น เพื่อให้การพัฒนาชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา: ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีพื้นที่เป้าหมาย 3 รพ.สต. (เขาตม ยะรัง และเมาะมาวี) และ 3 อบต. (ยะรัง ปากูและสาคอบน) จังหวัดปัตตานี โดยเริ่มจากกลุ่มพื้นที่สำรวจข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาการนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจของผู้บริหารใน อบต. และ รพ.สต. เสนอการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลให้กับ อบต. และ รพ.สต. เพื่อใช้ในการติดตามและตัดสินใจ ซึ่งโครงการย่อยนี้พัฒนาแพลตฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามสุขภาพชุมชนโดย รพ.สต. และ อบต. สามารถเข้าไปดูข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนในการช่วยเหลือและใช้ในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่มคือ ผู้บริหารและพนักงาน อบต. 6 คน ผู้บริหาร รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพ 9 คน อสม. 9 คน และผู้ป่วย/ญาติ 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (อบต. รพ.สต.) และแบบง่าย (อสม. ผู้ป่วย) ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้แพลตฟอร์ม

ผลการศึกษา: แพลตฟอร์มดิจิทัลที่พัฒนาสามารถแก้ปัญหา เพิ่มความสะดวกและความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการและผู้ให้บริการในหลายประเด็นผ่านการอบรมใช้งานแพลตฟอร์มและมีการประเมินโดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดย 1. ระบบคัดกรองสุขภาพของคนในชุมชนเปลี่ยนจากระบบกรอกใส่แบบฟอร์มกระดาษ มาเป็นระบบดิจิทัลที่มีความแม่นยำ

* สาขาวิทยาการข้อมูลและการวิเคราะห์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

† สาขาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ฮาลาล คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

Received 5 April 2024; Revised 28 August 2024; Accepted 6 September 2024

Suggested citation: Tawalbeh A, Abdulmana S, Langsari K, Worlee A, Niseng Z. Diabetes and hypertension screening platform for sub-district health promoting hospital to track community health. Journal of Health Systems Research 2024;18(3): 367-80.

อานัส ตอवालเบห์, สาฮีดัน อับดุลมานะ, คอลิด ลังสารี, อนุวัตร วอลี, ซากี นิซิง. แพลตฟอร์มการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):367-80.



รวดเร็ว สะดวก และข้อมูลถูกจัดเก็บในฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ real time และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน การแก้ปัญหา และการบริหารจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชน 2. รพ.สต. และ อบต. สามารถมองเห็นทิศทางและแนวโน้มด้านปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างแม่นยำและตลอดเวลา (real time) ทำให้ง่ายต่อการกำหนดทิศทางและวางแผนการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ได้ตรงจุดและถูกต้อง 3. เป็นตัวกลางในการสื่อสารการทำงานร่วมกันระหว่าง อบต. รพ.สต. อสม. และกลุ่มเป้าหมาย 4. ช่วยอำนวยความสะดวกในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การนัดหมายเพื่อการรักษาและการติดตาม ผลการประเมินทักษะหลังการอบรมเสริมทักษะด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ: เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลและติดตามสุขภาพชุมชนและประชาชนผู้ใช้บริการควรได้รับการฝึกอบรมการใช้แพลตฟอร์มใหม่นี้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, ระบบการคัดกรอง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Diabetes and Hypertension Screening Platform for Sub-District Health Promoting Hospital to Track Community Health

Anas Tawalbeh*, Sahidan Abdulmana*, Kholed Langsari*, Anuwat Worlee[†], Zakee Niseng[†]

* Department of Data Science and Analytics, Faculty of Science and Technology, Fatoni University

[†] Department of Research and Development of Halal Products, Faculty of Science and Technology, Fatoni University

Corresponding author: Sahidan Abdulmana, sahidan.lec@ftu.ac.th

Abstract

Background and Rationale: This subproject aimed to develop a digital platform for diabetes and hypertension screening for sub-district health promoting hospital (SHPH) to track community health to align with efficient community development of the big project.

Methodology: This participatory action research involved 3 target areas of 3 SHPHs (Khaotum, Yarang, and Ma'mawi) and 3 sub-district administrative organizations (SAOs: Yarang, Pakoo, and Sakhobon) in Pattani province. The research process began with community survey to analyze the problems of executives in using data for decision-making. The big project offered platforms to executives for monitoring and decision-making. The platform of diabetes and hypertension screening to monitor community health was developed for the present study. Executives were able to access health data for planning and decision-making. The research recruited 39 samples representing 4 groups of stakeholders: 6 SAO executives and employees, 9 executives and nurses of SHPHs, 9 village health volunteers (VHVs), and 15 patients/relatives. The samples were selected purposively (from SOAs and SHPHs) and randomly (VHVs and patients). Questionnaires and interviews were tools for evaluating satisfaction and the platform uses.

Results: The development of the digital platform solved data problems with convenient use and high satisfaction to users through serial trainings. Evaluation using questionnaires and interviews found that: 1) the change of community health screening from a manual (paper) based to digital based delivered accurate, fast, convenient, and systematically stored database for real time use. This helped future planning operations on tracking community health. 2) SHPH and SOA could see trends of community health problems at real time and plan to mitigate problems with precision, clarity, and accuracy. 3) The platform served as communication and collaboration medium between SOA, SHPH, VHVs, and target

groups. 4) It could facilitate the basic health screening, make an appointment for treatment and follow-up for people in need. Post-training evaluation of platform use skill was at high score.

Suggestions: Responsible officers in monitoring community health and service users should receive comprehensive, clear and easy-to-understand training on the use of this new platform.

Keywords: diabetes, hypertension, screening system, noncommunicable diseases

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนผู้เสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม โดยเฉพาะสถานการณ์ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานคลินิก NCD (non-communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 ถึง 2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ ซึ่งเป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลประชาชนทุกช่วงวัย หน้าที่ของ รพ.สต. คือการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฝากครรภ์ การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการดูแลโภชนาการหนึ่งในภารกิจหลักที่สำคัญของ รพ.สต. คือการตรวจโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน โดยกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขกำกับให้ทุก รพ.สต. ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลและตรวจโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงปีละ 1 ครั้ง⁽²⁾ จากฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564

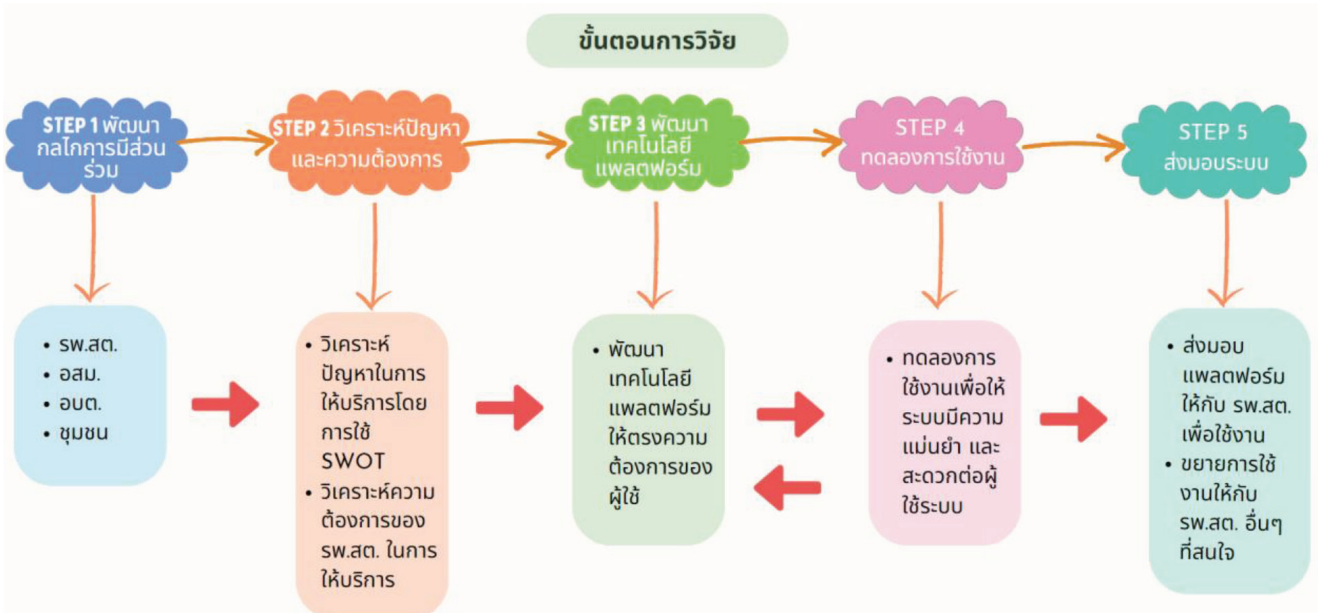
จำนวน 2 แสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1.5 แสนคน ในส่วนของการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีผู้ได้รับการคัดกรองเพียง 14 ล้านคน และยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 8 ล้านคน จากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน⁽³⁾ หากประชาชนที่ป่วยไม่รู้ตัวว่าป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต ปัจจุบันมาตรการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นมาตรการด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกยอมรับว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าซึ่งถูกบรรจุในแผนป้องกันและควบคุมโรคของประเทศไทยและอยู่ในสิทธิประโยชน์การส่งเสริมและป้องกันโรคของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนสามารถเข้ารับการคัดกรองโดยไม่มีค่าใช้จ่าย

สถานการณ์ที่ รพ.สต. ไม่มีแพลตฟอร์มดิจิทัลในการคัดกรองข้อมูลเบื้องต้น การคัดกรองข้อมูลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. ใช้วิธีการคัดกรองโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้กระดาษจดบันทึกในการคัดกรองเบื้องต้น⁽⁴⁾ ซึ่งการใช้กระดาษในการคัดกรองไม่สามารถจะแสดงผลข้อมูลโดยอัตโนมัติได้ในเบื้องต้น แม้การใช้การบันทึกด้วยกระดาษจะสามารถนำข้อมูลมาประมวล

ผลและวิเคราะห์ทางสถิติได้ แต่ก็ต้องใช้เวลา ปัญหาการเก็บข้อมูลในปัจจุบันคือมีการสูญหายของข้อมูล และไม่ได้ช่วยในการนัดหมายผู้ป่วย ซึ่งหนึ่งในปัญหาที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจโรคตามที่พยาบาลได้นัดหมายคือไม่มีการแจ้งเตือนให้มาตามนัดหมาย หลังจากที่ได้ลงพื้นที่และพูดคุยกับ รพ.สต. ในพื้นที่เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น รพ.สต. ได้เสนอให้พัฒนาแพลตฟอร์มคัดกรองและติดตามสุขภาพชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา

จากปัญหาที่กล่าวไว้ข้างต้น โครงการจึงได้พัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อดูแลและติดตามสุขภาพของชุมชนหรือ digital transformation ซึ่งเป็นกระบวนการนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง⁽⁵⁻⁶⁾ เป็นหนึ่งแพลตฟอร์มย่อยภายใต้โครงการวิจัยการเพิ่มขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมพร้อมใช้ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ยะรัง ตำบลปากูและตำบลสาครอน จังหวัดปัตตานี เพื่อยกระดับกลไกการมี

ส่วนร่วมด้านการบริหารความเสี่ยง การวางแผน การตัดสินใจ การบริหารจัดการทรัพยากรและการพัฒนาเศรษฐกิจในพื้นที่สู่ระบบดิจิทัลอย่างเหมาะสม แพลตฟอร์มที่พัฒนาจะสามารถคัดกรองข้อมูลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในเบื้องต้นได้ แผลผลการคัดกรองได้พยาบาลสามารถนัดตรวจได้ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มสงสัยเป็นโรค ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูวันนัดได้และเลื่อนนัดได้แต่พยาบาลจะเป็นคนนัดการตรวจใหม่ ระบบจะแจ้งเตือนการนัดหมายผ่าน LINE และ SMS (short messaging service) พยาบาลสามารถดูข้อมูลประชาชนที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพได้ โดยระบบจะโชว์ข้อมูลสรุป data virtualization สำหรับประชาชนที่มาใช้บริการได้ เช่น ประชาชนที่มาคัดกรองในแต่ละวัน เดือน และปี กลุ่มประชาชนที่ปกติ ผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผู้ป่วยสงสัยเป็นโรคและผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมายและผู้ป่วยเองยังสามารถดูข้อมูลการคัดกรองเบื้องต้นของตัวเองได้ด้วย



SWOT = strength, weakness, opportunity, threat; รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; อบต. = องค์การบริหารส่วนตำบล; อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การดำเนินงานวิจัยในโครงการนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)⁽⁷⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วยบุคลากรใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต.ยะรัง รพ.สต.เขาตุ้ม และรพ.สต.เมะมาวี อบต.ประกอบด้วย อบต.ยะรัง อบต.ปากูและอบต.สาคอบน อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่ม อสม. และประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่งบุคลากรของ อบต. และ รพ.สต. มีแนวคิดในการพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของตัว เองให้มีศักยภาพที่เพิ่มขึ้นและเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง ในยุคดิจิทัล โดยกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้จะเป็นกลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้วิธีการคัดเลือกผู้บริหารแบบเฉพาะเจาะจงและ คัดเลือก อสม. ผู้ป่วยและญาติแบบง่ายมีทั้งหมด 39 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่มคือ ผู้บริหาร อบต. 3 คน พนักงาน อบต. 3 คน (อบต.ละ 2 คน) ผู้บริหาร รพ.สต. 3 คน พยาบาล วิชาชีพ 6 คน (รพ.สต. ละ 3 คน) อสม. 9 คน (ตำบลละ 3 คน) และผู้ป่วย/ญาติ 15 คน (ตำบลละ 5 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการดำเนินโครงการวิจัย นักวิจัยและทีมงาน สนับสนุนการวิจัยทั้งจาก อบต. รพ.สต. และผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในพื้นที่ได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ ปัญหาในเรื่องของการดูแลและติดตามสุขภาพชุมชนให้มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลและคัดเลือกข้อมูลสำคัญใน แต่ละชุมชนภายใต้การดูแลของ อบต. ในแต่ละแห่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นต่างๆ โดยได้มีการพิจารณา เลือกใช้ชุดเครื่องมือที่ใช้ทำงานร่วมกับชุมชนที่มีความหลาก

หลาย ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิด ขึ้น ซึ่งทีมวิจัยได้นำเครื่องมือสำเร็จรูปมาใช้ในการทำงาน ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายและแบบสอบถามประเมินทักษะการ ใช้งานเทคโนโลยีดังนี้

1) เครื่องมือ “ทำความเข้าใจชุมชน” ได้แก่

1.1 empathy map canvas⁽⁸⁾ เหมาะสำหรับ ทำความเข้าใจชุมชน เข้าใจชุมชนจาก insight และครอบคลุม ทุกมิติ

1.2 perception of potential วิเคราะห์ศักยภาพ ผ่านมุมมองชุมชน

1.3 stakeholder analysis วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย

1.4 journey map จำลองสถานการณ์เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย/ความต้องการของชุมชน

1.5 problem tree analysis และรายงานสภาพ ตำบล เพื่อให้เข้าใจบริบทตำบลอย่างรอบด้าน (5 มิติ)

2) เครื่องมือ “คัดเลือกแนวคิด” ในการแก้ไขปัญหา ชุมชน ได้แก่ six thinking hats คัดเลือกแนวคิดจากหมวก 6 ใบ และ four categories method⁽⁹⁾ ประกอบด้วย การเลือกที่สมเหตุสมผล การเลือกที่น่าพึงพอใจที่สุด การ เลือกที่เป็นที่ชื่นชอบ และการเลือกที่เป็นไปไม่ได้ วิธีนี้ช่วยให้ผู้วิจัยมั่นใจได้ว่าทีมงานจะครอบคลุมทุกประเด็น ตั้งแต่ แนวทางที่ปฏิบัติได้จริงที่สุดไปจนถึงแนวคิดที่มีศักยภาพ สูงสุดในการนำเสนอโซลูชันที่สร้างสรรค์

3) แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจต่อทักษะ การใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลพร้อมใช้ โดยมีตัวชี้วัดที่ใช้ ประเมินทักษะการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มเจ้า หน้าที่และผู้บริหารของ อบต. ผู้อำนวยการ รพ.สต. และ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มละ 4 ตัวบ่งชี้ และ 2 ตัวบ่งชี้สำหรับ กลุ่ม อสม.และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ระดับความพึง พพอใจต่อทักษะการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลพร้อมใช้แบ่ง ออกเป็น 5 ระดับตามแบบ Likert scale (5-point Likert type scale)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ การวิเคราะห์การมีส่วนร่วม วิเคราะห์และประเมินศักยภาพด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และประเมินทักษะการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในกระบวนการทำงานของประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 ระดับของ Likert scale ดังนี้

- 1 หมายถึง มีทักษะน้อย
- 2 หมายถึง มีทักษะพอใช้
- 3 หมายถึง มีทักษะปานกลาง
- 4 หมายถึง มีทักษะดี
- 5 หมายถึง มีทักษะดีมาก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าร้อยละ (percentage) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย

สำหรับขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย (ภาพที่ 1) ทำกิจกรรมกับกลุ่มผู้บริหารคนเดิม 4 ครั้ง กับพยาบาลวิชาชีพคนเดิมมากกว่า 6 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 เดือน ทีมวิจัยได้มุ่งเน้นดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของ รพ.สต. และ อบต. ดังนี้

1. การสำรวจข้อมูลทุติยภูมิและทวนสอบบริบทชุมชนเป้าหมาย

ทีมวิจัยลงพื้นที่ไปยัง อบต. และ รพ.สต. เป้าหมายทั้ง 3 ตำบล เพื่อทำความเข้าใจ สำรวจและวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกันกับกลุ่มเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/หน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ทีมวิจัยมีความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของ อบต. รพ.สต. ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ อบต. ซึ่งจากการลงพื้นที่ก็พบว่า มี 3 ปัญหาหลักๆ ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ คือ (1) ปัญหาการขาดฐานข้อมูล/ข้อเท็จจริงของข้อมูลและการเชื่อม

โยงของข้อมูลกับหน่วยงานหรือองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือทำงานร่วมในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบหรือดูแล เพื่อการทำงานร่วมกัน เกื้อหนุนและเสริมกระบวนการทำงานในพื้นที่ซึ่งกันและกัน (2) รพ.สต. ไม่มีแพลตฟอร์มในการคัดกรองข้อมูลเบื้องต้น การคัดกรองข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. ใช้วิธีการคัดกรองโดยให้ อสม.ลงพื้นที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้กระดาษจดบันทึกในการคัดกรองเบื้องต้น ซึ่งการใช้กระดาษในการคัดกรองนอกจากจะมีปัญหาด้านการสูญหายแล้ว ยังไม่สามารถแสดงผลข้อมูลโดยอัตโนมัติได้ในเบื้องต้น ทำให้ไม่สามารถแสดงผลข้อมูลของประชาชนที่มาคัดกรองได้ในทันที เช่น ข้อมูลประชาชนที่มาคัดกรองในแต่ละวัน เดือนและปี ข้อมูลประชาชนกลุ่มปกติ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยกลุ่มสงสัยเป็นโรคและผู้ป่วยที่มารับการรักษา นอกจากนี้ ยังไม่ช่วยแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจโรคตามที่พยาบาลได้นัดหมาย เพราะไม่มีระบบแจ้งเตือนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยลืมวันนัดหมาย ดังนั้น หลังจากที่ได้ปรึกษาหารือกับ รพ.สต. ในพื้นที่เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทาง รพ.สต. ได้เสนอให้พัฒนาแพลตฟอร์มคัดกรองและติดตามสุขภาพชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา (3) ปัญหาด้านคุณภาพ/ประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะของบุคลากรของ อบต. เพื่อยกระดับความพึงพอใจของคนในชุมชน/ผู้นำชุมชน/องค์กรที่อยู่ในชุมชนต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณะของ อบต. เช่น การดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กแรกเกิด เด็กกำพร้าและหญิงม่ายในชุมชน ซึ่งหากคนในชุมชนขาดความพึงพอใจต่อการให้บริการ จะส่งผลให้การให้ความร่วมมือของคนในชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในชุมชนต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของ อบต. ในการพัฒนาพื้นที่ลดน้อยถอยลง

2. การจัดตั้งคณะทำงานหรือทีมงานของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ รพ.สต.

ในขั้นตอนนี้ทีมวิจัยได้ดำเนินการประสานกับทุก

อบต. และ รพ.สต. ทั้ง 3 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อจัดตั้ง คณะทำงานหรือทีมงานของแต่ละองค์กร เพื่อให้มีผู้รับผิดชอบหรือผู้ประสานงานอย่างเป็นทางการในการประสานความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการวิจัย โดยโครงสร้างของคณะทำงานหรือทีมงานประกอบด้วย นายก อบต. ปลัด อบต. นายช่างหรือผู้แทนจากกองช่าง นักพัฒนา ชุมชน พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรจากหน่วยงานที่มีส่วนได้ ส่วนเสียจากการทำงานของ อบต. และประชาชน เป็นต้น ทีมวิจัยและทีมคณะทำงานจะร่วมกันกำหนดบทบาท และกรอบการทำงานของทีมงาน เพื่อให้ออกแบบ การวางแผนการดำเนินงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. การวิเคราะห์และประเมินศักยภาพทางดิจิทัลที่สำคัญของบุคลากรหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาองค์กร

เนื่องจากในโครงการวิจัยนี้ไม่ได้มุ่งเน้นแค่เฉพาะการสร้างหรือพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อแก้ปัญหาของ อบต. และ รพ.สต. เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ยังมุ่งเน้นการยกระดับศักยภาพการให้บริการ สาธารณะและทักษะทางเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็น คือ (1) ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน (2) mind set ด้านจิตอาสา และการให้บริการสาธารณะ (3) ทักษะในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนและการตัดสินใจ (4) ทักษะในการเลือกใช้เครื่องมือ data virtualization ในการดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ (5) ทักษะในการแปลผล วิเคราะห์ และสื่อสารเพื่อส่งต่อชุดข้อมูล ดังนั้น ก่อนที่ทีมวิจัยจะทำการออกแบบและพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลที่จะหนุนเสริม กระบวนการทำงานหรือแก้ปัญหาของบุคลากร อบต. และ รพ.สต. ทีมวิจัยจะทำการประเมินทักษะทางเทคโนโลยีดิจิทัลปัจจุบันของบุคลากรในหน่วยงานทั้ง อบต.และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกับ อบต.ด้วย โดยใช้เครื่อง

มือแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมและ ความสามารถด้านทักษะดิจิทัลในระหว่างการจัดกิจกรรม

4. การออกแบบกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาแพลตฟอร์มเทคโนโลยีดิจิทัล

ยุทธศาสตร์/นโยบาย หรือทิศทางที่ อบต. เป้าหมาย ต้องการยกระดับ คือ ด้านการให้บริการสาธารณะแก่ ผู้สูงวัย คนพิการและกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น ทีมวิจัยจึง ได้เลือกประเด็นการให้บริการสาธารณะขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ควรยกระดับคุณภาพการให้บริการใน ปีแรกนี้มา 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การบริหารจัดการข้อมูล สำคัญของชุมชน (2) การคัดกรองสุขภาพของคนในตำบล (3) การพัฒนาระบบการร้องเรียน แสดงความคิดเห็น/ความ ต้องการ และการบริหารจัดการผู้ได้รับผลกระทบจากภัย พิบัติ และ (4) การส่งเสริมทางการตลาดของกลุ่มปลูกผัก ในพื้นที่ โดยทั้ง 4 ประเด็นนี้ทีมวิจัยมุ่งหวังให้เกิด “โมเดล ตำบลน่าอยู่สำหรับผู้สูงวัย คนพิการและกลุ่มเปราะบาง” เป็นผลลัพธ์จากงานวิจัยนี้

ทีมวิจัยมุ่งหวังให้ อบต. ปรับใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล มาเสริมการให้บริการสาธารณะทั้ง 4 ประเด็นให้ดีขึ้น ซึ่งผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินงานจะถูกนำไปเป็น ข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการสาธารณะ ของ อบต. ให้สูงขึ้นอีก ซึ่งเมื่อทีมวิจัยได้ทำการออกแบบ และพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล (web application) ร่วมกัน กับ รพ.สต. อบต. และหน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้ว จึง ได้มาซึ่ง prototype ของแพลตฟอร์มเป็นผลผลิตหลักจาก การดำเนินงานในหัวข้อนี้ หลังจากนั้นจึงนำ prototype ข้างต้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่ม กลุ่มแรก เป็นเจ้าหน้าที่/บุคลากรของ อบต.ที่มีความรับผิดชอบ หรือดูแลงานด้านนั้นๆ โดยตรง กลุ่มที่สองเป็นพยาบาล วิชาชีพของ รพ.สต. กลุ่มที่สามเป็น อสม. และกลุ่มที่สี่เป็น ประชาชนผู้มารับบริการ

5. การปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล

หลังจากได้ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ prototype ของแพลตฟอร์มดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นมาแล้ว ลำดับต่อมา ก็ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลที่ผ่านการทดลองใช้จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด เพื่อให้เทคโนโลยีดิจิทัลที่พัฒนาร่วมกันสามารถตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มได้อย่างแท้จริง และเมื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเสร็จเรียบร้อยแล้ว ทีมวิจัยจึงทำการติดตั้งแพลตฟอร์มดิจิทัลทั้งหมดในเซิร์ฟเวอร์ออนไลน์ที่ อบต. ได้เช่าไว้จากงบประมาณโครงการวิจัยให้เกิดความสะดวกในการบริหารจัดการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทั้งในส่วนของบุคลากรของ อบต. บุคลากรของ รพ.สต. อสม. และประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงการใช้งานได้

6. การเสริมสร้างความรู้และทักษะทางเทคโนโลยีดิจิทัล แก่กลุ่มเป้าหมาย

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการอบรมเสริมความรู้และทักษะทางเทคโนโลยีดิจิทัลแก่บุคลากรของ อบต. เจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพ/ของ รพ.สต. อสม. และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของ อบต. ให้มีทักษะในการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบแพลตฟอร์มเทคโนโลยีดิจิทัลที่ได้พัฒนาขึ้นมา ทดแทนการใช้กระดาษ เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขแก่กลุ่มเป้าหมาย ยกกระดับคุณภาพการให้บริการและยกระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการให้มากขึ้น

7. การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและการประเมินความพึงพอใจ

ทีมวิจัยได้เสริมสมรรถนะหัวหน้างานหรือผู้บริหารใน อบต. และเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. 2 ครั้งซึ่งมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 15 คนอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการดึงข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลจากฐานข้อมูล big data ของชุมชนตนเองมาใช้ในการตัดสินใจในการจัดทำแผนวางกรอบทิศทางและดำเนินงานพัฒนาในส่วน

ต่างๆ หลังจากนั้นทีมวิจัยจะทำการประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากคุณภาพการให้บริการของบุคลากรของ อบต. และเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในภารกิจต่างๆ เปรียบเทียบกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนที่จะมีการนำแพลตฟอร์มมาใช้และอำนวยความสะดวกในการให้บริการ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้บริหาร หัวหน้างาน บุคลากรของ อบต. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อประสิทธิภาพและความสามารถของแพลตฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

ผลการศึกษา

ผลการสัมภาษณ์ผู้ใช้แพลตฟอร์ม พบว่า แพลตฟอร์มมีประโยชน์ต่อระบบการคัดกรองและติดตามสุขภาพชุมชน ดังนี้

1. เพิ่มความสะดวกและความพึงพอใจแก่ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่อยู่ภายใต้ต้องการบริหารส่วนจังหวัดในการคัดกรอง NCDs ของคนในชุมชนพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นพื้นที่เดียวกันกับที่ อบต. รับผิดชอบ จากเดิมที่ใช้ระบบการคัดกรองแบบจดบันทึกด้วยกระดาษมาเป็นระบบดิจิทัลที่สามารถบันทึกข้อมูลแบบ real time ได้ตลอดเวลา (ภาพที่ 2)

2. เพิ่มความสะดวกและความพึงพอใจแก่บุคลากรสาธารณสุข อสม. และกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุหรือกลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรองในชุมชน ในการนัดหมายมารับการรักษาหรือติดตามอาการของ NCDs (ภาพที่ 3)

3. สามารถประมวลผลข้อมูลทางสุขภาพของคนในชุมชน/ตำบลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ อบต. เพื่อให้ทั้ง อบต. รพ.สต. และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การตัดสินใจและการกำหนดทิศทางในการพัฒนาพื้นที่ของตนเองต่อไป

ซึ่งการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลนี้ สามารถแก้ปัญหา เพิ่มความสะดวกและความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการในหลายประเด็นด้วยกัน ดังได้นำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประโยชน์ของหน่วยงานที่ได้รับจากแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ระบบคัดกรองและติดตามสุขภาพชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลการใช้งาน	ลักษณะประโยชน์ที่ได้รับ
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถนำข้อมูล big data การประมวลผลของระบบ มาวางแผน ตัดสินใจและกำหนดทิศทางในการส่งเสริม ป้องกัน และสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการทางด้านสุขภาพของคนในชุมชน 2. ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงานของ 2 หน่วยงานที่มีนโยบายและพันธกิจที่คล้ายคลึงกัน เกิดการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องชุดเดียวกันในการขับเคลื่อนและการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน 3. มีฐานข้อมูลของ อสม. ที่ทำงานอยู่ในชุมชนอย่างเป็นระบบ ง่ายต่อการทำงานร่วมกันในการพัฒนาและแก้ปัญหาชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. เปลี่ยนระบบคัดกรองสุขภาพของคนในชุมชนจากระบบกรอกใส่แบบฟอร์มกระดาษ (manual) ซึ่งเกิดการสูญหายบ่อย มาเป็นระบบดิจิทัลที่มีความแม่นยำ รวดเร็ว สะดวก และข้อมูลถูกจัดเก็บในฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ real time และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในอนาคตในการวางแผนการดำเนินงาน การแก้ปัญหา และการบริหารจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนได้ 2. รพ.สต. สามารถมองเห็นทิศทาง และแนวโน้มด้านปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างแม่นยำและตลอดเวลา (real time) ซึ่งส่งผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบาย กิจกรรมและแผนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน อย่างแม่นยำ ชัดเจน ตรงจุด และถูกต้อง 3. เป็นตัวกลางในการสื่อสารการทำงานร่วมกันระหว่าง อบต. รพ.สต. อสม. และกลุ่มเป้าหมาย 4. ช่วยอำนวยความสะดวกในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การนัดหมายเพื่อการรักษาและการติดตามอาการหลังการรักษาแก่คนในชุมชน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มความสะดวกในการบันทึกข้อมูลในระหว่างการดำเนินการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นแก่คนในชุมชน 2. สามารถจัดเก็บข้อมูลได้อย่างแม่นยำ มีประสิทธิภาพ และประหยัดเวลาในการส่งมอบข้อมูลในการคัดกรองไปยัง รพ.สต. ในพื้นที่ 3. ครอบคลุมการคัดกรองสุขภาพของคนในชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง แม่นยำ และรวดเร็ว 2. สะดวกในการนัดหมาย หรือเลื่อนนัดในการพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพและประเมินสุขภาพ 3. รู้ความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ในปัจจุบันและอนาคตของตนเอง



ระบบคัดกรองและติดตามสุขภาพชุมชน

รายงานผู้ป่วย

Show 10 entries

รหัสประชาชน 13 หลัก + เพิ่มรายการ

Search:

ตัวเลือก	ผู้ป่วย	อสม./พยบ.	เบาหวาน	ความดัน	นัดตรวจวันที่	สถานะ	การนัด
	XXXXXXXXXXXX โทร:XXXXXXXXXXXX เลขบัตร ปชช.:XXXXXXXXXXXX	วันที่: 13-10-2566 ผู้ใช้: พยาบาล	ปกติ	ปกติ	26-10-2566 14:11 น.	รอยืนยัน	กำหนด
	XXXXXXXXXXXX โทร:XXXXXXXXXXXX เลขบัตร ปชช.:XXXXXXXXXXXX	วันที่: 12-10-2566 ผู้ใช้: พยาบาล	ปกติ	เสี่ยงสูง	26-10-2566 14:03 น.	รอยืนยัน	กำหนด
	XXXXXXXXXXXX โทร:XXXXXXXXXXXX เลขบัตร ปชช.:XXXXXXXXXXXX	วันที่: 12-10-2566 ผู้ใช้: พยาบาล	ปกติ	ปกติ	18-10-2566 15:05 น.	รอยืนยัน	กำหนด
	XXXXXXXXXXXX โทร:XXXXXXXXXXXX เลขบัตร ปชช.:XXXXXXXXXXXX	วันที่: 12-10-2566 ผู้ใช้: พยาบาล	สงสัยเป็นโรค	ปกติ	00-00-543 00:00 น.	ยังไม่นัด	จัดหมาย
	XXXXXXXXXXXX โทร:XXXXXXXXXXXX เลขบัตร ปชช.:XXXXXXXXXXXX	วันที่: 12-01-2567 ผู้ใช้: พยาบาล	สงสัยเป็นโรค	เสี่ยงสูง	26-02-2567 13:17 น.	รอยืนยัน	กำหนด

ปชช. = ประชาชน, พยบ. = พยาบาล, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภาพที่ 2 รายงานผลการคัดกรองและการนัดหมาย

แจ้งเตือนจาก รพสต.: XXXXXXXXXX
XXXX มีนัดตรวจโรคเบาหวานและ
ความดัน วันที่ 06-10-2566 09:30 น.
XXXXXXXXXXXX 15:46 น.

แจ้งเตือนจาก รพสต.: XXXXXXXXXX
XXXX มีนัดตรวจโรคเบาหวานและ
ความดัน วันที่ 30-09-2566 09:00 น.
XXXXXXXXXXXX 15:48 น.

คุณ XXXXXXXXXX มีนัดตรวจโรคเบา
หวานและความดัน วันที่ 20-09-2566
09:00

คุณ XXXXXXXXXX มีนัดตรวจโรคเบา
หวานและความดัน วันที่ 27-09-2566
09:00

รพสต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

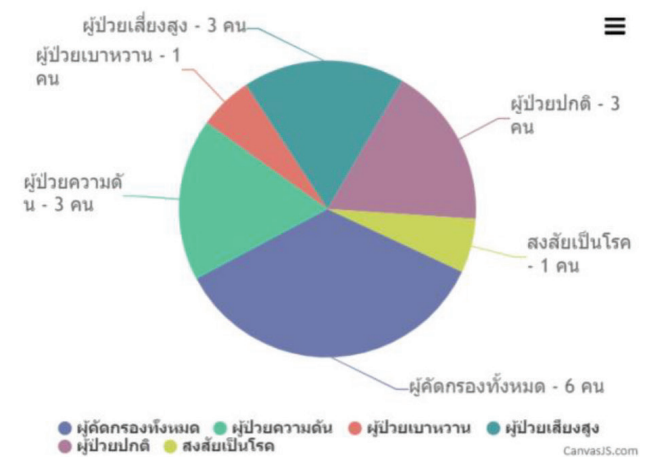
ภาพที่ 3 แสดงการแจ้งเตือนนัดหมายผ่านระบบ LINE และ SMS



รายชื่อผู้ตรวจโรคล่าสุด

ชื่อผู้ป่วย	ผลเบาหวาน	ผลความดันโลหิตสูง
XXXXXXXXXX	ปกติ	ปกติ
XXXXXXXXXX	ปกติ	เสี่ยงสูง
XXXXXXXXXX	ปกติ	ปกติ
XXXXXXXXXX	สงสัยเป็นโรค	ปกติ
XXXXXXXXXX	สงสัยเป็นโรค	เสี่ยงสูง
XXXXXXXXXX	ปกติ	ปกติ
XXXXXXXXXX	ปกติ	ปกติ

สถิติจำนวนผู้ป่วย



ภาพที่ 4 แสดงข้อมูลระดับบุคคลและสถิติจำนวนผู้ป่วยตามโรคและความเสี่ยง

การจัดอบรมเพื่อเสริมทักษะในการนำข้อมูลจากการให้บริการสาธารณสุขในมิติต่างๆ เข้าสู่ระบบ data studio และการแปลงข้อมูลให้พร้อมใช้งาน ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีทักษะทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่จำเป็นต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น ทักษะในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผน และการตัดสินใจ ทักษะในการเลือกใช้เครื่องมือ data visualization (ภาพที่ 4) ในการดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ และทักษะในการแปลผล วิเคราะห์และสื่อสารเพื่อส่งต่อ

ชุดข้อมูล ผลการอบรมเสริมทักษะต่างๆ ดังกล่าว (step 5 ในภาพที่ 1) พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีทักษะต่างๆ อยู่ในระดับที่ดีมาก และเป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายมีความพร้อมในการนำแพลตฟอร์มดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการให้บริการสาธารณสุข อันจะนำมาซึ่งการยกระดับคุณภาพการให้บริการและยกระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการให้มากขึ้นได้ ซึ่งผลการประเมินทักษะของกลุ่มผู้ให้บริการหลังการอบรมฯ สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินทักษะในด้านต่างๆ ทันที่หลังการอบรมเสริมทักษะด้านการบริการสาธารณะและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในกระบวนการทำงานของกลุ่มผู้ให้บริการ

กลุ่มเป้าหมาย	ผลการประเมินทักษะด้าน	ค่าเฉลี่ย	SD (standard deviation)	ระดับ	N
ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	1. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	4.32	0.78	ดีมาก	3
	2. การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนและตัดสินใจ	3.70	1.05	ดีมาก	3
	3. การเลือกใช้เครื่องมือ data visualization	4.16	0.76	ดีมาก	3
	4. การแปลผล วิเคราะห์และสื่อสาร	3.99	1.01	ดีมาก	3
บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	4.28	0.52	ดีมาก	12
	2. การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผนและตัดสินใจ	4.02	0.70	ดีมาก	12
	3. การเลือกใช้เครื่องมือ data visualization	4.15	0.89	ดีมาก	12
	4. การแปลผล วิเคราะห์และสื่อสาร	3.75	1.00	ดีมาก	12
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	1. สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน (ทดแทนการใช้กระดาษ)	4.31	0.56	ดีมาก	9
	2. มี mind set ด้านจิตอาสาและการให้บริการสาธารณะ	4.46	0.78	ดีมาก	9
ประชาชนที่มาใช้บริการ	1. สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน (ทดแทนการใช้กระดาษ)	4.12	0.75	ดีมาก	15
	2. มี mind set ด้านจิตอาสาและการใช้บริการสาธารณะ	3.26	0.89	ดี	15

วิจารณ์และข้อยุติ

หลังการพัฒนากระบวนการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้กับ รพ.สต. อบต. อสม. และประชาชนได้นำไปใช้ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เป็น อสม. และประชาชนที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้ เนื่องจากไม่สามารถตามทันเทคโนโลยีได้ต้องมีญาติลูกหลานคอยช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม ทีมวิจัยได้จัดฝึกอบรมการใช้งานแพลตฟอร์มอย่างต่อเนื่อง ทำให้กับกลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้สูงอายุมีความประทับใจและสามารถใช้

แพลตฟอร์มในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเบื้องต้นได้ ทางพยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. ได้เสนอให้เพิ่มระบบการคัดกรองมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอไว้สำหรับการพัฒนาแพลตฟอร์มในอนาคต ปัจจุบันมีหลากหลายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการคัดกรอง เช่น การพัฒนาระบบการคัดกรองโรคต่อกระดูกและโรคต่อหินในชุมชน กรณีศึกษา: สถานีอนามัยโรงเข้เทศบาลตำบลหลักห้า อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร (10) การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอ

ประสาทตา⁽¹¹⁾ การพัฒนาระบบคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน⁽¹²⁾ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังกรณีของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽¹³⁾ การพัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽¹⁴⁾ แต่ยังไม่มีการพัฒนาแพลตฟอร์มที่สามารถคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเบื้องต้นที่สามารถแปลผลข้อมูลแบบ real time และสามารถที่จะทำการนัดหมายผ่านแพลตฟอร์ม โดยระบบจะมีการส่งข้อความอัตโนมัติผ่าน SMS และ LINE และสามารถที่จะดู dashboard ผู้ที่มาใช้บริการได้ ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแพลตฟอร์มนี้ขึ้นมา

งานวิจัยนี้เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพของชุมชน และการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามสุขภาพชุมชนจะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการระบุปัญหาสุขภาพและให้การดูแลเชิงป้องกันที่เหมาะสมให้กับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือเป็นโรคแล้ว การใช้แพลตฟอร์มเทคโนโลยีในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและมีความสะดวกสำหรับพยาบาล อสม. และประชากรในชุมชนที่ต้องการการดูแลสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของตนเอง การติดตามสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์สามารถช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนได้ง่ายขึ้น และมีการตอบสนองทันทีในกรณีที่เป็นในทางกลับกันการใช้แพลตฟอร์มเทคโนโลยีอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือการให้บริการสุขภาพสำหรับบุคคลที่ไม่เข้าใจหรือไม่เหมาะสมกับเทคโนโลยีดิจิทัล ความเชื่อมั่นในการรักษาข้อมูลสุขภาพอาจมีปัญหาเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

การใช้แพลตฟอร์มเพื่อให้การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการติดตามสุขภาพของชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแล

และติดตามสุขภาพชุมชนและประชาชนผู้ใช้บริการควรได้รับการฝึกอบรมการใช้แพลตฟอร์มใหม่นี้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เข้าใจง่าย อนาคต ควรจัดสรรงบประมาณในการเช่า server ในทุกๆ ปีเพื่อความต่อเนื่องในการให้บริการและควรพัฒนาต่อยอดจาก web application เป็น mobile application เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานและเข้าถึง

ข้อยุติ

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้แพลตฟอร์มในการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อติดตามสุขภาพชุมชนของ รพ.สต. ทำให้พยาบาล อสม. และประชาชนที่ต้องการตรวจสุขภาพเบื้องต้น มีความสะดวก เพราะมีความรวดเร็วและแม่นยำในการคัดกรองข้อมูลเบื้องต้น พยาบาลสามารถติดตามผลการคัดกรองแบบ real time สามารถดูผลข้อมูลแบบ data virtualization และสามารถนัดหมายผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงเพื่อนัดมาตรวจสุขภาพได้อย่างทันเวลาและรวดเร็ว ส่วน อนาคต สามารถเข้ามาติดตามจำนวนประชากรที่อยู่ในกลุ่มปกติ กลุ่มสงสัยเป็นโรค กลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการดูแลและช่วยเหลือต่อไป ดังนั้น ควรสนับสนุนให้มีการคัดกรองผ่านแพลตฟอร์มเพื่อให้บริการดูแลระยะยาวนี้มีประสิทธิภาพ และควรขยายผลไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ให้กว้างขวางเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) และหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) A13F660064 ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ รพ.สต.เขาตมเมาะมาวีและยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและสถานที่ในการวิจัย และขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่สละเวลาและให้ความร่วมมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



References

1. Kaewtha S, Khamwangsanga P, Kanchanapibulwong A. Situation report on NCDs: diabetes, hypertension and related risk factors 2019. 1st ed. Aksorn Graphic and Design Publishing; 2020. p. 1-85. (in Thai)
2. Department of Disease Control. Diabetes, high blood pressure knowledge and direction of operations in the field of non-communicable diseases and evaluation, fiscal year 2024. (in Thai)
3. Division of Noncommunicable Diseases/Risk Communication Office, Department of Disease Control. The Department of Disease Control invites people aged 35 and over to screen for diabetes and hypertension, revealing that 8 million Thais still do not have access to the screening system [internet]. 2023 Mar [cited 2024 May 20]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32939&dept-code=brc&news_views=254. (in Thai)
4. Sripotong S, Theerakarn S, Wannapira W. Development of diabetes and hypertension screening system with community network participation in urban primary care cluster. *Buddhachinaraj Med J* 2020;37(3):336-46. (in Thai)
5. Khiewsa-ard P. Digital skills of government officers and staffs of customs department on challenge of organizational development to digital transformation (master thesis). Bangkok: Department of Public Administration and Public Affairs, Faculty of Political Science, Thammasat University; 2019.
6. Malisuwan S. Digital transformation for Thailand 4.0. *NBTC Journal* 2560;2(2):23-48. (in Thai)
7. Cornish F, Breton N, Moreno-Tabarez U, Delgado J, Rua M, de-Graft Aikins A, et al. Participatory action research. *Nature Reviews Methods Primers* 2023;3(1):1-14.
8. Leksono F, Sugianto D. Understanding South Tangerang's generation Z during 2019 student protest through empathy map canvas. *Proceedings of the 1st Conference of Visual Art, Design, and Social Humanities by Faculty of Art and Design; 2019 Nov 2; Surakarta, Central Java, Indonesia.*
9. Guthrie G. Ideation tips to make your design team a creative powerhouse [blog on the internet]; 2022 Feb 21 [cited 2024 Aug 22]. Available from: <https://nulab.com/learn/design-and-ux/ideation-tips-make-your-design-team-creative-powerhouse/>.
10. Jongsareejit A. Screening system development for cataracts and glaucoma in community: a case study of community health center in Lak Ha Subdistrict Municipality in Amphoe Ban Phaeo in Samut Sakhon Province. *Journal of Liberal Arts, Maejo University* 2015;3(1):37-57. (in Thai)
11. Ruttawongsa A. Development of a screening model for diabetic retinopathy. *Journal of Environmental and Community Health* 2020;5(2):86-94. (in Thai)
12. Kaewsrem S, Saikamnorn E. Development of a screening system for individuals at risk of diabetes. *Journal of Technology Management Rajabhat Maha Sarakham University* 2022;9(2):7-17. (in Thai)
13. Jongkasikit NN. Decision support system for analyzing the risk of chronic disease in cases of diabetes and high blood pressure. *Industry Technology Lampang Rajabhat University* 2016;9(2):9-9. (in Thai)
14. Maneelert C. The developing of an application to screen people at risk for diabetes and high blood pressure. *Rajabhat Chiang Mai Research Journal* 2021;22(3):109-25. (in Thai)

การวิเคราะห์ห่อภิมาณและการเสวนาหาฉันทมติ เพื่อพัฒนาบัญชียาจำเป็นในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล

ปิยวัฒน์ ดิลกธรรสกุล*

นันทวรรณ กิติกรรณการณ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: นันทวรรณ กิติกรรณการณ

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: รายการยาจำเป็นในภาวะฉุกเฉินต้องการความชัดเจนของหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อกำหนดในการจัดการระบบยา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ห่อภิมาณและเสวนาหาฉันทมติในการพัฒนาข้อเสนอปรับปรุงบัญชีรายการยาจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีศึกษา: การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณด้วยการค้นหาและสกัดข้อมูลอย่างเป็นอิสระต่อกันของนักวิจัย 2 คน ใช้คำค้นในระบบ PICO (patient, intervention, comparison, outcome) เพื่อหางานวิจัยฉบับเต็มที่เคยเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1990-2021 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Medline, Embase, Cochrane และเอกสารอ้างอิง ผลการสืบค้นพบงานวิจัย 2,096 ฉบับ เมื่อคัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออก 866 ฉบับ และคัดงานวิจัยที่ชื่อเรื่องและบทคัดย่อไม่เกี่ยวข้องออก 1,199 ฉบับ จะเหลืองานวิจัยเพื่อวิเคราะห์ห่อภิมาณ 31 ฉบับ นำไปใช้ประโยชน์ในการพิจารณาข้อเสนอการปรับปรุงบัญชีรายการยาสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เดียวในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ 12 คน และกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 12 คน แล้วหาฉันทมติตัดสินใจหลังจากนำเสนอข้อมูลรวมอีกครั้ง

ผลการศึกษาและสรุป: การวิเคราะห์ห่อภิมาณของหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ข้อสรุปการพัฒนาข้อเสนอบัญชียาจำเป็นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล สำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง 3 รายการ คือ dopamine injection, norepinephrine injection, epinephrine injection และการได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาทีหลังจากเรียกชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดี รูปแบบการจัดการด้านยาฉุกเฉินควรจัดเป็นกล่องยาฉุกเฉิน สำรองกล่องไว้ที่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและที่ห้องยา เมื่อออกเหตุจึงนำกล่องยาฉุกเฉินที่สำรองไปใช้ และนำกล่องที่ใช้แล้วมาแลกกล่องใหม่เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบการใช้ยาและจัดเต็มยาให้พร้อมใช้ต่อไป

คำสำคัญ: ยาฉุกเฉิน, ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล, ระบบยา, ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

* โรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

† คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received 13 January 2024; Revised 25 July 2024; Accepted 19 August 2024

Suggested citation: Dilokthornsakul P, Kitikannakorn N. A meta-analysis and consensus conference on updating a list of medicines for out-of-hospital cardiac arrests in the emergency care system. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):381-400.

ปิยวัฒน์ ดิลกธรรสกุล, นันทวรรณ กิติกรรณการณ. การวิเคราะห์ห่อภิมาณและการเสวนาหาฉันทมติเพื่อพัฒนาบัญชียาจำเป็นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):381-400.



A Meta-Analysis and Consensus Conference on Updating a List of Medicines for Out-of-Hospital Cardiac Arrests in the Emergency Care System

Piyawat Dilokthornsakul*, Nantawarn Kitikannakorn†

* Omkoi Hospital, Chiang Mai

† Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Corresponding author: Nantawarn Kitikannakorn, nantawarn.k@cmu.ac.th

Abstract

Background and Rationale: Having a list of essential emergency medicines and management guidelines requires clear evidence approach. Based on the hospital's potential, this study intended to update a list of essential medicines for managing out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) patients for appropriate cadres of emergency responders in the emergency care system (ECS) Chiang Mai case study.

Methodology: The study was divided into two parts. The meta-analysis started from literature search then data extraction by two independent researchers. The PICO (patient, intervention, comparison, outcome) keyword search for full-text studies published in English between 1990 and 2021 in electronic databases such as PubMed, Medline, Embase, Cochrane, including references was undertaken. The search yielded 2,096 papers, 866 duplicate articles were eliminated, as well as 1,199 papers with unrelated titles and abstracts. Thirty-one papers were good for meta-analysis and reached recommendations on an essential emergency medicine list for OHCA patients. The second step was a consensus conclusion based on evidence gathered from in-depth interviews with 12 academic professionals and 12 emergency medical practitioners.

Results and Conclusion: The list of drugs for OHCA patients was developed through a thorough analysis and the inputs from experts. Dopamine, norepinephrine, and epinephrine injections are three items required at the advanced life support (ALS) level. OHCA patients who received epinephrine within ten minutes of calling the ECS had a high survival rate and clinical prognosis. The emergency and pharmacy departments should have the emergency medicine kits handy. After the ECS dispatch, pharmacists should monitor the use of and refill the emergency drugs ensuring preparedness of the kit for next emergency incident.

Keywords: emergency medicines, out-of-hospital cardiac arrest (OHCA), medicine management system, emergency medical responder

ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (pre-hospital emergency medical service) เป็นส่วนหนึ่งของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (emergency care system, ECS) ที่หมายความถึงการปฏิบัติการฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ที่เกิดเหตุ

จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินระหว่างการนำส่งจนถึงสถานพยาบาลที่เหมาะสม⁽¹⁾

โครงการติดตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patient, UCEP) ดำเนินการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสาม กองทุนสุขภาพภาครัฐ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดการ เสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า การเข้าถึง บริการในช่วงแรกมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(2,3) แต่อัตรา การเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดใน ปี พ.ศ. 2563 เพียง 3 จากทั้งหมด 12 เขตสุขภาพ⁽⁴⁾ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเพิ่ม ขึ้นเป็น 20.5 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วย ฉุกเฉินที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ (non-trauma emergency) และเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึงจุด เกิดเหตุ⁽²⁾

กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทางอายุรกรรมจำนวนสูง อันดับต้นที่เข้าถึงโรงพยาบาลผ่านระบบ 1669 ได้แก่ กลุ่ม ผู้ป่วยแน่นหน้าอกหรือหัวใจหยุดเต้น (ร้อยละ 20.3) และ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) มีผู้ป่วย เสียชีวิต ณ โรงพยาบาลแรก ร้อยละ 56.2⁽³⁾ และคาดว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 15–20 มีการเสียชีวิต ก่อนมาถึงโรงพยาบาล⁽⁵⁾ ซึ่งข้อมูลใกล้เคียงกับแนวโน้ม การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในประเทศเกาหลีที่เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลร้อยละ 30-40⁽⁶⁾

หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์พบว่า การช่วย เหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลด้วยการกด หน้าอกโดยผู้พบเหตุเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสการมีชีวิตร อดกลับ⁽⁷⁾ และระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ (emer gency medical services, EMS) สามารถลดอัตราการ เสียชีวิตในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นได้^(7,8) อย่างไรก็ตาม ความ พร้อมของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical responder) ซึ่งประกอบด้วยผู้ปฏิบัติการ ยาน พาหนะ เวชภัณฑ์และเครื่องมือต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ การฉุกเฉินยังแตกต่างกันใน 3 ระดับ ได้แก่ ชุดปฏิบัติการ

ฉุกเฉินเบื้องต้น (first responder unit, FR) ชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินระดับต้น (basic life support unit, BLS) และ ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (advanced life support unit, ALS) หรือชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เฉพาะทาง⁽⁹⁾ ดังนั้น การทบทวนการจัดการบัญชาจำเป็น ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้เวลาที่ใช้จ่ายเหมาะสมกับ ภาวะฉุกเฉินให้กับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันก่อนนำ ส่งโรงพยาบาลยังต้องการข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม⁽¹⁰⁾

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์อภิธานและ เสวนาหาฉันทมติของการพัฒนาข้อเสนอบัญชาจำเป็น ของยา “epinephrine” และกลุ่ม “vasopressin” ใน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน นอกโรงพยาบาลสำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตาม ระดับศักยภาพเพื่อยกระดับคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากเดิมที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด เพียงยาฉีด epinephrine เป็นรายการยาฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการการ แพทย์ฉุกเฉินระดับสูงเท่านั้น⁽¹⁾

ระเบียบวิธีศึกษา

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์อภิธานจากงานวิจัยใน ฐานข้อมูลวิทยาศาสตร์ ตามแนวทางของ PRISMA guide- line ระเบียบวิธีวิจัยได้ขึ้นทะเบียนและเข้าถึงได้ในระบบ PROSPERO หมายเลขลงทะเบียน CRD42022310934 และการหาฉันทมติด้วยกระบวนการตัดสินใจแบบกลุ่มผู้ เชี่ยวชาญ การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 030/2564/E เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2564

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ทอิกิมาน (systematic review and meta-analysis) เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนการปรับปรุงบัญชีรายการยาจำเป็นของการได้รับยาฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล วิธีการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

การสืบค้นงานวิจัย

การศึกษานี้รวบรวมงานวิจัยรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized control trial, RCT) ที่ศึกษาผลของการใช้ยากับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

ก่อนนำส่งโรงพยาบาล (out of hospital cardiac arrest) ผู้วิจัยสืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Medline, Embase, Cochrane และเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ทำการศึกษาก่อนหน้า โดยสืบค้นข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1990-2021 ด้วยคำค้นตามระบบ PICO (patient, intervention, comparison, outcome)⁽¹¹⁾ และใช้คำเชื่อม AND ระหว่างกลุ่มคำสืบค้น และการสืบค้นผลลัพธ์หลายอย่างในการศึกษานี้จะใช้คำเชื่อม OR ระหว่างคำสืบค้นแต่ละคำ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนดคำสืบค้นสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ระบบ PICO	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม	เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ภายใน 10 นาที ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล	เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ร่วมกับยา vasopressin เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine เดี่ยว ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล	เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine เปรียบเทียบกับการใช้ยา vasopressin หรือ electrolytes อื่น ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล
P (population) หมายถึง กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา	“cardiac arrest”	“cardiac arrest”	“cardiac arrest”
I (intervention) หมายถึง การแทรกแซงหรือสิ่งที่สนใจทำการศึกษา	“epinephrine”	“epinephrine” AND “vasopressin”	“epinephrine”
C (comparison) หมายถึง กลุ่มควบคุม	การศึกษานี้ไม่กำหนดคำสืบค้นกลุ่มควบคุม	“epinephrine”	“vasopressin” OR “electrolytes”
O (outcome) หมายถึง ผลลัพธ์ของการศึกษา	“survival” OR “mortality” OR “neurological function” OR “length of stay” OR “quality of life” OR “safety” OR “adverse event”	“survival” OR “mortality” OR “neurological function” OR “length of stay” OR “quality of life” OR “safety” OR “adverse event”	“survival” OR “mortality” OR “neurological function” OR “length of stay” OR “quality of life” OR “safety” OR “adverse event”

PICO = patient, intervention, comparison, outcome

เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นงานวิจัยรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่เผยแพร่ฉบับเต็มเป็นภาษาอังกฤษ และเป็นการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับยาตามคำสืบค้นที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับเต็ม (full-text article) ได้

การคัดย่อและการประเมินคุณภาพงานวิจัย

1. ผู้วิจัย 2 คนที่ทำงานแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกันในการคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นสืบค้นบทความฉบับเต็ม และคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยพิจารณาจากบทความฉบับเต็ม หากผลการประเมินไม่ตรงกันจะอภิปรายและใช้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาเพื่อหาข้อสรุป

2. ผู้วิจัยสกัดข้อมูลที่สำคัญของแต่ละงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกแล้วให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศที่ทำงานวิจัย รูปแบบงานวิจัย และระยะเวลาของการศึกษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มประชากร จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยหลังสิ้นสุดการศึกษา ช่วงอายุ และอายุเฉลี่ย 3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการศึกษา 4) ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อนำข้อสรุปมาใช้นำเข้าในการหาฉันทมติด้วยกระบวนการตัดสินใจแบบกลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญ

ช่วงที่ 2

การสัมภาษณ์เชิงลึกและการหาฉันทมติด้วยกระบวนการตัดสินใจแบบกลุ่ม ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อหารูปแบบการจัดการด้านยาฉุกเฉินสำหรับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

สำหรับการใช้ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล วิธีการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ สหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มเทคนิคปากต่อปาก (snow ball technique) จำนวน 24 คน แบ่งออกเป็น

กลุ่มที่ 1 นักวิชาการสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 คน

กลุ่มที่ 2 สหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ณ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ก่อนสัมภาษณ์เชิงลึกทีละคนกับผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ 1 เพื่อหาความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของการกำหนดรายการยาฉุกเฉินไว้ ณ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยแบ่งความเห็นเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ถ้าผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเห็นด้วยอย่างน้อยร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงจะสรุปว่ายาฉุกเฉินชนิดนี้จำเป็นต้องสำรองไว้ ณ ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ผู้วิจัยทำการสรุปข้อมูลและส่งคืนข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ 1 พิจารณาอีกครั้งเพื่อทวนสอบข้อมูลเปรียบเทียบข้อสรุปจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน โดยทำการปกปิดชื่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละส่วน จากนั้นถ้าไม่มีข้อโต้แย้งก็จะได้เป็นข้อสรุปรายการยาฉุกเฉินที่ต้องสำรองไว้ ณ ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลจากผลการหาฉันทมติจากกลุ่มที่ 1 แล้วสัมภาษณ์เชิงลึกทีละคนกับทีมผู้ปฏิบัติการ

กลุ่มที่ 2 เพื่อหาความคิดเห็นเรื่องความเหมาะสมในการ
สำรองยาที่ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีศึกษา
จังหวัดเชียงใหม่ โดยพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
1. อัตรากำลัง และ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการ 2. เวชภัณฑ์
ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา หรือ การสั่งใช้ยา 3. คุณสมบัติ
ของยาด้านความคงตัวที่ส่งผลต่อการเก็บสำรอง 4. ระบบ
การจัดการด้านยาของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

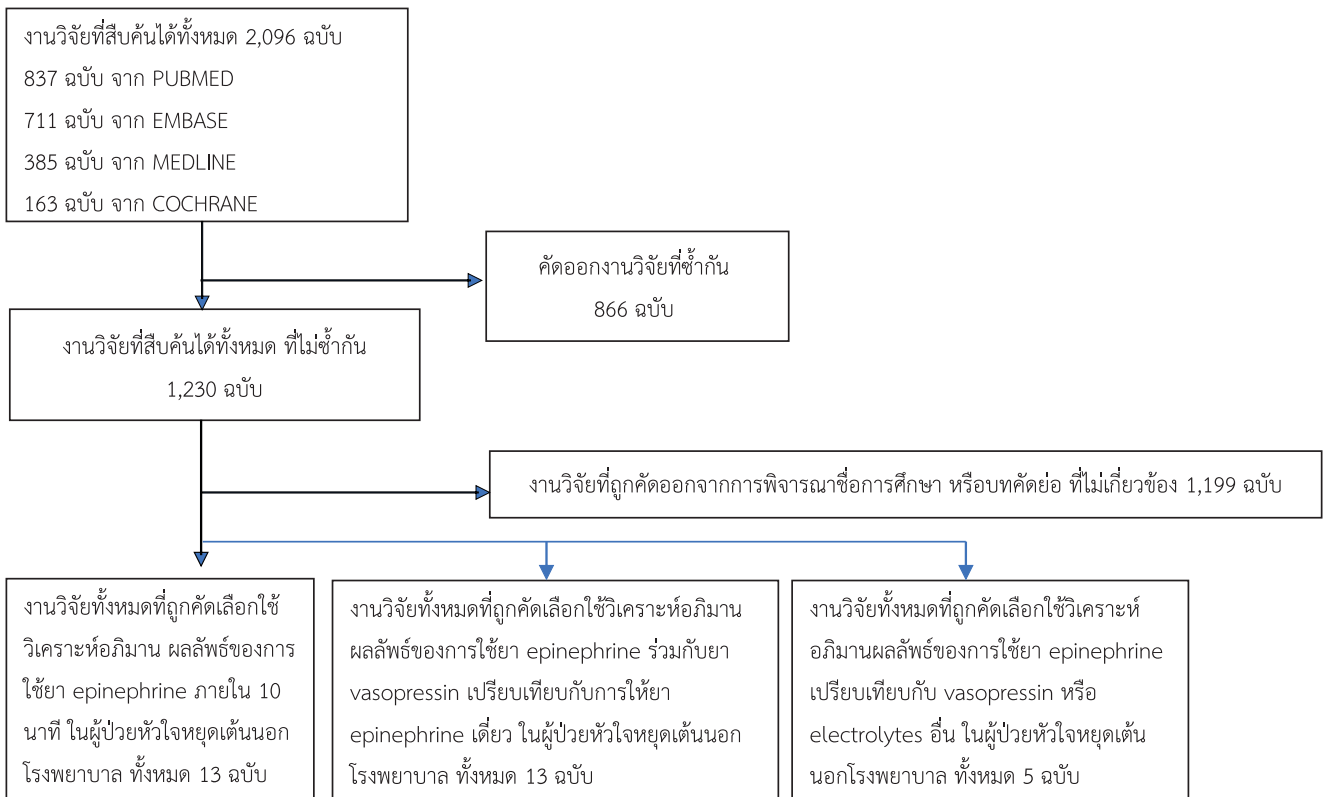
4. ผู้วิจัยทำการสรุปข้อมูลเพื่อเป็นข้อเสนอสำหรับ
การพัฒนาบัญชียาฉุกเฉิน สำหรับการใช้ในผู้ป่วยหัวใจหยุด
เต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ช่วงที่ 1

การคัดเลือกการวิจัย

ผลการสืบค้นอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัย 2,096 การ
ศึกษา เมื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ซ้ำกันออก 866 ฉบับ เหลือ
งานวิจัย 1,230 ฉบับ จากนั้นพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ
แล้วคัดงานวิจัยออกจำนวน 1,199 ฉบับ งานวิจัยฉบับเต็ม
ที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อทำการวิเคราะห์ห่อภิมานผลลัพธ์ใน
กลุ่มต่างๆ แสดงดังภาพที่ 1



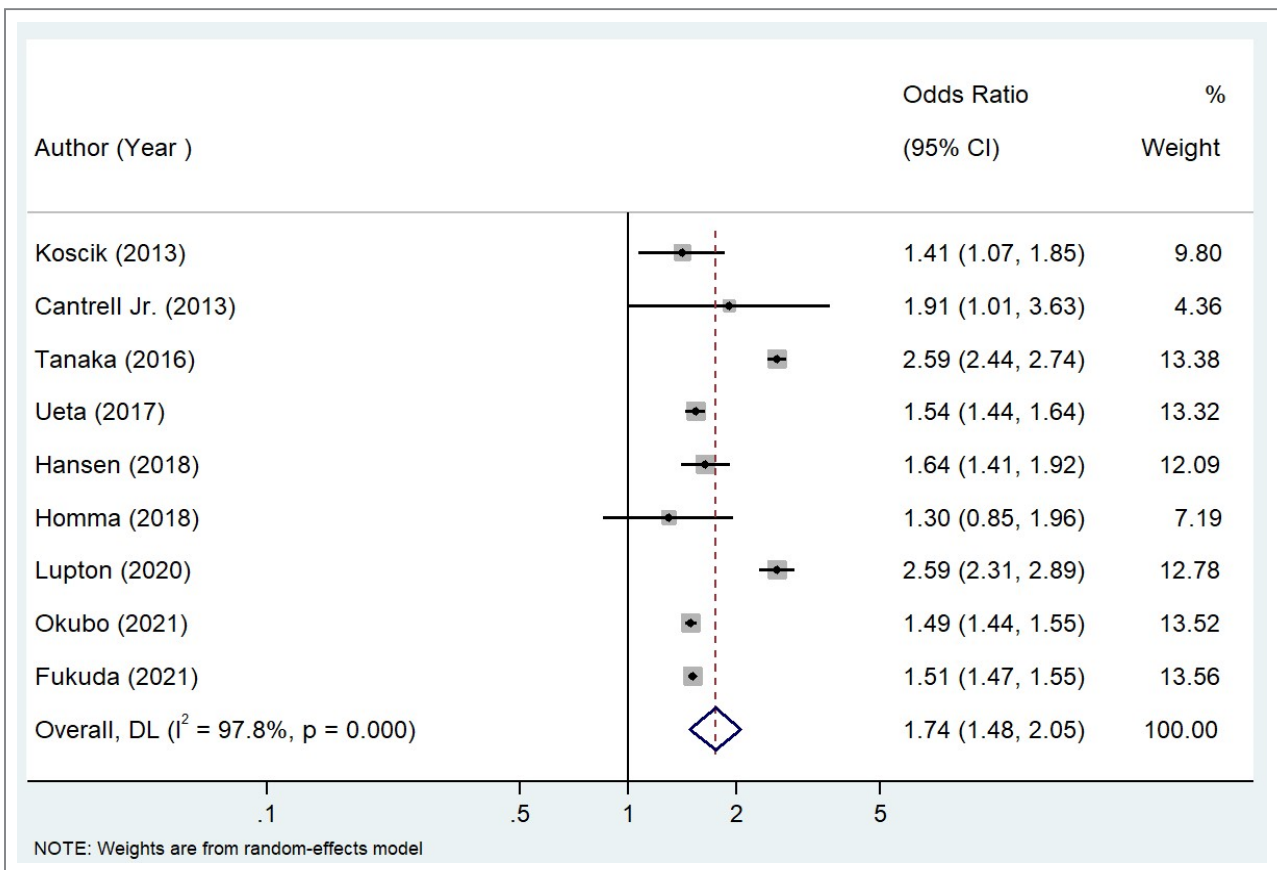
ภาพที่ 1 ผลการคัดเลือกงานวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ภายใน 10 นาทีในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

กลุ่มที่ 1 ผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ภายใน 10 นาที ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล งานวิจัยทั้งหมด 13 ฉบับ ถูกคัดเข้ามาวิเคราะห์ อภิमानผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ภายใน 10 นาที ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180,402 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที 79,171 ราย และกลุ่มผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ epinephrine เกินกว่า 10 นาที 101,231 ราย (12-24) ผลการวิเคราะห์อภิमानผลลัพธ์ของผู้ป่วยแสดงตาม

ตัวชี้วัดได้ดังนี้

1.1 ผลลัพธ์การกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง (return of spontaneous circulation, ROSC)

ผลการวิเคราะห์อภิमानจากงานวิจัย 9 ฉบับ (12-20) พบว่า ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที พบความแตกต่างของอัตราการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาถึง 1.74 เท่า (OR 1.74, 95% CI 1.48-2.05) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ พบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ($I^2 = 97.8, P = 0.000$) ดังแสดงในภาพที่ 2

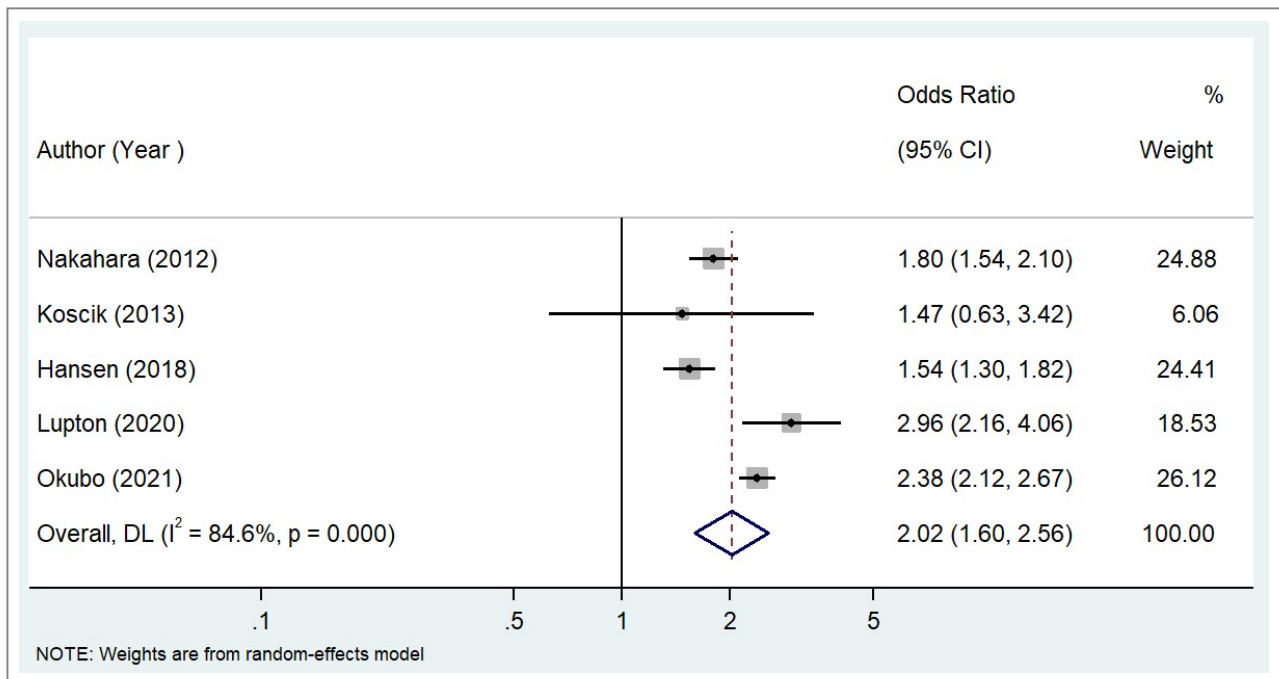


ภาพที่ 2 Forest plot ของการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที (pooling data: return of spontaneous circulation)

1.2 ผลลัพธ์ของอัตราการรอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (survival to hospital discharge)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 5 ฉบับ^(12,16,18,19,21) พบว่า ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที พบความแตกต่าง

ของอัตราการรอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาถึง 2.02 เท่า (OR 2.02, 95% CI 1.60-2.56) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ พบว่าไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ($I^2 = 84.6$, $P = 0.000$) ดังแสดงในภาพที่ 3

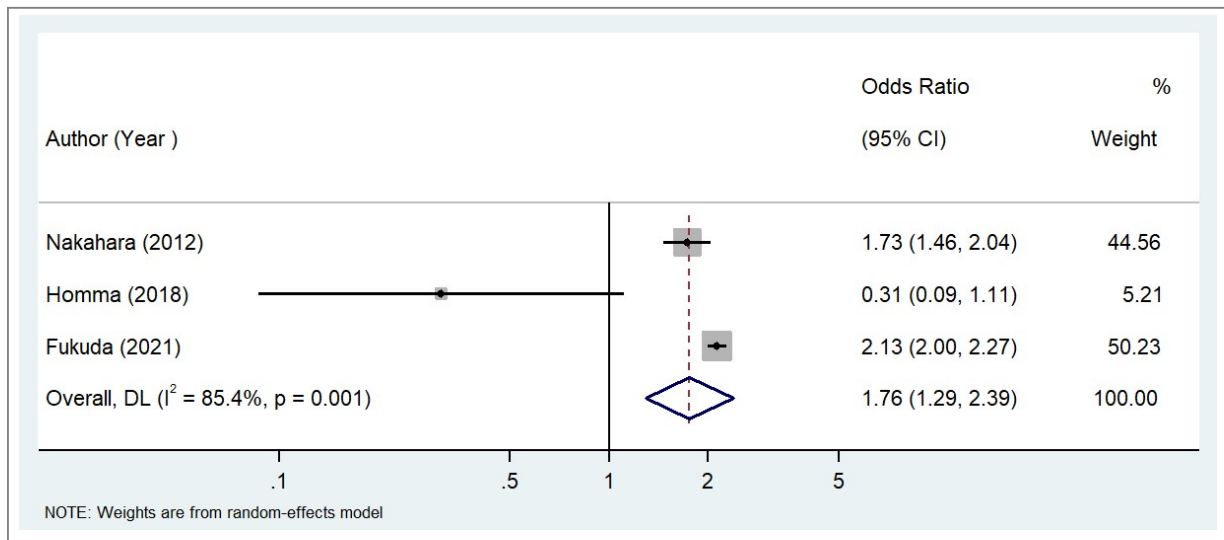


ภาพที่ 3 Forest plot ของอัตราการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที (pooling data: survival to hospital discharge)

1.3 ผลลัพธ์ของอัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล (1 month survival)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 3 ฉบับ^(17,20,21) พบว่า ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที พบความแตกต่างของอัตรา

การรอดชีวิตที่ 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับยาถึง 1.76 เท่า (OR 1.76, 95% CI 1.29-2.39) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ พบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ($I^2 = 85.4$, $P = 0.001$) ดังแสดงในภาพที่ 4

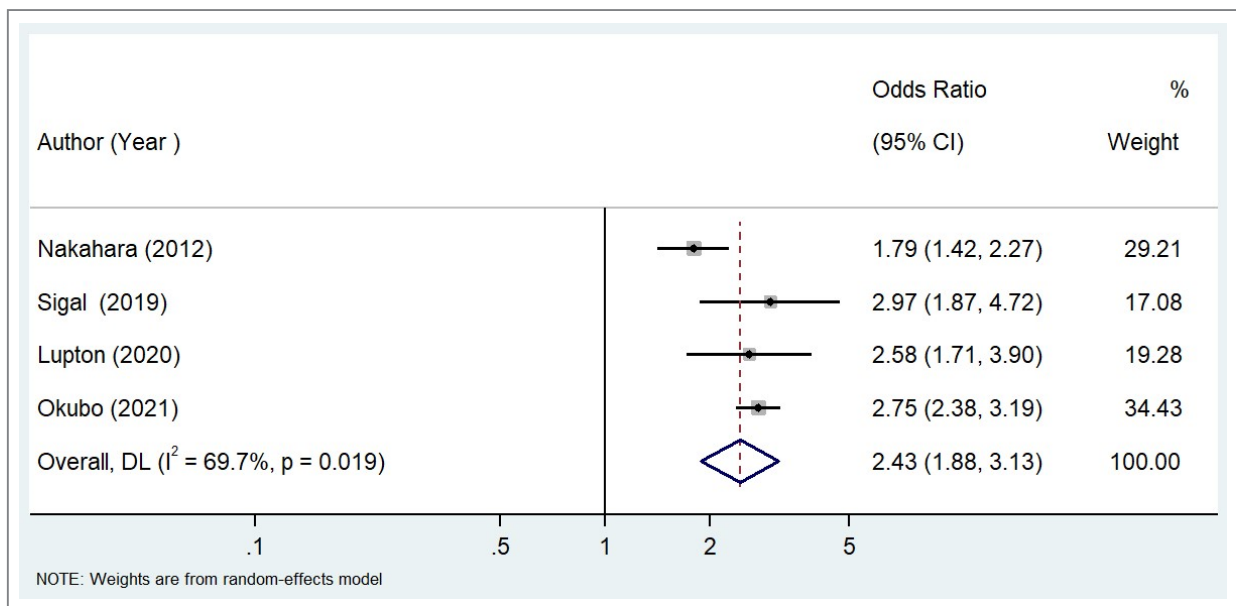


ภาพที่ 4 Forest plot ของอัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือนหลังจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที (pooling data: 1 month survival)

1.4 ผลลัพธ์ของอัตราการรอดชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยอาการทางคลินิกที่ดี (survival to hospital discharge with good neurological outcome)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 4 ฉบับ^(18,19, 21,22) พบว่า ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ

epinephrine ภายใน 10 นาที อัตราการรอดชีวิตและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดี สูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.43 เท่า (OR 2.43, 95% CI 1.88-3.13) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ พบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ($I^2 = 69.7$, $P = 0.019$) ดังแสดงในภาพที่ 5

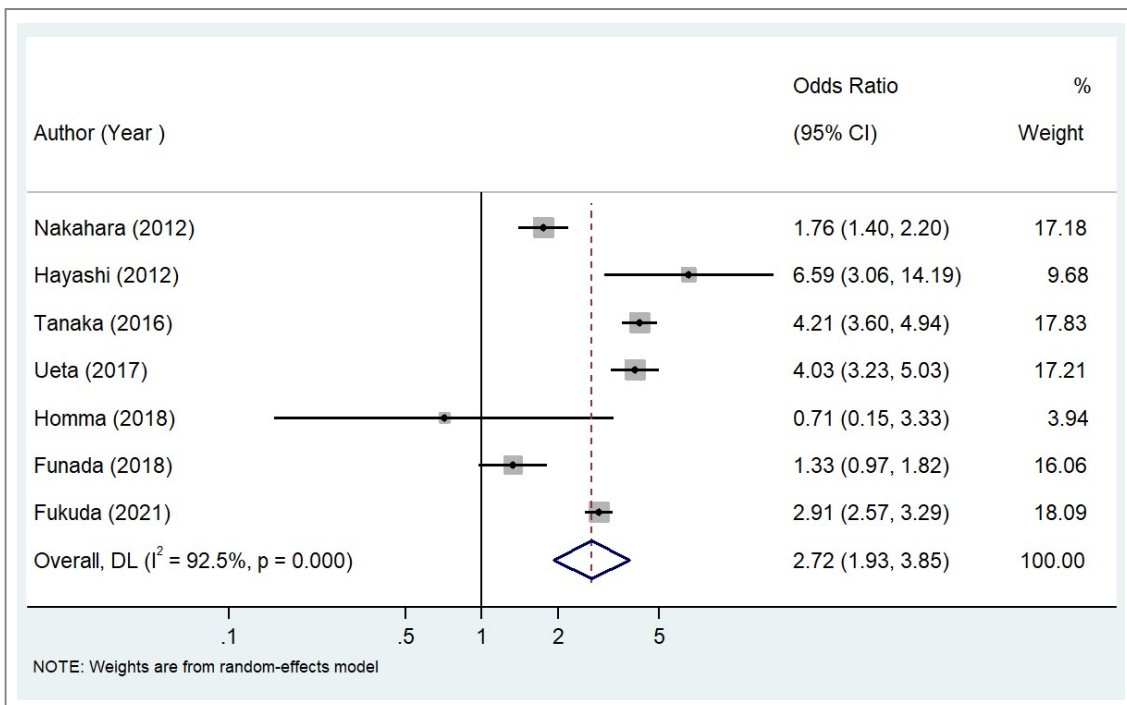


ภาพที่ 5 Forest plot ของอัตราการรอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดี (pooling data: survival to hospital discharge with good neurological outcome)

1.5 ผลลัพธ์ของอัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาลด้วยอาการทางคลินิกที่ดี (1 month survival with good neurological outcome)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 7 ฉบับ^(14,15,17, 20,21,23,24) พบว่า ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่

ได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาที อัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.72 เท่า (OR 2.72, 95% CI 1.93-3.85) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ พบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ($I^2 = 92.5, P = 0.000$) ดังแสดงในภาพที่ 6

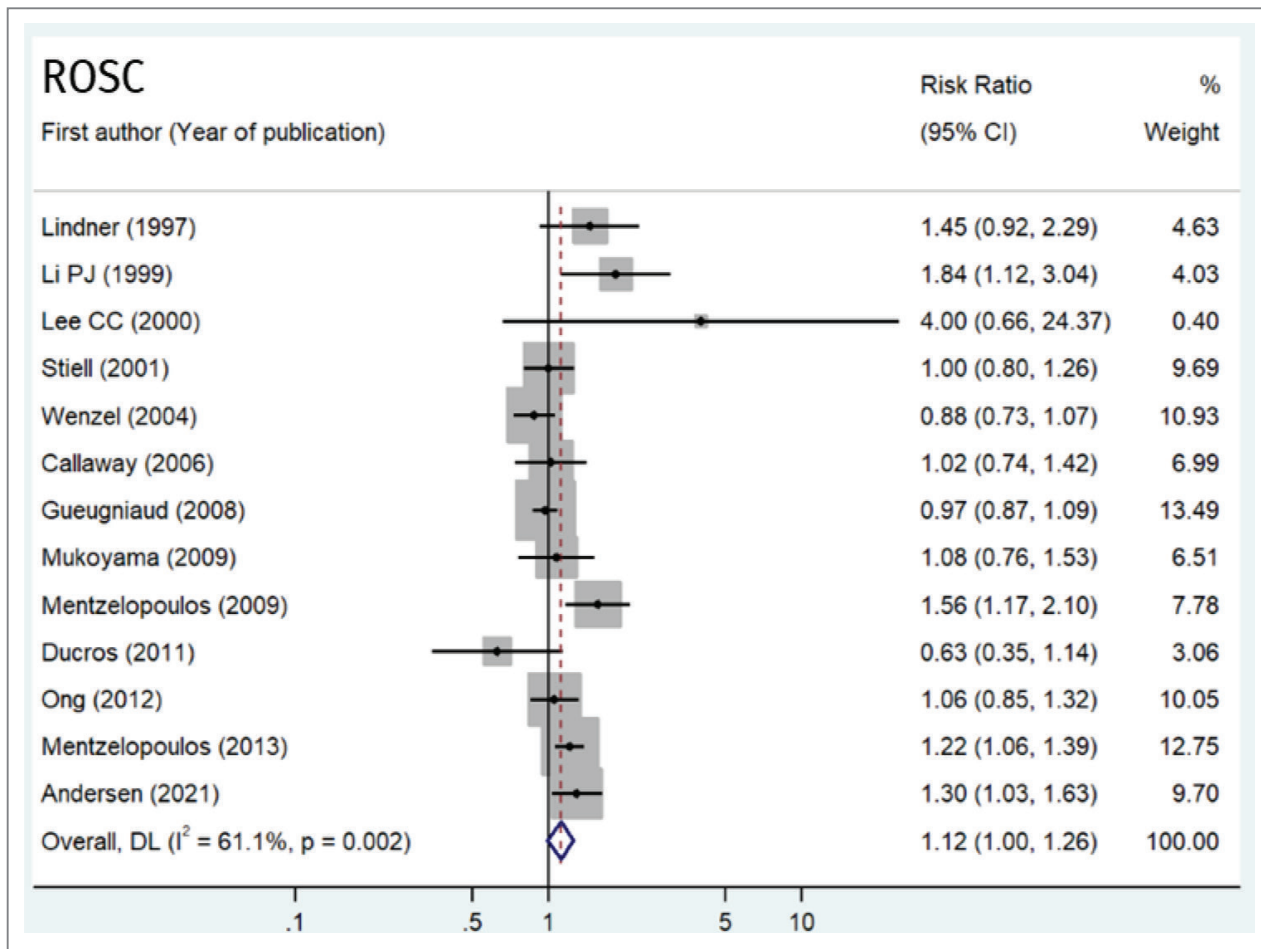


ภาพที่ 6 Forest plot ของอัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดี (pooling data: 1 month survival with good neurological outcome)

กลุ่มที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ร่วมกับยา vasopressin เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine เดี่ยว ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล งานวิจัยทั้งหมด 13 ฉบับ ถูกคัดเข้ามาวิเคราะห์ห่อภิมาณผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ร่วมกับยา vasopressin เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine เดี่ยว ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6,752 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3,376 ราย และกลุ่มควบคุม 3,376 ราย⁽²⁵⁻³⁷⁾ ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลลัพธ์ของผู้ป่วยแสดงตามตัวชี้วัดได้ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์การกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 13 ฉบับ⁽²⁵⁻³⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับยา epinephrine ร่วมกับ vasopressin มีอัตราการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียง epinephrine ถึง 1.12 เท่า (RR 1.12, 95% CI 1.00-1.26) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ พบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ($I^2 = 61.1, P = 0.002$) ดังแสดงในภาพที่ 7

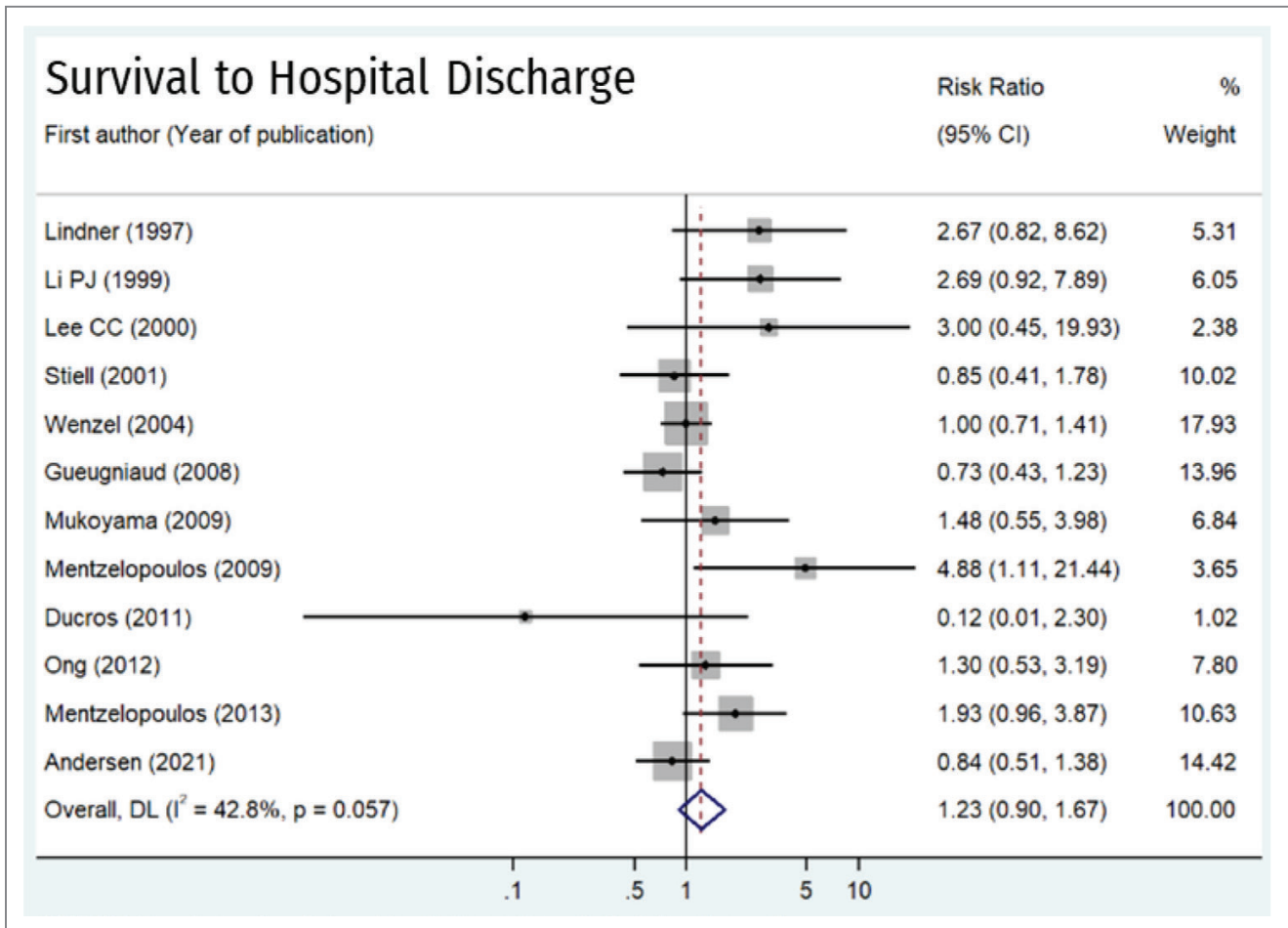


ภาพที่ 7 Forest plot ของผลลัพธ์การกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง จากการให้ยา epinephrine (Epi) ร่วมกับยา vasopressin เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine (Epi) เดี่ยวในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Vasopressin + Epi vs. Epi: return of spontaneous circulation)

2.2 ผลลัพธ์ของอัตราการรอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ห่าอภิมานจากงานวิจัย 12 ฉบับ⁽²⁵⁻³⁶⁾ พบว่า ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับ epinephrine ร่วมกับ vasopressin มีอัตราการรอดชีวิตจน

สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงยา epinephrine ถึง 1.26 เท่า (RR 1.23, 95% CI 0.90-1.67) ผลการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์พบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์ (I² = 42.8, P = 0.057) ดังแสดงในภาพที่ 8



ภาพที่ 8 Forest plot ของอัตราการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการให้ยา epinephrine (Epi) ร่วมกับยา vasopressin เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine (Epi) เดี่ยวในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Vasopressin + Epi vs. Epi: survival to hospital discharge)

กลุ่มที่ 3 ผลลัพธ์ของการให้ยา vasopressin หรือ electrolytes อื่น เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

งานวิจัยทั้งหมด 5 ฉบับ ถูกคัดเข้ามาวิเคราะห์ผลของการให้ยา vasopressin หรือ electrolytes อื่น เปรียบเทียบกับการให้ยา epinephrine ในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น

นอกโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,466 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 759 ราย และกลุ่มควบคุม 707 ราย⁽³⁸⁻⁴²⁾ พบว่า มีอัตราการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เองและรอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ยา epinephrine ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Overview of randomized controlled trial with other vasopressors or electrolyte in out-of-hospital cardiac arrest

Study (year)	Intervention (n)	Comparator (n)	RR ROSC	RR SVAM	RR SVDC
Lindner (1991)	norepinephrine (25)	epinephrine (25)	2.33 (1.07-5.09)	2.00 (1.05-3.80)	1.50 (0.48-4.68)
Patrick (1995)	methoxamine (77)	epinephrine (68)	0.79 (0.56-1.10)	N/A	0.76 (0.33-1.75)
Morrison (2008)	dopamine (40)	transcutaneous cardiac pacing (42)	N/A	N/A	1.01 (0.76-1.35)
Vallentin (2021)	calcium + epinephrine (197)	epinephrine (200)	0.72 (0.49-1.03)	N/A	0.57 (0.27-1.18) *SV1month
Vukmir (2006)	NaHCO ₃ + epinephrine (420)	epinephrine (372)	N/A	0.99 (0.7-1.4)	N/A

n = number, N/A = not available, ROSC = return of spontaneous circulation, RR = risk ratio, SV1month= survival within 1 month, SVAM = survival to hospital admission, SVDC = survival to hospital discharge

ช่วงที่ 2

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน ที่ให้ความคิดเห็นต่อข้อเสนอปรับบัญญัติยาฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่แนะนำโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (ตารางที่ 3) ประกอบด้วยผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อาจารย์อายุรแพทย์โรคหัวใจ อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เกษีกรประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์ และ เกษีกรประจำบ้านสาขาผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาการสอบถามความเห็นผู้เชี่ยวชาญจากผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (ตารางที่ 4) จำแนกได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 “ไม่เห็นด้วย” ในการ

กำหนดให้มียา epinephrine ในชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น เพิ่มเติมจากเดิมที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้เป็นรายการยาฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.0 “เห็นด้วย” ในการกำหนดให้มียา dopamine ในชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น เพิ่มเติมจากเดิมที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้เป็นรายการยาฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

3. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3 “เห็นด้วย” ในการกำหนดให้มียา dopamine ในชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น เพิ่มเติมจากเดิมที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้เป็นรายการยาฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

ตารางที่ 3 รายการยาฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่แนะนำโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อเสนอจากผลการวิจัย

ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน	คำแนะนำโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ			ข้อเสนอจากงานวิจัย	
	จำนวนยา (ampule)	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น (BLS)	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น (BLS)	ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ALS)
1. Epinephrine	10		√	√	√
2. Dopamine	2				√
3. Norepinephrine	2				√

ALS = advanced life support unit, BLS = basic life support unit



ตารางที่ 4 ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 ต่อความเหมาะสมของการกำหนดรายการยาฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลไว้ ณ ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้เชี่ยวชาญลำดับที่	เพศ	ความเชี่ยวชาญ	เพิ่มรายการ epinephrine ที่ระดับต้น (BLS)	เพิ่มรายการ dopamine ที่ระดับสูง (ALS)	เพิ่มรายการ norepinephrine ที่ระดับสูง (ALS)
1	ชาย	อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
2	หญิง	อาจารย์อายุรแพทย์โรคหัวใจ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
3	หญิง	อาจารย์อายุรแพทย์โรคหัวใจ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
4	หญิง	อาจารย์แพทย์สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
5	หญิง	อาจารย์พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
6	หญิง	อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
7	ชาย	อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
8	หญิง	อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
9	ชาย	อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
10	ชาย	อาจารย์อายุรแพทย์โรคหัวใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
11	หญิง	เภสัชกรประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
12	หญิง	เภสัชกรประจำบ้านสาขาผู้ป่วยวิกฤต	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
ผลรวมความคิดเห็น			33% เห็นด้วย	75% เห็นด้วย	83.3% เห็นด้วย
ผลลัพธ์ฉันทมติ			ไม่เพิ่ม epinephrine ที่ BLS	เพิ่ม dopamine ที่ ALS	เพิ่ม norepinephrine ที่ ALS

ALS = advanced life support unit, BLS = basic life support unit

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน ที่ให้ความคิดเห็นเรื่องความเหมาะสมในการสำรองยาที่ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นแพทย์ทั่วไป (หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้างาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน) และเภสัชกร (หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม, หัวหน้างานบริการเภสัชกรรมและเภสัชกรบริการ) ผลการสอบถาม พบว่า ทุกคนเห็นด้วยที่จะเพิ่มยา dopamine และ norepinephrine ในชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 2 ต่อความเหมาะสมในการสำรองยาที่ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดเชียงใหม่

ผู้เชี่ยวชาญลำดับที่	เพศ	ความเชี่ยวชาญที่ระดับสูง (ALS)	เพิ่มรายการ dopamine ที่ระดับสูง (ALS)	เพิ่มรายการ norepinephrine
1	หญิง	เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน	dopamine คิดว่าไม่สำคัญเท่า norepinephrine แต่ก็คิดว่ามีประโยชน์กับคนไข้ ก็เห็นด้วยกับการสำรองไว้	norepinephrine เห็นด้วย เพราะส่วนใหญ่ใช้ใน septic shock BP drop ก็ควรให้ตั้งแต่จุดออกเหตุ
2	หญิง	เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย
3	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) โรงพยาบาลชุมชน	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	norepinephrine คิดว่าจำเป็นมากต้องรีบให้ตั้งแต่แรก ALS ออก โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล ยังต้องรีบให้ เพราะถ้าปล่อยให้คนไข้ BP drop นานๆ ก็จะทำให้ organ failure อีก
4	หญิง	เภสัชกร (หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมหน้าห้องจัดหาและสำรองยา) โรงพยาบาลทั่วไป	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย
5	หญิง	นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิ	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	norepinephrine สมควรสำรองใน ALS เพราะในการบริหารยา ระดับ ALS มีทีมบุคลากรที่พร้อม มีคนบริหารยา มีคน monitor ผู้ป่วย แต่ถ้ามี paramedics คนเดียว ในรถ BLS ก็คิดว่ายังไม่ต้องสำรองไว้
6	หญิง	นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิ	dopamine ที่ pre-hospital ถ้าบุคลากรและทีมมีความพร้อม เวลาการนำส่งผู้ป่วยใช้เวลานาน ก็เห็นด้วยที่ควรสำรองไว้ที่ ALS	norepinephrine สมควรสำรอง ไว้ที่ ALS เพราะหากเราหา cause of arrest ได้แล้ว จำเป็นต้องให้ การได้ยาเร็วก็มีประโยชน์
7	หญิง	พยาบาลวิชาชีพ (หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) โรงพยาบาลทั่วไป	dopamine มีข้อบ่งใช้ใน unstable bradycardia หลังจากให้ atropine แล้ว ยังไม่ดี แต่ว่าในทางปฏิบัติคนไข้มักจะเลือกให้ TCP มากกว่า เพราะ effective มากกว่า เห็นว่าขึ้นอยู่กับบริบทของบุคลากรและพื้นที่ การให้ TCP อาจจะต้องมีการ training มากเป็นพิเศษ สำหรับบางที่ที่อยู่ไกล การบริหาร dopamine ให้ได้ตามแพทย์สั่ง ก็ไม่ได้ต้องใช้ทักษะที่มากกว่า เห็นด้วยกับการสำรองที่ ALS แต่การเลือกใช้ให้ขึ้นกับบริบทของ รพ.	norepinephrine เห็นด้วยที่จะสำรองไว้ที่ ALS จำเป็นต้องมีอยู่แล้ว ได้ใช้บ่อย
8	ชาย	แพทย์ทั่วไป (หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) โรงพยาบาลชุมชน	dopamine เห็นด้วย เพราะมีใช้ใน unstable bradycardia กรณีที่ให้ atropine แล้วไม่ดี หรือคนไข้ cardiogenic	norepinephrine เห็นด้วย เพราะส่วนใหญ่ใช้ใน septic shock การได้เร็วยิ่งดี มักจะให้พร้อม IV fluid ด้วยเลย มีที่ใช้เยอะ ทุกคนใช้

ตารางที่ 5 ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 2 ต่อความเหมาะสมในการสำรองยาที่ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินรถศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ (ต่อ)

ผู้เชี่ยวชาญลำดับที่	เพศ	ความเชี่ยวชาญที่ระดับสูง (ALS)	เพิ่มรายการ dopamine ที่ระดับสูง (ALS)	เพิ่มรายการ norepinephrine
			shock สามารถให้เร็วได้ก็ดี และดีกว่า TCP เพราะให้ยาได้เร็วกว่าการติดเครื่อง แต่ก็ไม่ได้ใช้นี้น้อยมากนัก	เป็นและมีความมั่นใจในการใช้ ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ถ้ามี norepinephrine กับ clopidogrel ออกไปน่าจะดี เพราะระยะทางออกเหตุไกล กว่าจะถึงคนไข้ใช้เวลานาน ที่เห็นด้วยที่สุด คือ norepinephrine
9	ชาย	แพทย์ทั่วไป (หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) โรงพยาบาลเอกชน	dopamine ใช้อยู่ใน unstable bradycardia ควรสำรองใน ALS อยู่แล้ว	norepinephrine ใช้ใน septic shock ในบริบทที่เอาคนไข้มาถึง รพ. เกิน 1 ชั่วโมง ก็จำเป็นต้องให้ ฉะนั้นควรสำรองไว้
10	หญิง	เภสัชกร โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย
11	หญิง	เภสัชกร (หัวหน้างานจัดหาและสำรองยา) โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	norepinephrine หากเพิ่มการสำรองที่ ALS สิ่งที่กังวล คือ สารน้ำที่ใช่ผสมยา ความเข้มข้นสูงสุด อัตราการให้ยาสูงสุด มีความจำเพาะและหากผิดพลาด อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้ เพราะฉะนั้นต้องวางระบบป้องกัน admin error หรือ train ทีม ALS ให้ใช้นี้อย่างถูกต้อง
12	หญิง	เภสัชกร (หัวหน้างานบริการเภสัชกรรม) โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย	เห็นด้วยกับข้อเสนอจากงานวิจัย

ALS = advanced life support unit, BLS = basic life support unit, BP = blood pressure, IV = intravascular, TCP = transcutaneous cardiac pacing

โรงพยาบาลทุกระดับได้กำหนดบัญชีรายการยาฉุกเฉินโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และจัดการสำรองยาฉุกเฉินเป็น EMS box สำหรับใช้ในรถพยาบาล ALS และ Emergency box สำหรับใช้ในโรงพยาบาลที่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ห้องบัญชาการออกเหตุและที่ห้องจ่ายยา เนื่องจากการสำรองกล่องไว้ในรถพยาบาลมีอุณหภูมิการจัดเก็บมากกว่า 30 องศาเซลเซียส จึงต้องกำหนดวันหมดอายุของยาให้ใช้ภายใน 6 เดือนเท่านั้น ผู้ปฏิบัติการหรือเภสัชกรจะมีหน้าที่ตรวจสอบรายการยาที่ใช้ไปกับคำสั่งใช้ยาทุกครั้ง ที่รถพยาบาลกลับมาจากออกเหตุและเวียนกล่องที่พร้อมใช้

ไปสำรองทดแทนทันที ซึ่งระบบนี้แก้ไขปัญหาการเก็บยาที่อายุสั้นลง และไม่พบปัญหาหายหมดอายุที่สำรองหรือยาไม่พร้อมใช้เมื่อออกเหตุ

วิจารณ์

I^2 เป็นค่าที่บอกความแปรผัน (variation) หรือความไม่สม่ำเสมอของผลการวิจัย โดยแสดงในรูปของร้อยละ ค่า I^2 ที่มากขึ้นแสดงว่ามีความไม่เป็นเอกพันธ์ (heterogeneity) มากขึ้น กรณีที่ I^2 มีค่ามากกว่าร้อยละ 85 จะแสดงความไม่เป็นเอกพันธ์สูง จึงไม่เหมาะกับการนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ เพราะแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของ

เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก การแทรกแซงการวิจัย ประเภทและวิธีการประเมินผลลัพธ์ เป็นต้น ดังนั้นผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณผลลัพธ์อัตราการกลับมาของการไหลเวียนเลือดได้เอง และอัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดี ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการใช้ยา epinephrine ภายใน 10 นาทีหลังจากเรียกชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ที่มีค่า I^2 ถึงร้อยละ 97.8 และ 92.5 ตามลำดับ จึงอาจไม่สามารถจะสรุปผลได้ชัดเจนทีเดียว

จากข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2558-2561 พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตดำเนินการได้ตามเกณฑ์ภายใน 8 นาที อยู่ระหว่างร้อยละ 43-46 กลุ่มที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุมากกว่า 8 นาที⁽³⁾ ดังนั้น การได้รับยา epinephrine ภายใน 10 นาทีหลังจากเรียกชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตจนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดี และอัตราการรอดชีวิตที่ 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยา epinephrine ช้ากว่า 10 นาที โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ห่อภิมาณมีค่า I^2 ระหว่างร้อยละ 40-84 จึงสามารถนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณได้ด้วยการใช้ random-effect model ซึ่งค่าอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ จะถูกคำนวณโดยให้น้ำหนักทุกการศึกษาเท่าเทียมกัน

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การกวดหน้าอกโดยผู้พบเหตุเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสการมีชีพจรกลับมาในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁸⁾ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญในการศึกษานี้มีฉันทมติ

“ไม่เห็นด้วย” ในการกำหนดให้มียา epinephrine ในชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น เหตุผลอีกประการหนึ่งคือข้อกำหนดของสมรรถนะบุคลากรผู้ปฏิบัติการซึ่งอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคตถ้ามีการดำเนินงานตามกลยุทธ์ของการเสริมสร้างกรอบความคิดและสมรรถนะของบุคลากรของสถาบันและภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติการในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินในแผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)⁽²⁾

ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ข้อสรุปการพัฒนาข้อเสนอแนะจำเป็นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล คือ สำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ควรเพิ่มยาและการอบรมการใช้ยา 2 รายการ คือ dopamine injection และ nor-epinephrine injection ส่วนการสำรอง epinephrine injection ยังคงเดิมไว้สำหรับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงเท่านั้น และการได้รับ epinephrine ภายใน 10 นาทีหลังจากเรียกชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตร่วมกับมีอาการทางคลินิกที่ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้ช้ากว่า 10 นาที

การสำรองยาควรพิจารณาตามบริบทของพื้นที่ผ่านทีมสหวิชาชีพ และระบบการจัดหา (supply) ควรจะเป็นการสำรองกล่องไว้ที่ห้องหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินพร้อมใช้เมื่อต้องออกเหตุ ผู้ปฏิบัติการหรือเภสัชกรห้องยาทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้ยาและจัดเตรียมยาให้พร้อมใช้หลังออกเหตุเสร็จเรียบร้อยทุกครั้ง ข้อเสนอเชิงนโยบายของการจัดการบัญชาจำเป็นของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน คือให้จัดเป็นกล่องยาฉุกเฉินตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม หน่วยปฏิบัติ

การประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงมีหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินตามช่วงเวลาที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น โดยต้องปฏิบัติตามมาตรา 28 และต้องมีการดำเนินการปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประกาศกำหนดตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ภายใต้การกำกับตามการอำนวยความสะดวกอย่างเคร่งครัด⁽²⁾

การพัฒนาข้อเสนอบัญญัติยาจำเป็นในภาวะฉุกเฉินในระยะต่อไปควรเพิ่มเติมข้อมูลให้ครอบคลุมในกลุ่มอาการนำประเภทภาวะการบาดเจ็บ (trauma) ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ภาวะฉุกเฉินจากพิษ (toxicological emergency) และภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวช (ob-gyn emergency)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ภายใต้แผนงานการวิจัยและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินสู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) ปีงบประมาณ 2565 ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันต่างๆ นักวิชาการจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ แพทย์ นักฉุกเฉินการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และทีมนักวิจัยที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยจนสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์

References

1. Buriwong R, Cheecharern S, Puengprasert S, Kotnarin R, Thanetphonkun R, Yothasamut K, et al. Guideline for ER service delivery [internet]. Nonthaburi: Department of Medical Service, Ministry of Public Health; 2018. [cited 2022 Jan 10]. Available form: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population_Health/Attach/25621021104538AM_55.pdf?contentId=18327. (in Thai)
2. Strategic plan of the National Institute of Emergency Medicine for 20 years (2018-2037) [internet]. Bangkok: National

- Institute of Emergency Medicine; 2018 [cited 2022 Sep 6]. Available form: https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256206251325543945_1015dxGgteyAeCQL.pdf. (in Thai)
3. Suriyawongpaisarn P, Srithamrongswat S, Atiksawedparit P. Project to follow up on emergency critical illness policy, everyone has rights. (UCEP) [internet]. Bangkok: Department of Community Medicine Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2018 [cited 2022 Sep 6]. Available form: https://www.niems.go.th/1/Upload/migrate/File/256106250908298469_yKGZW5dwPt0WkUOU.pdf. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. KPI of Ministry of Public Health [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2022 Sep 6]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/>. (in Thai)
5. Sukhonthasan A. Guideline treatment of acute ST-elevation myocardial Infarction. In: Sukhonthasan A, editor. Practice guidelines in cardiology. Chiang Mai: Trick Think; 2009. (in Thai)
6. Kim HK, Ahn Y. Mortality Trends of cardiovascular disease in Korea; big challenges in ischemic heart disease. Korean Circ J. 2015;45(3):192-3.
7. Henry JA, Reingold AL. Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg 2012;73(1):261-8. doi: 10.1097/TA.0b013e31824bde1e.
8. Aramrerng P, Sutham K, Wittayachamnankul B, Kaewpaengchan W, Laosuksri W, Sairai R, et al. Survival of out-of-hospital cardiac arrest of traumatic patients who received medical care from emergency medical service system. J Health Syst Res 2020;14(1):43-50. (in Thai)
9. Wiewseaw W, Chotklom P, Sirawan S, Yuttiban J, Dairoop S, Nimma S, et al. Standard and protocol in the system of emergency medicine. Nonthaburi: Emergency Medical Institute of Thailand, Ministry of Public Health; 2010. (in Thai)
10. Calvillo EJ, Broccoli M, Risko N, Theodosios C, Totten VY, Radeos MS, et al. Emergency care and health systems: consensus-based recommendations and future research priorities. Acad Emerg Med 2013;20(12):1278-88.
11. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. Qual Health Res 2012;22:1435-43.
12. Kosciak C, Pinawin A, McGovern H, Allen D, Media DE, Ferguson T, et al. Rapid epinephrine administration improves early outcomes in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation

- 2013;84(7):915-20.
13. Cantrell CL, Hubble MW, Richards ME. Impact of delayed and infrequent administration of vasopressors on return of spontaneous circulation during out-of-hospital cardiac arrest. *Prehosp Emerg Care* 2013;17(1):15-22.
 14. Tanaka H, Takyu H, Sagisaka R, Ueta H, Shirakawa T, Kinoshi T, et al. Favorable neurological outcomes by early epinephrine administration within 19 minutes after EMS call for out-of-hospital cardiac arrest patients. *Am J Emerg Med* 2016;34(12):2284-90.
 15. Ueta H, Tanaka H, Tanaka S, Sagisaka R, Takyu H. Quick epinephrine administration induces favorable neurological outcomes in out-of-hospital cardiac arrest patients. *Am J Emerg Med* 2017;35(5):676-80.
 16. Hansen M, Schmicker RH, Newgard CD, Grunau B, Scheuermeyer F, Cheskes S, et al. Time to epinephrine administration and survival from nonshockable out-of-hospital cardiac arrest among children and adults. *Circulation* 2018;137(19):2032-40.
 17. Homma Y, Shiga T, Funakoshi H, Miyazaki D, Sakurai A, Tahara Y, et al. Association of the time to first epinephrine administration and outcomes in out-of-hospital cardiac arrest: SOS-KANTO 2012 study. *Am J Emerg Med* 2019;37(2):241-8.
 18. Lupton JR, Schmicker R, Daya MR, Aufderheide TP, Stephens S, Le N, et al. Effect of initial airway strategy on time to epinephrine administration in patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2019;139:314-20.
 19. Okubo M, Komukai S, Callaway CW, Izawa J. Association of timing of epinephrine administration with outcomes in adults with out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA Netw Open* 2021;4(8):e2120176.
 20. Fukuda T, Ohashi-Fukuda N, Inokuchi R, Kondo Y, Taira T, Kukita I. Timing of intravenous epinephrine administration during out-of-hospital cardiac arrest. *Shock* 2021;56(5):709-17.
 21. Nakahara S, Tomio J, Nishida M, Morimura N, Ichikawa M, Sakamoto T. Association between timing of epinephrine administration and intact neurologic survival following out-of-hospital cardiac arrest in Japan: a population-based prospective observational study. *Acad Emergency Med* 2012;19(7):782-92.
 22. Sigal AP, Sandel KM, Buckler DG, Wasser T, Abella BS. Impact of adrenaline dose and timing on out-of-hospital cardiac arrest survival and neurological outcomes. *Resuscitation* 2019;139:182-8.
 23. Funada A, Goto Y, Tada H, Shimojima M, Hayashi K, Kawashiri M, et al. Effects of prehospital epinephrine administration on neurologically intact survival in bystander-witnessed out-of-hospital cardiac arrest patients with non-shockable rhythm depend on prehospital cardiopulmonary resuscitation duration required to hospital arrival. *Heart Vessels* 2018;33(12):1525-33.
 24. Hayashi Y, Iwami T, Kitamura T, Nishiuchi T, Kajino K, Sakai T, et al. Impact of early intravenous epinephrine administration on outcomes following out-of-hospital cardiac arrest. *Circ J* 2012;76(7):1639-45.
 25. Lee CC, Jung YS, Yoon SK. Vasopressin administration in out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med* 2000;36(pt 2):S91.
 26. Li PJ, Chen TT, Zhang JM, Guo M. Clinical study on administration of vasopressin during closed chest cardiopulmonary resuscitation. *Chin Crit Care Med* 1999;11:28-31.
 27. Mukoyama T, Kinoshita K, Nagao K, Tanjoh K. Reduced effectiveness of vasopressin in repeated doses for patients undergoing prolonged cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2009;80(7):755-61.
 28. Gueugniaud P, David J, Chanzy E, Hubert H, Dubien P, Mauriau-court P et al. Vasopressin and epinephrine vs. epinephrine alone in cardiopulmonary resuscitation. *N Eng J Med* 2008;359(1):21-30.
 29. Lindner KH, Dirks B, Strohmer HU, Prengel AW, Lindner IM, Lurie KG. Randomised comparison of epinephrine and vasopressin in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *Lancet* 1997;349(9051):535-7.
 30. Wenzel V, Krismer AC, Arntz HR, Sitter H, Stadlbauer KH, Lindner K. A comparison of vasopressin and epinephrine for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 2004;350(2):105-13.
 31. Ong ME, Tiah L, Leong BS, Tan EC, Ong VY, Tan EA, et al. A randomised, double-blind, multi-centre trial comparing vasopressin and adrenaline in patients with cardiac arrest presenting to or in the Emergency Department. *Resuscitation* 2012;83(8):953-60.
 32. Ducros L, Vicaut E, Soleil C, Le Guen M, Gueye P, Poussant T, et al. Effect of the addition of vasopressin or vasopressin plus nitroglycerin to epinephrine on arterial blood pressure during cardiopulmonary resuscitation in humans. *J Emerg Med* 2011;41(5):453-9.
 33. Stiell IG, Hébert PC, Wells GA, Vandemheen KL, Tang AS, Higginson LA, et al. Vasopressin versus epinephrine for in-hospital cardiac arrest: a randomised controlled trial. *Lancet*



- 2001;358(9276):105-9.
34. Mentzelopoulos SD, Zakynthinos SG, Tzoufi M, Katsios N, Papastylianou A, Gkisioti S, et al. Vasopressin, epinephrine, and corticosteroids for in-hospital cardiac arrest. *Arch Intern Med* 2009;169(1):15-24.
 35. Mentzelopoulos SD, Malachias S, Chamos C, Konstantopoulos D, Ntaidou T, Papastylianou A, et al. Vasopressin, steroids, and epinephrine and neurologically favorable survival after in-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2013;310(3):270-9.
 36. Andersen L, Isbye D, Kjærgaard J, Kristensen C, Darling S, Zwissler S, et al. Effect of vasopressin and methylprednisolone vs placebo on return of spontaneous circulation in patients with in-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2021;326(16):1586-94.
 37. Callaway CW, Hostler D, Doshi AA, Pinchak M, Roth RN, Lubin J, et al. Usefulness of vasopressin administered with epinephrine during out-of-hospital cardiac arrest. *Am J Cardiol* 2006;98(10):1316-21.
 38. Lindner KH, Ahnefeld FW, Grünert A. Epinephrine versus norepinephrine in prehospital ventricular fibrillation. *Am J Cardiol* 1991;67(5):427-8.
 39. Patrick WD, Freedman J, McEwen T, Light RB, Ludwig L, Roberts D. A randomized, double-blind comparison of methoxamine and epinephrine in human cardiopulmonary arrest. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;152(2):519-23.
 40. Morrison LJ, Long JL, Vermeulen M, Schwartz B, Sawadsky B, Frank J, et al. A randomized controlled feasibility trial comparing safety and effectiveness of prehospital pacing versus conventional treatment: 'PrePACE'. *Resuscitation* 2008;76(3):341-9.
 41. Vallentin M, Granfeldt A, Meilandt C, Povlsen A, Sindberg B, Holmberg M, et al. Effect of intravenous or intraosseous calcium vs saline on return of spontaneous circulation in adults with out-of-hospital cardiac arrest: a randomized clinical trial. *JAMA* 2021;326(22):2268-76.
 42. Vukmir R, Katz L. Sodium bicarbonate improves outcome in prolonged prehospital cardiac arrest. *Am J Emerg Med* 2006;24(2):156-61.

บทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย

สุทัศน์ เสียมไหม*
อัญชลี พงศ์เกษตร†
ฟูชัยะห์ หะยี‡
พยงค์ เทพอักษร*
ไพสิฐ บุญยะกวี*
พุทธิพงศ์ บุญชู*
ชวนากร ศรีปรางค์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุทัศน์ เสียมไหม

บทคัดย่อ

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข การวิจัยคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียนผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคในการเตรียมการ การป้องกันและการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 และ 2) ประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญระดับนโยบาย จำนวน 115 คน และผู้ปฏิบัติ จำนวน 139 คน โดยเลือกแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่มและการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผลดำเนินการเตรียมการ การป้องกันและการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ของระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ยังขาดประสิทธิภาพ พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ข้อจำกัดของการจัดตั้งระบบในการเตรียมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ ขาดการเชื่อมแผนแนวทางการดำเนินงาน ทีมทำงานไม่เข้าใจบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ตามกลไกการปฏิบัติงานการประเมินสถานการณ์ การปฏิบัติการ การสื่อสารความเสี่ยง การดูแลรักษาผู้ป่วย การสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุงและด้านกฎหมาย บุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอในการจัดการ มีการจัดการ

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

‡ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Received 1 July 2024; Revised 16 August 2024; Accepted 22 August 2024

Suggested citation: Siammai S, Pongkaset A, Hayee F, Thepakorn P, Boonyakawee P, Boonchu P, et al. Lessons learned from the management for public health emergencies of healthcare system during COVID-19 pandemic in southern border Provinces, Thailand. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):401-26.

สุทัศน์ เสียมไหม, อัญชลี พงศ์เกษตร, ฟูชัยะห์ หะยี, พยงค์ เทพอักษร, ไพสิฐ บุญยะกวี, พุทธิพงศ์ บุญชู และคณะ. บทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):401-26.



ศพผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันโรค วิธีชีวิตความเป็นอยู่/ความเชื่อตามหลักศาสนาเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน การประเมินผลเชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข พบว่า ทุกจังหวัดยังขาดประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรมีการกำหนดนโยบายพร้อมสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ระบบบริการสุขภาพ ให้มีการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุโรคระบาดระดับชาติ ซ้อมแผนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระดับจังหวัด อำเภอ อย่างต่อเนื่อง และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานพิเศษในพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด ผู้นำศาสนาอิสลาม บาบอ โต๊ะครู ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคระบาด

คำสำคัญ: การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข, ระบบบริการสุขภาพ, โควิด-19, ชุมชนมุสลิม, จังหวัดชายแดนใต้

Lessons Learned from the Management for Public Health Emergencies of Healthcare System during COVID-19 Pandemic in Southern Border Provinces, Thailand

Suthat Siammai^{*}, Anchalee Pongkaset[†], Fusiyah Hayee[‡], Phayong Thepaksorn^{*}, Paisit Boonyakawee^{*}, Puttipong Boonchu^{*}, Chavanakorn Sriprang^{*}

^{*} Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[†] Sirindhorn College of Public Health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[‡] Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

Corresponding author: Suthat Siammai, suthat@scphtrang.ac.th

Abstract

The COVID-19 pandemic challenged the management of public health emergencies of health systems. This qualitative research aimed: 1) to study the situation, lessons learned, and challenges in preparedness, prevention, and response to the COVID-19 emergency; and 2) to evaluate the outcomes of emergency management systems during the COVID-19 crisis of the southern border provinces. The participants consisted of 115 policy key informants and 139 practitioners purposively selected. Data collection methods included in-depth interviews, focus group discussions, and brainstorming sessions. The transcribed data were analyzed using content analysis. Results revealed that the preparedness, prevention, and responses to the COVID-19 emergency by the tertiary, secondary, and primary healthcare systems in the five southern border provinces were inadequate. Challenges included limitations in establishing emergency operation centers and incident command systems, lack of preparedness drills according to operational guidelines. Team members did not fully understand their roles and responsibilities within the mission framework (situation assessment, operations, risk communication, case management, medical supplies and logistics, and legal aspects). Additionally, insufficient personnel and budget for proper management of COVID-19 patients and the deceased according to scientific protocols and lifestyle/religious beliefs posed obstacles to disease prevention and control efforts. The evaluation of public health emergency management system revealed that all provinces lacked efficiency in preventing and controlling COVID-19. The Ministry of Public Health should establish policies and allocate necessary resources to enable continuous preparedness drills for national epidemic response plans, emergency operation centers, and incident command systems at the provincial and district levels. Collaborations with special agencies such as the Provincial Islamic Committee Office, Islamic religious leaders, and religious teachers should be fostered to address future epidemics.

Keywords: public health emergency management, healthcare systems, COVID-19, Muslim communities, southern border provinces

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประชากรทั่วโลกอย่างรุนแรงทั้งด้านสุขภาพ ชีวิตและเศรษฐกิจ การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ได้ก่อให้เกิดความท้าทายและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา^(1,2) จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อเดือนตุลาคม 2564 พบว่า มีผู้ป่วยสะสมจาก 210 ประเทศทั่วโลก จำนวน 242,418,924 ราย เสียชีวิต 4,930,682 ราย ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 24 ของโลก มีผู้ป่วยจำนวนสะสม 1,811,852 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวนสะสม 18,486 คน⁽³⁾ โดยวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (public health emergency of international concern: PHEIC) และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยได้ประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยโควิด-19 สะสมตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2564 จำนวน 1,234,487 ราย⁽⁵⁾ เฉพาะภาคใต้มีจำนวน 312,356 ราย สูงเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศไทย รองจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบการแพร่ระบาดในพื้นที่ชายแดนใต้ค่อนข้างรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ติด 4 ใน 5 อันดับจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิดรายใหม่สูงสุดในประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลา⁽⁶⁾ มีรายงานผู้ป่วยสะสมด้วยโรคนี้ ตั้งแต่เริ่มระบาด วันที่ 13 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 ในภาพรวมทั้ง 5 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นจำนวน 184,337 ราย จำแนก

เป็นสงขลา จำนวน 53,539 คน ยะลา จำนวน 43,940 คน ปัตตานี จำนวน 41,540 คน นราธิวาส จำนวน 39,390 คน และสตูล จำนวน 5,928 คน⁽⁶⁾ อีกทั้งยังพบว่าจังหวัดชายแดนใต้ เป็นพื้นที่เสี่ยงที่ต้องควบคุมการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะในจังหวัดยะลาเกิดการระบาดเป็นกลุ่มใหญ่บริเวณมัสยิดยะลา (ศูนย์ตะวัตก์แห่งประเทศไทย มัสยิดอิล – นูร) ในศูนย์กลางของกลุ่มดาวะฮ์ (การเดินทางเผยแผ่ศาสนา) ในจังหวัด ที่ไปรวมตัวกันของนักเรียนในโรงเรียนสอนศาสนาในพื้นที่ มีนักเรียน 500 คน มาจากพื้นที่ 17 จังหวัด ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะเป็นการรวมกลุ่มรับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย และมีการใช้ถาดอาหารหรือแก้วน้ำร่วมกัน จนมีการติดเชื้อมากถึง 402 ราย และกระจายอย่างรวดเร็วสู่ 12 จังหวัดทางภาคใต้⁽⁷⁾ นอกจากนี้ บริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เป็นพื้นที่ติดชายแดนมาเลเซีย ซึ่งประชาชนทั้งสองประเทศไปมาหาสู่กันในการค้าขาย การไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน การไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การศึกษาต่อในต่างประเทศ⁽⁸⁾ ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ในช่วงแรก ส่วนใหญ่เกิดจากการเดินทางกลับจากประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อ 35 ราย และเสียชีวิต 1 ราย⁽⁹⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (emergency operation center: EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) และพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (situation awareness team: SAT) ระดับจังหวัด เพื่อปฏิบัติการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวและข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ real time มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ใบบัญชาการเหตุการณ์และจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันทีตามมาตรฐานสากล⁽¹⁰⁾ จากเหตุการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมานั้น ทำให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดศูนย์



ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในวันที่ 22 มกราคม 2563 และสั่งการให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด เปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (EOC)⁽¹¹⁾ ทั้งนี้การรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มีความซับซ้อนและอุปสรรคมากกว่าโรคติดต่อทั่วไป เนื่องจากธรรมชาติของการเกิดโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ขนาดของปัญหาได้ ความรู้และข้อมูลข่าวสารของปัญหามักจะยังไม่ชัดเจนในระยะต้น ทำให้เกิดความตระหนักในหมู่ประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดของทรัพยากรงบประมาณ บุคลากร การบริหารจัดการในภาวะวิกฤตในระดับต่างๆ ตลอดจนการสื่อสารความรู้และข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชนในวงกว้างเพื่อลดความตื่นตระหนกของประชาชน⁽¹²⁾ โดยเฉพาะการจัดการกับเรื่องโรคหรือภัยที่ไม่เคยเกิดขึ้นในพื้นที่มาก่อน ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหา⁽¹³⁾ อีกทั้งมีรายงานวิจัยที่ระบุว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมียากัด⁽¹⁴⁾ รวมถึงยังมีปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทการจัดการสาธารณสุขภัยที่กำหนด⁽¹⁵⁾ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมระบบจัดการภาวะฉุกเฉินจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกระบบสาธารณสุขในขณะนั้น การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (public health emergency management: PHEM) เป็นกระบวนการในการจัดการเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามที่รวดเร็วและเป็นระบบ ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (recovery) จำเป็นต้องมีการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุขที่จะนำพาความปลอดภัยมาสู่ประชาชน⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม จากรายงานศึกษาของสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

และคณะที่ได้ศึกษาสถานการณ์การดำเนินการของระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่ายังคงมีข้อจำกัดอีกมากในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ กำลังคนด้านสุขภาพขาดขวัญและกำลังใจ รวมถึงการรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อแพร่ระบาดระดับชาติ (pandemic) ที่ยังมีปัญหาความไม่สงบยังเกิดเหตุรุนแรงในพื้นที่ชายแดนใต้⁽¹⁷⁾ โดยพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีรูปแบบการบริหารแบบพิเศษภายใต้ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต) จัดตั้งขึ้นโดยกระทรวงมหาดไทยเมื่อปี พ.ศ. 2524 ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัตินอกเหนือจากกลไกปกติ⁽¹⁸⁾ ขณะที่นโยบายขับเคลื่อนด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มีการควบคุมกำกับพิเศษโดยศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549⁽¹⁹⁾ และยังมีกลไกในระบบราชการของกระทรวงอื่นๆ ในระดับพื้นที่ที่สำคัญ เช่น ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในภาค 4 ส่วนหน้า (กอ.รมน.ภาค 4 ส่วนหน้า) ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

จากความสำคัญของสภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโรคระบาดในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการถอดบทเรียนเพื่อชี้ประเด็นให้เห็นสภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวในเชิงระบบและกลไกต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาบทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ในการเตรียมการ การป้องกัน และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 และการ

ประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ตามกระบวนการ 2P2R (prevention & mitigation, preparedness, response, recovery) ของระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ เพื่อใช้ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์เชิงระบบประกอบด้วย ปัจจัยนำ กระบวนการและผลผลิตในการจัดการภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโรคระบาดระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological research) และการทบทวนเอกสาร (document review) ซึ่งเหมาะสมกับการแสวงหาค้นคว้าเชิงประสพการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ 5 จังหวัด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566

การเลือกพื้นที่ในการศึกษา

การศึกษานี้จะเลือกพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และ สงขลา) โดยใช้วิธีการถอดบทเรียนภายใต้สถานการณ์ภาวะวิกฤติการระบาดของโควิด-19 ส่วนการคัดเลือกพื้นที่อำเภอ ตำบลและชุมชนในแต่ละจังหวัดใช้หลักเกณฑ์พิจารณาเลือกพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 สูงสุด 2 ลำดับแรก เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาวิจัยที่มีความสนใจวิเคราะห์สภาพปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ ระบบสนับสนุนในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหา

การแพร่ระบาดของโควิด-19

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) จำนวน 115 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (กลุ่ม 1, 2) และการอภิปรายกลุ่ม (กลุ่ม 3, 4, 5) ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) 1 คน ผู้บริหารศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) 1 คน ผู้บริหารกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในภาค 4 ส่วนหน้า 1 คน ผู้บริหารสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 สงขลา 2 คน ผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา 2 คน ผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา 2 คน ผู้บริหารศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา 1 คน รวม 10 คน

2. กลุ่มผู้บริหารในการดำเนินการระดับจังหวัด ครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ ทีมผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) 5 คน ทีมผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) 5 คน ทีมผู้บริหารศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.) และชุมชน 5 คน รวมจำนวน 15 คน

3. กลุ่มภาคีวิชาการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนแผนงานและพันธกิจของหน่วยงาน ระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 5 คน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) 5 คน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 5 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 คน รวมเป็น 30 คน

4. กลุ่มผู้นำ แกนนำในการดำเนินการ ได้แก่ บุคคลหรือผู้นำองค์กรระดับจังหวัด อำเภอ หน่วยงานราชการ (5 คน) หน่วยงานท้องถิ่น (10 คน) กลุ่มสื่อสารสาธารณะ (5 คน) เครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้นำ



ชุมชน/ผู้นำศาสนา (10 คน) ที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำในกระบวนการเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติในการบริหารจัดการสถานที่กักกันตัวระดับ state quarantine (SQ), local quarantine (LQ), community isolation (CI), home isolation (HI) 5 จังหวัด จังหวัดละ 6 คน รวมเป็น 30 คน

5. กลุ่มประชาชนที่อาศัยในชุมชนครอบคลุม 5 จังหวัด ได้แก่ กลุ่มแกนนำ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตัวแทนของชุมชนที่คัดเลือกเข้าสู่การศึกษา 15 ชุมชน จำนวน 2 คน/ชุมชน รวมเป็น 30 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิและปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 139 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมองตามประเด็นศึกษาสถานการณ์ ถอดบทเรียนผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินและวิธีในการจัดการปัญหา ตามกรอบแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ตามกระบวนการ 2P2R และผลลัพธ์เชิงระบบ (ปัจจัยนำ กระบวนการ ผลผลิต)

ทั้งนี้องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยคำนึงถึงความอึดตัวของข้อมูลตามประเด็นต่างๆ ของวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) สำหรับกลุ่มผู้บริหาร ผู้นำ แกนนำในการดำเนินการ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย, กลุ่มผู้บริหารในการดำเนินการระดับจังหวัด ลักษณะแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบคำถามปลายเปิด (open-ended question) ตามแนว

ข้อคำถามที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ประเด็นที่ทำการศึกษาคือ 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ 2) ถอดบทเรียนผลการดำเนินการ 3) การป้องกันและลดผลกระทบ 4) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน 5) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 6) การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน 7) การใช้อำนาจร่วมกัน/กลไก 8) การบริหารจัดการ 9) นโยบายของหน่วยงาน 10) การสนับสนุนจากหน่วยงานพิเศษ 11) ปัญหาอุปสรรค 12) ข้อเสนอแนะ

2. แนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ใช้ดำเนินการสนทนากับแกนนำกระบวนการเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มวิชาการ กลุ่มผู้นำ กลุ่มสื่อสารสาธารณะ เครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน ประธาน อสม. ตัวแทนชุมชน ประเด็นที่ทำการศึกษาคือ 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้สถานการณ์แพร่ระบาด 2) ผลการดำเนินการตามนโยบาย 3) ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน 4) การป้องกันและลดผลกระทบ 5) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน 6) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 7) การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน 8) ผลการดำเนินการของระบบสุขภาพ 9) ผลการดำเนินงานของหน่วยงานพิเศษ 10) การใช้อำนาจร่วมกัน/กลไกของหน่วยงาน 11) ปัญหาอุปสรรค 12) ข้อเสนอแนะ

3. เครื่องบันทึกเสียง

4. สมุดจดบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (PHEM) 1 คน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วย ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของ

เนื้อหา แล้วนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์เชิงลึก/แนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่มย่อย ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC มีค่าเท่ากับ 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง (brain storming) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) โดยมีขั้นตอนทำหนังสือเชิญประชุมแยกรายจังหวัด 2 วัน/จังหวัด ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม ครั้งละ 45–60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล มีการบันทึกเสียง และถอดเทปหลังการประชุม ผู้วิจัยตรวจสอบความหลากหลายและความอึดตัวของข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 1) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาจัดระเบียบข้อมูล และจัดสาระสำคัญเป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อตามประเด็นคำถาม และเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ เข้าด้วยกัน 2) เข้ารหัสและจัดหมวดหมู่ กำหนดรหัสของข้อมูลเพื่อจัดระเบียบทางเนื้อหา และจัดหมวดหมู่เพื่อจำแนกประเภท โดยการตีความตรวจสอบความหมายและสร้างข้อสรุปจากกระบวนการตีความ 3) วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยที่นำไปสู่ประเด็นหลักที่ต้องการ นำเสนอในลักษณะพรรณนา (descriptive explanation)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

กำหนดความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) สร้างความน่าเชื่อถือของผู้วิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) เกิดความไว้วางใจในการ

ให้ข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการศึกษาวิจัย 2) สัมภาษณ์เก็บข้อมูลแบบเจาะลึกแบบเป็นธรรมชาติและไม่เร่งรัดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ มีการถามซ้ำเพื่อยืนยันข้อมูลกรณีได้ข้อมูลยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ และ 3) มีการสังเกตขณะสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลโดยการบันทึกเป็นระยะๆ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) จาก 2 แห่ง คือ 1) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง หนังสือรับรอง P002/2566 ลงวันที่ 30 มกราคม 2566 และ 2) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หนังสือรับรอง PSU-HREC-2023-020-2-1 ลงวันที่ 21 กันยายน 2566 จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาด้านการถอดบทเรียน ผลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค ในการเตรียมการป้องกัน และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

1.1 ข้อมูลสรุปจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารในการดำเนินการระดับจังหวัด กลุ่มวิชาการ กลุ่มผู้นำและประชาชน ให้ข้อมูลผลการดำเนินการของหน่วยงานระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM) กรณีโควิด-19 ในพื้นที่ 5



จังหวัดชายแดนใต้ แยกตามขั้นตอน 2P2R สรุปดังนี้

1. การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation)

การป้องกันและลดผลกระทบ เป็นการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยลดโอกาสการระบาดของโรค และลดผลกระทบของโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินให้น้อยลง ซึ่งรวมถึงการจัดวางระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้มีสมรรถนะและมีขีดความสามารถเพื่อเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลสรุปได้ว่า ทุกหน่วยงานมีการดำเนินการตามบทบาทของตนเองเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 ตามโครงสร้างการออกแบบ คือ โรงพยาบาลจะรับงานรักษาเป็นหลัก รวมถึงงานป้องกันที่สำคัญคือ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีน การสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน ส่วน สสอ. รพ.สต. ทำการตรวจคัดกรองและควบคุมป้องกันโรค แต่มีการปรับบทบาทการทำงานในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินโรคระบาด มีการให้ข้อมูลข่าวสารประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุด มีการตั้งด่านอำเภอ ด่านของชุมชนในการคัดกรองโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด โรงพยาบาลให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการป้องกันตนเองประโยชน์ของวัคซีน ในการลดความรุนแรงของโรค บริหารจัดการระบบบริการเพื่อรักษาพยาบาลให้มีผลกระทบน้อยที่สุด โดยผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน อาจมีการเลื่อนการพบแพทย์ มีการส่งยาทางไปรษณีย์ ในส่วนของท้องถิ่นมีการใช้งบประมาณของตนเองในการบริหารจัดการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เช่น การจัดซื้อชุดตรวจ ATK (antigen test kit) ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การป้องกันเป็นบทบาทหลักของโรงพยาบาลคือการให้ประชาชนเข้าถึงวัคซีนมากที่สุด และให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการป้องกันตนเอง ประโยชน์ของวัคซีน ในการลดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ต้องบริหารจัดการ ระบบบริการ เพื่อรักษา

พยาบาลให้มีผลกระทบน้อยที่สุด โดยตอนช่วงโควิด เคสที่ไม่ใช่เคสด่วน ต้องเลื่อนการผ่าตัด หรือเลื่อนการพบแพทย์ แต่สามารถให้การรักษาได้ โดยใช้การส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น และในการป้องกันของเจ้าหน้าที่ มีการแบ่งระดับในการป้องกัน การใช้อุปกรณ์ป้องกันต่างๆ ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ต่างๆ การแยกกักตัว และการงดการเดินทางเข้าสู่พื้นที่เสี่ยง เป็นต้น การ screen ก่อนเข้าโรงพยาบาล” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“โดยตามโครงสร้างการออกแบบ คือ โรงพยาบาลจะรับงานรักษาเป็นหลัก ส่วน สสอ. รพ.สต. ทำการตรวจคัดกรอง ควบคุมโรค การทำงานตรงไปตรงมา สุดท้ายควบคุมโรคคือการกักตัว เพราะรักษาคือการกักตัว ตอนนั้นการควบคุมโรคไม่รู้จะทำอย่างไร เพราะมีผู้ติดเชื้อมาก ทั้งอำเภอเป็น 2 หมื่นคน จากประชากร 1 แสนคน เสียชีวิต 120 คน ส่วนใหญ่เป็นคนกลุ่ม 608 อายุ 60 ขึ้นไปทั้งหมดที่เสียชีวิต” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 1)

“ในการป้องกัน โรงพยาบาลมีบทบาทหลักเรื่องของวัคซีนตามหลักการ 2P2R และมีส่วนร่วมสื่อสารความเสี่ยงกับจังหวัดเพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชนให้มีมาตรการป้องกันตนเอง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป คนที่ 1)

“การดำเนินการตามแนวทางการป้องกันโรคของ ศบค. [ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019] จังหวัด ได้แก่ การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางจากต่างจังหวัด การติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยสนับสนุนการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค ได้แก่ การจัดตั้งหน่วยฉีดวัคซีนในชุมชน และในสถานบริการ” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“อำเภอยะหาช่วงแรกของการระบาดเป็นการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยง พบว่ามีผู้เสียชีวิตรายแรกของอำเภอยะหา ทำให้สาธารณสุขร่วมระดมกำลังคนลงไปคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ป่วย ซึ่งในช่วงนั้นยังคงมีกิจกรรมกลุ่มการรวมตัวของคนหมู่มากในชุมชน เช่น งาน

ศพ งานแต่งงาน เป็นต้น” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 2)

“มีทีมงานในการปฏิบัติงานจากทุกภาคส่วน ส่วนที่สำคัญคือบุคลากรจาก รพ.สต. ร่วมกันคัดกรองโรคกลุ่มเสี่ยง โดยการดำเนินการในช่วงที่มีการระบาด ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยในช่วงเวลาเช้าของทุกวัน โดยมีการแบ่งกำลังเจ้าหน้าที่ร่วมกันคัดกรองโรค ทุกคนร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรค และทุ่มเททำงานด้านคัดกรองโรคเต็มความสามารถตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 2)

2. การเตรียมการรับมือ (preparedness)

เป็นระยะที่ต้องเตรียมความพร้อมและพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในทุกด้านก่อนเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรค ได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การเตรียมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและการซ้อมแผน การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การจัดการและเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา วัคซีน และเวชภัณฑ์และระบบการขนส่งการเตรียมระบบประสานการทำงานร่วมกับเครือข่าย

การเตรียมการรับมือของสถานพยาบาลนั้น มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องคนและทรัพยากรอื่นๆ ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน รวมถึงการซ้อมแผนรองรับโควิด-19 แม้จะไม่ได้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุรองรับก่อนเกิดการระบาดโควิด-19 ก็ตาม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในทุกจังหวัด แต่ในบทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการดำเนินการซ้อมแผนรองรับโควิด-19 ในภาพของโรงพยาบาลในระยะหลัง สำหรับการคัดกรอง สอบสวนโรค ในส่วนของการบริหารจัดการมีการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน ทั้งเชิงรับและเชิงรุก เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยให้ได้มาก

ที่สุด เพื่อควบคุมการระบาดของโรค เตรียมความพร้อมในเรื่องทรัพยากรโดยวิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาแนวทางการป้องกันควบคุมโรค เตรียมวัสดุอุปกรณ์ทั้งจากการรับบริจาคและร่วมกันผลิตเอง การทำหน้ากากอนามัยโดยการนำผ้าที่เป็นการสร้างรายได้ให้กับชุมชน สร้างจิตอาสาให้มาร่วมกันทำหน้ากากอนามัยและดูแลประชาชน ให้ความรู้กับประชาชน ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรอบรู้และป้องกันตนเอง เตรียมสถานที่ จัดตั้ง LQ, CI, จุด swab เตรียมศักยภาพบุคลากร ในการ swab มีการจัดกำลังคนใหม่ ปรับการให้บริการ ลดคนลงบางจุด เพื่อไปช่วยในงานที่ต้องการเพิ่มอัตรากำลัง เช่น การสอบสวนโรค การเตรียมชุมชนและสร้างเครือข่าย ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การเตรียมรับมือ ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องทรัพยากรทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งตอนระบาด มีหน่วยงานภายนอกและประชาชน ร่วมในการบริจาคเครื่องมือทางการแพทย์ และสิ่งของต่างๆ มาให้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ก็เป็นเรื่องกำลังคนที่ต้องปรับการบริการ ลดคนลงบางจุด เพื่อไปช่วยในงานที่ต้องการเพิ่มอัตรากำลัง การเตรียมสถานที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นห้อง negative pressure หรือ โรงพยาบาลสนาม” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ สามารถดำเนินการช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้” (ผู้บริหารหน่วยงานพิเศษจังหวัดชายแดนใต้ คนที่ 1)

“จุดแข็งของโรงพยาบาลสตูล จะมีการซ้อมแผนรองรับผู้ป่วยที่กลับมาจากพิธีฮัจญ์ทุกปี แต่การจัดซ้อมแผนรองรับโควิด-19 ยังไม่มี จะมาเริ่มซ้อมแผนปีที่มีการระบาดโควิด-19 โดยล่าสุดมีการซ้อมแผนรองรับโควิด-19 ในภาพของโรงพยาบาล ในปี 2567 เน้นการคัดกรอง สอบสวนโรค ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป คนที่ 1)

“วิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาแนวทางการป้องกันควบคุมโรค เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เตรียมสถานที่ จัดตั้ง LQ, CI, จุด swab เตรียมศักยภาพบุคลากร ในการ swab



สอบสวนโรค เตรียมชุมชน และเครือข่าย” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“การที่จะแก้ความเชื่อทางศาสนาของชายแดนใต้จะแก้ไม่ได้ในส่วนของความรู้ เพราะความรู้ทางวิทยาศาสตร์พวกเขาจะไม่เชื่อ ต้องแก้ด้วยความศรัทธาต่อหมอ ต่อผู้นำศาสนา บางครั้งอาจจะไม่ต้องมาแก้ แค่ทำให้พื้นที่เจริญขึ้นทำให้พวกเขาเข้าสู่โลกปัจจุบัน ทำหมู่บ้านให้เชื่อมต่อกับโลกปัจจุบันแล้วมันจะแก้ไปเอง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 1)

“ร่วมกันจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในพื้นที่ มีการจัดกำลังคนเข้าไปดูแล” (ปลัดจังหวัด คนที่ 1)

“จัดตั้งศูนย์ LQ ให้กับกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ” (ปลัดเทศบาลตำบล คนที่ 1)

“ในเรื่องของการจัดการศพ พื้นที่มายอมีปัญหาเยอะมาก ทางมุสลิมตามหลักศาสนาในการฝังศพจะต้องไม่มีห่อศพนอกจากผ้าขาว แต่เมื่อสถานการณ์โควิดต้องมีการนำศพใส่ถุงซิปล็อค ทำให้ญาติรับไม่ได้ คนหน้างานจะมีปัญหาเยอะมากกับญาติคนไข้ เพราะต้องทำตามนโยบาย บางครั้งนโยบายก็ไม่ชัดเจน จึงขอแนวทางที่ชัดเจน ให้จุฬาราชมนตรีประกาศให้ชัดเลยว่า แนวทางในการจัดการศพจะต้องปฏิบัติอย่างไร” (อภิปรายกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คนที่ 1)

“ในช่วงแรกๆ บางครอบครัวมีการลักลอบอาบน้ำศพ มีผู้ติดเชื้อจากการอาบน้ำศพนี้ไปด้วย การจัดการศพจะมี 2 กรณี เสียชีวิตที่บ้านและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ถ้าเสียชีวิตที่บ้านจะมีทีม อบต. [องค์การบริหารส่วนตำบล] ที่ผ่านการอบรม ไปจัดการศพที่บ้านในการห่อถุงซิปล็อค ส่วนกรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาลทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดการศพให้” (อภิปรายกลุ่มกู้ชีพ กู้ภัย คนที่ 1)

“ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้นำศาสนาจะด้อยมากในเรื่องโควิด และที่สำคัญทางคณะกรรมการอิสลามใน 3 จังหวัดไม่มีความเข้มงวดในเรื่องโควิด ทำให้โต๊ะอิหม่ามที่ไม่เข้าใจหรือไม่เข้มงวดไปด้วย ก็ไม่ได้มีการให้ความร่วมมืออะไร เพราะโต๊ะอิหม่ามมีวิธีการเยอะในการเข้าหาชาวบ้าน

ได้มากกว่ากำนันผู้ใหญ่บ้าน” (อภิปรายกลุ่ม, กำนัน คนที่ 1)

“กรรมการอิสลามจังหวัดมีการเข้าร่วมน้อยมาก เพราะว่าปลัดมีการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคพร้อมกับนายอำเภอตลอด คณะกรรมการอิสลามเข้าประชุมบ้างไม่เข้าประชุมบ้าง เวลาสื่อสารในที่ประชุมในให้มีการไปสื่อสารกับโต๊ะอิหม่าม และได้มีการไปถามโต๊ะอิหม่ามว่าคณะกรรมการได้มีการแจ้งอะไรให้ทราบบ้าง ก็มีการตอบรับมาว่าไม่ได้มีการแจ้งหรือคุยอะไรให้ทราบเลย” (ปลัดอำเภอ คนที่ 2)

3. การตอบโต้ (response)

การดำเนินการตอบโต้ ตามแผนจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ดำเนินการติดตามเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ส่งทีมเข้าพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือและบรรเทาความสูญเสียต่อสุขภาพของผู้ประสบเหตุ และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคระบาด หรือผลแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และสื่อสารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม ซึ่งในการดำเนินการจะระดมทรัพยากรที่เตรียมพร้อมไว้เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน มีการเปิดศูนย์ EOC เพื่อกระตุ้นการทำงานตามกลองการกิจต่างๆ ของภาคสาธารณสุข ในส่วนของการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินฯ ระดับจังหวัด จะใช้กลไกของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ส่วนระดับตำบล หมู่บ้าน จะมีการบริหารเฉพาะ เช่น อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี จะมีชุดปฏิบัติการตำบล บริหารโดยหัวหน้าปลัดประจำตำบลเป็นประธาน สำหรับการมี ศอบต., กอ.รมน., ศบ.สต.หน่วยงานพิเศษในพื้นที่ชายแดนใต้ มีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในลักษณะของการสนับสนุนงบประมาณ กำลังคนทหาร อาคาร สถานที่

ยานพาหนะ ด้านตรวจ แต่พบข้อจำกัดในหลายประเด็น เช่น ปัญหาการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือ ต่างคนต่างทำ การบูรณาการความร่วมมือยังไม่มากพอ การจัดสรรทรัพยากรกระจายไม่ทั่วถึง ส่วนในระดับสถานพยาบาล มีการดำเนินการโดยโรงพยาบาลที่ต้องทำทั้งในเรื่องการรักษาโรค ดูแลผู้ป่วย จัดตั้งคลินิกเฉพาะระบบทางเดินหายใจ (acute respiratory infection: ARI) ต้องบริหารจัดการให้มีเตียงเพียงพอรองรับผู้ป่วย การจัดหายาด้านไวรัสและเครื่องมือต่างๆ ให้เพียงพอ ประชุม EOC เพื่อเป็นหลักในการจัดการวางแผน ปรับแผนต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมาทั้ง EOC โรงพยาบาล EOC จังหวัด และ EOC เขต มีการแลกเปลี่ยนความร่วมมือกับสาธารณสุขเรื่องการป้องกันโควิด-19 เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง เนื่องด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีและบริบททางศาสนาอิสลามมีผลต่อการระบาดของโควิด-19 อย่างมาก จากข้อมูลพบว่า ต้นตอการระบาดของจังหวัดชายแดนใต้ เกิดจากการรวมกลุ่มพิธีกรรมทางศาสนาอิสลาม ประกอบกับระบบแนวทางการเฝ้าระวังโรค/การแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มเผยแพร่ศาสนา (ดawah) ที่มีการรวมกลุ่มในที่แหล่งชุมนุม (มัสกิด) ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย โดยสรุปมีการดำเนินการตอบโต้ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ทรัพยากรบุคคลตอนนั้นไม่พอ จึงขอมาจากชาวบ้าน กำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จากตำรวจ จากทหาร เอามาช่วย ให้เขาเรียนรู้ เอา อสม. มาคุยโดยเฉพาะการตั้งหน้าด่าน เอามาเสริม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนไม่พอตลอด” (รองผู้ว่าราชการจังหวัด คนที่ 1)

“สนับสนุนและเป็นตัวแทนหรือเป็นสื่อกลางเพื่อสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดวัสดุอุปกรณ์ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในเขต 5 จังหวัดชายแดนใต้” (ผู้บริหารหน่วยงานพิเศษจังหวัดชายแดนใต้ คนที่ 2)

“จังหวัดปัตตานีจะใช้กลไกของคณะกรรมการ ศปก. จังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการเป็นประธาน เลขาเป็นนาย

แพทย์ใหญ่ ตัวคำสั่ง หรือโครงสร้างจะไม่มีคณะกรรมการอิสลามจังหวัด แต่จะเป็นการเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อหา นโยบายด้วยกัน ใน ศปก. จังหวัดไม่มีคณะกรรมการอิสลามจังหวัด” (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คนที่ 1)

“ตัวชี้วัด EOC ต้องมีข้อมูลแผน แต่ไม่มีใครข้อมก็เลยไม่ผ่าน ตัวชี้วัดจะมีทั้งหมด 8 ตัวชี้วัด ถ้าไม่ผ่านตัวใดตัวหนึ่ง คือ ไม่ผ่าน” (ผู้แทนหน่วยงานศูนย์วิชาการเขต คนที่ 1)

“กรรมการโรคติดต่อจะเป็น พรบ. ที่ออกมาโดยส่วนกลาง บางครั้งไม่ได้มองในมิติของพื้นที่ 3 จังหวัดอย่างเดียว เพราะว่าโดยส่วนใหญ่ 99% เป็นของไทยพุทธเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อเกิดการระบาดหนักทำไม 3 จังหวัดอยู่ในอันดับต้นๆ ตลอด ศาสนามีส่วนเพราะว่า ศาสนามีการรวมกลุ่มกันค่อนข้างสูง ทุกๆ วันศุกร์ หรือว่าเวลามีกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม ทางภาครัฐไม่สามารถที่จะไปห้ามได้ในการทำพิธีศาสนา ไม่กล้าไปแตะ โดยที่พวกเขาต้องยอมรับกันเอง” (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คนที่ 1)

“จังหวัดสตูลจะใช้ EOC แคของ สสจ. ส่วนจังหวัดจะใช้คณะกรรมการโรคติดต่อในภาพจังหวัด ต่อมาภายหลังจะใช้ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด ที่มีตัวแทนภาคประชาชน ผู้นำศาสนา คณะกรรมการอิสลามจังหวัด และสภาอุตสาหกรรม เข้าร่วมเป็นกรรมการหมด นอกจากนี้มีการจัดตั้ง EOC ของโรงพยาบาล มีล่องการกิจต่างๆ ที่ได้แนวทางมาจาก สสจ. สามารถใช้ประโยชน์ได้มาก แต่บทบาทหน้าที่ ความรู้ความเข้าใจในล่องการกิจต่างๆ ยังไม่เต็มที่ 100%” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป คนที่ 1)

“ก่อนการระบาดของโควิด-19 การบริหารจัดการระดับอำเภอใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่ตอนที่โควิด-19 ระบาดใหญ่ จะใช้คณะกรรมการโรคติดต่อ โดยสมาชิกกรรมการก็มาจาก พชอ.” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 3)

“ในการตอบโต้ที่นั้น โรงพยาบาลต้องทำทั้งในเรื่องการรักษาโรค ดูแลผู้ป่วย ต้องบริหารจัดการให้มีเตียงเพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วย admit การจัดหายาด้านไวรัสและ

เครื่องมือต่างๆ ให้เพียงพอ นอกจากนี้ที่ต้องทำควบคู่กันไปคือการสร้างภูมิคุ้มกันวัคซีนในประชาชนเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค ต้องปรับการให้บริการตามแผนบริหารความต่อเนื่องภายใต้ภาวะวิกฤต [business continuity plan: BCP] ที่วางไว้ ใช้การประชุม EOC เป็นหลักในการจัดการวางแผน ปรับแผนต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมามีทั้ง EOC โรงพยาบาล EOC จังหวัด และ EOC เขต” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“โรงพยาบาลจะมีห้อง negative pressure 1 ห้อง สภาพห้องยังใช้ได้อยู่ ได้มาจากสมัยเกิดโรคซาร์ส ทุกโรงพยาบาลจะมีห้อง negative pressure นี้ได้เรียนรู้ว่าไม่ต้องใช้ห้อง negative pressure ก็ได้ ให้ทำการปิด ward ทั้งชั้นและใส่ชุด PPE [personal protective equipment] เข้าปฏิบัติงานด้านใน ในช่วงหลังมีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมาก หัวใจสำคัญของความสำเร็จในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 คือ โรงพยาบาลสนาม เพราะต้องควบคุมโรคด้วยการกักโรคเท่านั้น โรงพยาบาลจะนะมีการทำโรงพยาบาลสนามร่วมกับมหาดไทยโดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเป็นหลัก สถานที่เป็นของมหาดไทย ดูแลความปลอดภัย แต่การบริหารจัดการเป็นของโรงพยาบาล ส่วนมหาดไทยจะทำ LO เป็นหลัก” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คนที่ 1)

“การจัดตั้ง state quarantine (SQ), local quarantine (LQ) การจัดตั้งจุด swab ที่ สสอ. จัดตั้งจุดฉีดวัคซีนเชิงรับและเชิงรุก ด้านระหว่างอำเภอและด้านจังหวัด เพื่อลดการเคลื่อนย้ายประชากร สนับสนุนการจัดตั้ง HI, CI, รพ.สนาม ควบคุมโรคโดยหลัก bubble and seal จัดทำสายด่วนรับเรื่องโควิด-19” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“คนมายอ จะฟังบาบอมากกว่าโต๊ะอิหม่าม โต๊ะครูใหญ่ หรือจุฬาราชมนตรี เพราะฉะนั้นแสดงว่า บาบอเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องไปเชิญท่านมา บาบอเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ในมุมมองของชาวบ้านเค้าถือว่าโต๊ะอิหม่ามจะเป็นคนของรัฐ บาบอจะอยู่กลางๆ แต่بابอในพื้นที่ที่เจคือ บาบอสายแข็ง มีความเข้าถึงยาก ปฏิเสธทุกอย่าง

ของรัฐ บาบอของ 3 จังหวัดจะมีจุดศูนย์รวมที่ใหญ่ที่สุด” (พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 1)

“เมื่อมีเคสผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต. ประสานมายัง อสม. ให้ลงพื้นที่ไปพบบ้านผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำแยกกักตัวกับคนในครอบครัว โดยพาตัวไปแยกกักตัวที่โรงพยาบาลสนาม ต่อมาในภายหลังโรงพยาบาลสนามรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยทุกตำบลไปรวมที่เดียวกัน จึงทำให้มีการดำเนินการเปิด CI ที่อบต. เพื่อรองรับผู้ป่วย รวมถึงคนกลุ่มเสี่ยงให้มาอยู่ใน CI ด้วย มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. มาอยู่เวรเฝ้าระวัง ให้ความสะดวก” (กลุ่ม ประธาน อสม. คนที่ 1)

4. การฟื้นฟู (recovery)

เป็นระยะหลังจากที่ความเสียหายหรือความสูญเสียจากเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้รับการแก้ไขและบรรเทาแล้ว เป็นการฟื้นฟูให้พื้นที่กลับสู่ภาวะปกติหลังจากดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแล้ว ผู้รับผิดชอบเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินต้องเตรียมการเพื่อการฟื้นฟู ได้แก่ เตรียมปิดตัวสถานที่พักพิงชั่วคราวในพื้นที่เตรียมเปิดระบบให้บริการสุขภาพของพื้นที่ในภาวะปกติ ประชาชนในพื้นที่เริ่มใช้ชีวิตในภาวะปกติ ทิมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเตรียมถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงานที่ปกติและเตรียมถอนตัวออกจากพื้นที่

การฟื้นฟูจะมีการดูแลประชาชนที่หายจากโควิด-19 มีการช่วยเหลือประชาชนในเรื่องการขนส่ง จากโรงพยาบาลสนามไปยังบ้าน หลังหายป่วย มีการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้กำลังใจครอบครัว และให้ความรู้ในการป้องกันโรคระบาด (โควิด-19) มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์ LQ มีการเยี่ยมญาติให้เจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ส่งเสริมการมีรายได้และมีการสร้างรายได้ให้กับประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา เช่น การสร้างอาชีพการทำ delivery หลากยະลา ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“วง recovery คือ เมื่อการแพร่ระบาดลดลง ก็มา

ดูว่าการจัดบริการภาคส่วนใดที่มีผลกระทบ เช่น เคนผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนผ่าตัด ก็ค่อยๆ ปรับให้การใช้ห้องผ่าตัด มีการปรับอัตรากำลัง และปรับบริการต่างๆ เข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด มีการเยียวยาให้เจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ คนที่ 1)

“การสร้างรายได้กับประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา เช่น การสร้างอาชีพการทำ delivery หลากย่น การดูแลประชาชนที่หายจากโควิด-19 มีการติดตามดูแลโดยทีม อสม. ที่เข้มแข็งแต่ละชุมชน” (นายกเทศมนตรีนครคนที่ 1)

“แจกถุงยังชีพสำหรับผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลสนาม และพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพแบบ new normal” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 1)

“ช่วยเหลือประชาชนในเรื่องการขนส่ง จากโรงพยาบาลสนามไปยังบ้าน หลังหายป่วยจากโรงพยาบาลสนาม โดยมีกำลังคน ของ อส. [กองอาสาสมัครดินแดน] และสนับสนุนรถยนต์เพื่อการใช้งาน” (ปลัดจังหวัด คนที่ 1)

“มีการเยียวยาให้เจ้าหน้าที่ปกครองที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด และมีการปรับอัตรากำลัง และปรับบริการต่างๆ เข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด” (ปลัดอำเภอ คนที่ 1)

“การเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์ LQ” (ปลัดเทศบาลตำบล คนที่ 1)

“มีการติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลให้กำลังใจครอบครัว และให้ความรู้การป้องกันโรคระบาด (โควิด-19)” (สาธารณสุขอำเภอ คนที่ 2)

1.2 ข้อมูลสรุปจากประชุมถอดบทเรียนระดมสมองผู้ปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติและภาคีในระบบสุขภาพที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน จำนวนรวม 139 คน เป็นจังหวัดยะลา 29 คน จังหวัดปัตตานี 28 คน จังหวัดนราธิวาส 29 คน จังหวัดสงขลา 25 คน และจังหวัดสตูล 28 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

คือ 90 คน (ร้อยละ 64.8) เป็นเพศชาย 49 คน (ร้อยละ 35.3) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขคือ 97 คน (ร้อยละ 69.8) รองลงมาเป็น พยาบาลวิชาชีพคือ 18 คน (ร้อยละ 13.0) ส่วนที่เหลือดำรงตำแหน่งรองนายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพ.สต. ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานท้องถิ่น หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มี 3 ระลอก กล่าวคือ ระลอกที่ 1 ปี 2563 พบรายงานเคสยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รายแรก ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี จากการสอบสวนพบว่ามีกรณีติดเชื้อโควิด-19 มาจากกลุ่มโยร์ที่ได้ไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศมาเลเซีย ส่วนช่วงหลังจากนั้นไปติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มมัสกัสที่จังหวัดยะลา ระลอกที่ 2 ปี 2564 จากการมีข่าวการระบาดของโควิด-19 ในสนามมวยลุมพินีเป็นการระบาดของสายพันธุ์ delta ทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นจากระลอกแรก รับผู้ป่วยจาก กทม. เนื่องจากเป็นช่วงที่ กทม.กำลังระบาด ช่วงวันหยุดยาวสงกรานต์ ระลอกที่ 3 ปี 2565 เป็นการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน เริ่มจากการผ่อนคลายมาตรการ ผับบาร์เริ่มเปิดมีการระบาดใน กทม. และมีการเดินทางข้ามจังหวัดเข้ามาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

การถอดบทเรียนในการเตรียมการ การป้องกัน และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ตามหลักการ 2P2R ประกอบด้วย การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (recovery) แยกตามระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ได้ข้อสรุปผลการดำเนินการและสภาพปัญหาอุปสรรค ดังตารางที่ 1-3 ดังนี้



ตารางที่ 1 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการตติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
1. การป้องกันและการลดผลกระทบ (prevention & mitigation)	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดมีการกำหนดแผนรองรับการป้องกันและลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคระบาดระดับชาติ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคซาร์ส โรคเมอร์ส - ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดในช่วงแรก ช่วงหลังเปลี่ยนเป็น ศบค.จ. โดยมี ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขาธิการ - จังหวัดที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศ ได้แก่ นราธิวาส ยะลา สงขลา และสตูล มีการเตรียมความพร้อมด้านมาตรการการควบคุมการเข้าออกของด่านตรวจคนเข้าเมือง - สถานพยาบาลเฝ้าระวังผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (people under investigation: PUI), ชุมชนเฝ้าระวังผู้ป่วยมาจากพื้นที่ระบาดทั้งใน/ต่างประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> - การระบาดของโควิด-19 มีความรุนแรงมาก ทำให้ระบบบริการสุขภาพตติยภูมิทั้ง 5 จังหวัด ไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบที่รุนแรงได้ ส่งผลให้การวางแผนป้องกันและลดผลกระทบ จึงไม่สามารถรองรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในแต่ละระลอกได้ - บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันโควิด-19 - ประชาชนคนไทยที่ทำงานในประเทศมาเลเซีย ลักลอบเข้าเมืองไทย ผ่านช่องทางธรรมชาติ ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ยะลา ทำให้มีความยากลำบากในการคัดกรองเพื่อป้องกัน รวมถึงการติดตามตัว - วิถีชีวิตความเป็นอยู่ วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค
2. การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness)	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดมีการเตรียมศูนย์ EOC และ ระบบ ICS - ทุกจังหวัดใช้รูปแบบที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น commander ของจังหวัด ได้สั่งการให้นายอำเภอเป็น incident commander ในแต่ละอำเภอ ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานในแต่ละพื้นที่ - จังหวัดยะลา หลังเปิด EOC นพ.สสจ.ได้สั่งการให้ทุกกองการกิจดำเนินการตามบทบาทหน้าที่คณะทำงานด้านสาธารณสุข มีหน่วยงานทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. ถึง สสจ. - ทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ แต่มีเพียงจังหวัดยะลาที่ได้มีการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรคเมอร์ส และโรคไข้หวัดใหญ่ - ทุกจังหวัดมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม พัฒนาหอผู้ป่วยให้เป็น cohort ward, เตรียม ICU, isolation room เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 และ การจัดตั้ง CI ระดับอำเภอและตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมศูนย์ EOC & ICS ยังเป็นข้อจำกัดของการจัดตั้งระบบขึ้นมาในแต่ละจังหวัด ขาดการซักซ้อมแนวทางการดำเนินงาน - ทีมทำงาน SAT, case management operation, risk com, logistic กฎหมาย ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตามกลองภารกิจอย่างเพียงพอ - ความไม่ต่อเนื่องของผู้บริหารระดับจังหวัดทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ - ทุกจังหวัดประสบปัญหาบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดหนัก ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ - ไม่มีการเฝ้าระวังกลุ่มที่มาจากพิธีกรรมทางศาสนา และจากประเทศเพื่อนบ้าน
3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดยะลาเป็นจังหวัดเดียวที่เปิด EOC ก่อนการระบาดของโรคในพื้นที่ และมีการประเมินการตั้งรับก่อนที่จะมีการเปิด EOC ส่วนจังหวัดที่เหลือเปิด EOC หลังการระบาดของโรคในพื้นที่แล้ว แต่เมื่อการระบาดของโควิด-19 ระลอก 2-3 ที่มีความ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดส่งผลกระทบต่อการค้าวิถีชีวิตของประชาชน และสภาพเศรษฐกิจ - การฝ่าฝืนกฎหมายทำให้การควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคยุ่งยากมากขึ้น เช่น การลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย

ตารางที่ 1 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการตติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
	<p>รุนแรงมากยิ่งขึ้น ทุกจังหวัดได้มีการเปลี่ยนรูปแบบโครงสร้างการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโควิด-19 ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) ตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูลใช้มาตรการ bubble & seal, โครงการสตูลคืนถิ่น รับผู้ป่วยจากต่างจังหวัดมารักษาตัวที่สตูล มีการให้ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน (HI) จัดระบบเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน - จังหวัดปัตตานีใช้มาตรการการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยและผู้สัมผัส เพื่อติดตามในการป้องกันโรค ติดตามเฝ้าระวัง PUI ในกลุ่มที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเป็นเวลา 14 วัน ประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ และสรุปสถานการณ์เป็นรายวัน การจัดการผู้ป่วยตามแนวทางเฝ้าระวังการสอบสวนโรค เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การส่ง lab การรักษา การสื่อสารความเสี่ยง เผยแพร่ข้อมูลในช่องทางต่างๆ เช่น สนับสนุนสื่อ จัดแถลงข่าวสื่อมวลชน ทรนรงค์ให้วัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนอุปกรณ์แก่พื้นที่ให้ทันเวลาและเพียงพอ จัดทำและทบทวนแผนให้เป็นปัจจุบัน ติดตาม/ประเมินสถานการณ์เพื่อเสนอปิด EOC (เมื่อไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 28 วัน) จัดทำมาตรการ covid free setting และประเมินความเสี่ยงตาม setting ต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงเรียน สถานที่ราชการ - มีการปรับตัวให้เข้ากับยุคของการระบาดของโรค มีการประชุม online, มี work from home 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาในช่วงแรกของการระบาด <ul style="list-style-type: none"> o ไม่มีมาตรฐานการรักษาที่ชัดเจน ไม่มียาฟาวิพิราเวียร์ o บุคลากรขาดทักษะในการเก็บตัวอย่างเชื้อ (swab) o แนวทางการสอบสวนโรคไม่ชัดเจน o มีการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจเชื้อจาก 7 จังหวัดในภาคใต้มายังเขต 12 ทำให้สิ่งส่งตรวจมีจำนวนมาก และเกิดความล่าช้า o ผลการตรวจเชื้อทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้า เนื่องจากผล PCR ต้องใช้เวลา 48-72 ชั่วโมง ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคและการสอบสวนโรคล่าช้า - สถานการณ์ความไม่สงบทำให้การสอบสวนโรคบางพื้นที่ ไม่สามารถทำได้ - ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่เชื่อว่าโควิด-19 มีจริง ถ้าพระเจ้าให้เป็นโรคฯ ก็ต้องเป็น ไม่ต้องกลัว ทำให้ประชาชนไม่ป้องกัน จึงเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 - ความไม่ยืดหยุ่นของระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้การแก้ไขปัญหา/บรรเทาความเดือดร้อนเกิดความล่าช้า
<p>4. การฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (recovery)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดยะลา มีการถอดบทเรียนคณะทำงาน EOC ในส่วนของระลอกที่ 1, 2 เพื่อการปรับปรุงแผน - จังหวัดสตูล มีการดำเนินการเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิต เยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 - จังหวัดปัตตานี ปิด EOC จัดประชุมทบทวนแต่ละกองกลาง มีการถอดบทเรียนในบางพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิตจากโควิด-19 หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 - ขาดความพร้อมของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) - หลายจังหวัดไม่มีการถอดบทเรียนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM), EOC & ICS

ศปก.จ. = ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด, CI = community isolation (การแยกกันในชุมชน), EOC = emergency operation center (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน), ICS = incident command system (ระบบบัญชาการเหตุการณ์), ICU = intensive care unit, MCATT = mental health crisis assessment and treatment team (ทีมเยียวยาจิตใจ), PCR = polymerase chain reaction (การตรวจเชื้อ), PHEM = public health emergency management (การจัดการภาวะฉุกเฉิน), PUI = people under investigation (ผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค), risk com = risk communication (สื่อสารความเสี่ยง), SAT = situation awareness team (ทีมตระหนักรู้)



ตารางที่ 2 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการทุติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
1. การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation)	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัดได้เน้นการติดตามมาตรการของ ศบค. ระดับประเทศ เพื่อนำมาวางแผนและดำเนินการคัดกรองเฝ้าระวังในพื้นที่ ซึ่งบางจังหวัดใช้วิธีการทบทวนมาตรการโรคเมอร์ส นำมาปรับใช้ - จังหวัดปัตตานี ดำเนินการ x-ray พื้นที่เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เคาะประตูบ้าน จัดทำทะเบียนติดตามกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ โดยมีการส่งรายงานให้ทีมอำเภอทุกวัน - จังหวัดนราธิวาส มีคลินิก ARI ในโรงพยาบาลทุกแห่ง จัดตั้งศูนย์กักกันตัวผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่สีแดง แนะนำประชาชนให้ใช้สมุนไพรมันที่บ้าน เช่น ฟ้าทลายโจร ชิง ในการป้องกันโควิด-19 ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในหมู่บ้านเพื่อลดการเดินทางของประชาชน - จังหวัดสตูล: รณรงค์การฉีดวัคซีน มีมาตรการ DMHTT ส่งเสริมการปฏิบัติตนตามมาตรการป้องกันโรค ของจังหวัดและคำสั่งของ ศบค. ใช้พื้นที่ของหน่วยงานต่างๆ เช่น สถานศึกษา จัดให้เป็นโรงพยาบาลสนาม หรือ HQ LQ มีสยิดปอเนาะ โรงเรียนสอนศาสนา จัดให้เป็นที่พักตัวของกลุ่มเสี่ยงสูง 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกัน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้การสื่อสารแจ้งเตือนประชาชนทำได้ยากลำบาก - ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความเชื่อและทัศนคติต่อการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง ขาดจิตสำนึกร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น ไม่สวมหน้ากาก ป่วยแล้วยังฝ่าฝืนออกนอกพื้นที่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น ไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มตะวัะฮ์ - ประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ขาดความเชื่อมั่นด้านประสิทธิภาพของวัคซีนที่มาฉีด และบางส่วนมีการต่อต้านค่อนข้างชัดเจน - การวางแผนป้องกันและลดผลกระทบ ไม่สามารถรับมือกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในแต่ละระลอก (1-3) ได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
2. การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดปัตตานี ได้จัดหาสถานที่กักกัน จัดหากำลังคนเพื่อปฏิบัติงาน จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุน มีการซ้อมแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย - จังหวัดยะลา มีการเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินงาน วัคซีน กำลังคน มีการซ้อมแผนระดับอำเภอ เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย การสวม-ถอด ชุด PPE อบรมการ swab การ CPR ผู้ป่วยโควิด การเก็บรักษาตัวอย่าง การนำส่งตรวจตัวอย่าง - จังหวัดนราธิวาส จัดตั้งทีม EOC วางมาตรการต่างๆ จัดอบรมบุคลากร จัดเตรียมอุปกรณ์ จัดตั้งคลินิก ARI มีการซ้อมแผนรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคใช้หวัดใหญ่ โรค MERS ก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกจังหวัด ขาดแคลนกำลังคน อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ - ทุกจังหวัดขาดการอบรมทีม CDCU ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ - ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเพื่อไปทำหน้าที่จัดการศพผู้ป่วยโควิด-19 ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดำเนินการในสถานการณ์จริง
3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูล เตรียมความพร้อมของบุคลากร (ทีม) เครื่องมือ อุปกรณ์และสถานที่ที่มีการประสานงานและการบูรณาการกับเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดปัตตานี ชาวบ้านไม่ยอมรับการกักตัวใน LQ, lab รายงานผลล่าช้า ส่งผลให้จำนวนวันกักตัวของแต่ละคนเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการทุติยภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูล: จัดตั้งทีม “จัดการศพ” ผู้ที่เสียชีวิตจากโควิด-19 โดยทีมวิชาชีพ (โรงพยาบาลสตูล) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับทีมระบอบของรพ.สต. ลงพื้นที่สอบสวนโรคเชิงรุก ค้นหาผู้ป่วย จัดเตรียมสถานที่กักกันตัวของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง มีการจัดเตรียมยานพาหนะรับ-ส่งผู้ที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงมายังสถานที่กักตัว รวมถึงที่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซียทางด้านวังประจันต์ ด้านปาดังเบซาร์ หรือจากหลายพื้นที่ที่มีการแจ้งความ มีบริการรถรับ-ส่งผู้สัมผัสเชื้อมารับบริการตรวจ (swab) จากบ้านพักมายังโรงพยาบาล หน่วยงานท้องถิ่นจัดหาถุงยังชีพ อาหารและยาให้แก่ผู้กักตัว - มีการให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น การป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTTA การรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีน และการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายทั้งในชุมชนและสถานบริการ - มีการคัดกรอง ในสถานบริการ จัดตั้ง ARI Clinic ใช้ ATK ตรวจเจ้าหน้าที่ทุกสัปดาห์ ตรวจ PCR ในผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI ทุกราย ในชุมชนคัดกรองโดยใช้ ATK ตรวจในกลุ่มเสี่ยงทุกราย มีการเฝ้าระวังทั้งในสถานบริการและในชุมชน ได้แก่ วัดอุนหมุณี ซักประวัติอาการ และประวัติการเดินทาง ตามแนวทาง PUI ของกรมควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง การจัดตั้ง LQ/HI/CI ในชุมชนของแต่ละตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> - กระบวนการจัดการศพผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นมุสลิม ยังไม่ถูกต้องตามหลักการป้องกันการระบาดของโรค เช่น มีการอาบน้ำศพ มีการสัมผัสศพเพื่อรำลึกครั้งสุดท้าย การถอดถุงชีบศพเพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนา ขั้นตอนการฝังศพมีการสัมผัสศพในหลุม การลักลอบขุดศพที่ฝังแล้วกลับมาทำพิธีกรรมทางศาสนาใหม่ - การจัดการขยะติดเชื้อที่ LQ ยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ คือ ส่วนใหญ่จะใช้ระบบรวบรวมและทิ้งรวมไปกับขยะทั่วไปในสถานที่ LQ โดยไม่ได้มีระบบคัดแยกเพื่อรวบรวมโดยเฉพาะ - บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้มาช่วยงานไม่ตรงตำแหน่ง ขาดความรู้และทักษะ เช่น การเอาลูกจ้างคนงานของสถานพยาบาลมาคัดกรอง (swab) ผู้ป่วยโควิด-19 - ไม่มีค่าตอบแทนให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น อสม. และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง - การส่งตรวจเชื้อ (PCR) เพื่อวินิจฉัยโรค ให้ส่งไปยังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เท่านั้น เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงเกิดความล่าช้าในการรายงานผล - ประชาชนฝ่าฝืนมาตรการการห้ามการประกอบศาสนกิจรวมกลุ่มเกิน 5 คน และการไม่ใส่หน้ากาก
<p>4. การฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (recovery)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสตูล ดำเนินการช่วยเหลือ เยียวยา อสม. ที่ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน (การทำประกันชีวิตให้แก่ อสม. ที่ติดเชื้อ) ประเมินและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ท้องถิ่นมอบถุงยังชีพให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบ สํารวจและเยียวยา ด้านอาชีพ (สร้างงาน) ให้กับผู้ที่รับผลกระทบ เยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด เยียวยากลุ่มเปราะบางในด้านต่างๆ - มีการเยียวยาจิตใจในกลุ่มเสี่ยงที่กักตัวและญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - หลายจังหวัดไม่ได้มีการถอดบทเรียนในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM) และการดำเนินการ EOC, ICS - หลายพื้นที่ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจของครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน - หน่วยบริการขาดความพร้อมและศักยภาพสำหรับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT)

ศบค. = ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019, ARI = acute respiratory infection (คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ), ATK = antigen test kit (ชุดตรวจโควิด-19), CDCU = communicable disease control unit (หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ), CI = community isolation (ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน), CPR = cardiopulmonary resuscitation (การปฐมพยาบาลเบื้องต้นช่วยฟื้นคืนชีพ), DMHTT = distancing, mask wearing, hand washing, testing, Thai Chana (สแกนแอปไทยชนะ), HQ = hospital quarantine (การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อรับการรักษา), LQ = local quarantine (การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่ปกครองระดับจังหวัด), MCATT = mental health crisis assessment and treatment team (ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ), PCR = polymerase chain reaction (การตรวจเชื้อ), PPE = personal protective equipment, PUI = people under investigation (ผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค)



ตารางที่ 3 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
1. การป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสงขลาได้เน้นการให้สุขศึกษาตามแหล่งพื้นที่ชุมชน ใช้วิธีการให้ อสม. เคาะประตูบ้าน เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันโควิด-19 และให้คำแนะนำเรื่องการฉีดวัคซีน - จังหวัดปัตตานี ตั้งด่านคัดกรอง โดยใช้ทีมเครือข่ายผู้นำ อสม. ช่วงแรกการคัดกรองผู้ที่กลับเข้าประเทศมีจำนวนมากจึงขออาสาสมัครจิตอาสาช่วยงานรณรงค์ฉีดวัคซีน - จังหวัดยะลา โรงพยาบาลแม่ข่ายแจ้งสถานการณ์เฝ้าระวังโรคระบาดให้กับพื้นที่ได้รับทราบ ช่วงหลังมีการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง (ต่างประเทศ กิจกรรมรวมกลุ่ม) - จังหวัดสตูล รมรณรงค์การรับวัคซีน อำเภอเมืองมีโปรโมชัน นายอำเภอไปหาของรางวัลมาให้ ใครฉีดวัคซีนก็ได้เขียนหางบัตร (จับฉลากหางบัตรรับรถจักรยานยนต์ หม้อหุงข้าว ฯลฯ) 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ (โควิด-19) - ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ขาดจิตสำนึกร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น ไม่สวมหน้ากาก ป่วยเป็นโควิด-19 แล้วยังฝ่าฝืนออกนอกพื้นที่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น ไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่ภาครัฐบังคับใช้ อันเนื่องจากสาเหตุหลักที่สำคัญคือปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ขัดสน ไม่สามารถกักตัวได้ ต้องดิ้นรนเพื่อออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว จนทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นกลุ่มก้อน (cluster) ในหลายพื้นที่ของจังหวัดชายแดนใต้
2. การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสงขลา มีการสำรวจทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละรพ.สต. และแจ้งไปยังสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม มีการประชุมเตรียมความพร้อมของภาพรวมระดับอำเภอ ทุกหน่วยงาน ทุกพื้นที่ ทั้งภาครัฐ/เอกชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน - จังหวัดปัตตานี ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ระดับอำเภอ ถึงระดับตำบล เจ้าหน้าที่แบ่งงานตามหน่วยงาน เช่น รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. ท้องถิ่นมีการแบ่งงานที่ชัดเจน เตรียมสถานที่ LQ, CI, HI, งบประมาณ อุปกรณ์ ATK PPE วัคซีน รถรับ-ส่ง ผู้ป่วย มีการซ้อมแผนการจัดการผู้ป่วยและการจัดการศพ - จังหวัดยะลา โรงพยาบาลแม่ข่าย จัดอบรมพื้นที่พ่วงค์ความรู้โรคอุบัติใหม่ การควบคุมป้องกัน (การสวมชุด PPE การ swab การสำรวจวัสดุอุปกรณ์และการจัดสรรทรัพยากร - จังหวัดนราธิวาส มีคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับตำบล มีบทบาทของแต่ละฝ่ายที่ชัดเจน รับข้อมูลจาก SRRT ทำเป็นข้อมูลระดับตำบล แจ้งให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรรมการ EOC ได้รับทราบข้อมูลนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดปัตตานี ผู้บริหารโรงเรียนสอนศาสนาไม่อนุญาตให้ใช้สถานที่จัดตั้ง LQ ส่งผลให้มีปัญหาในการจัดการผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน - จังหวัดสตูล สถานที่ในการจัดตั้งศูนย์กักกัน ไม่มีความพร้อม และไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เช่น ศูนย์เด็กเล็กมีห้องน้ำที่ไม่พร้อมสำหรับผู้ใหญ่ - อุปกรณ์การป้องกันตนเองขาดแคลน ทั้งหน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ชุด PPE มีการขาดตลาดในช่วงแรกของการระบาด แต่ในช่วงหลังของการระบาดสามารถบริหารจัดการอุปกรณ์ป้องกันได้ตามความต้องการของพื้นที่ - บุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดจำนวนมาก รวมถึงในช่วงที่มีการจำกัดการเข้า-ออกพื้นที่ของประชาชน ประชาชนยังมีการเดินทางไปมาอยู่ - ความแออัดของสถานพยาบาล และศูนย์กักตัวไม่เพียงพอ ในช่วงแรกของการระบาด
3. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response)	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสงขลา มีการ swab, ATK ส่งไปยังโรงพยาบาล รพ.สต. ค้นหาเชิงรุกในชุมชน (active case finding) 	<ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดยะลา คนที่รวมกลุ่มทำพิธีกรรมทางศาสนา (มัสกัส) ให้ความร่วมมือน้อยในการป้องกันการ

ตารางที่ 3 ผลการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินของระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ (ต่อ)

ขั้นตอน	ผลการดำเนินการ	ปัญหาอุปสรรค
	<p>มีการสอบสวน และ swab ในกรณี ที่เกิด cluster ในชุมชน จัดตั้ง CI ในชุมชน อบต./ผู้นำชุมชนมีการ สนับสนุนอาหาร เครื่องนอนและยาแก่ผู้ที่กักตัว รพ.สต. จัดชุด box set ให้ผู้ป่วยที่อยู่ HI มีการ จัดการศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโควิด 19 ตามหลัก IC</p> <p>- จังหวัดปัตตานี มีการคัดกรองเชิงรุกและการฉีด วัคซีน จัดตั้งศูนย์กักตัว ผู้นำศาสนาทำหน้าที่ ประชาสัมพันธ์ มีการพ่นฆ่าเชื้อตามสถานที่ต่างๆ เช่น ร้านอาหาร มัสยิด โรงเรียน ตลาด มีการใช้ไทย ชนะ ดำเนินมาตรการ DMHTT ส่งเสริมให้ใช้แอป หมอพร้อม มีการบังคับใช้มาตรการโดยอาศัยผู้นำ ศาสนาและฝ่ายปกครอง</p> <p>- จังหวัดยะลา แต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบล/ ประชุมแบ่งหน้าที่ตามบทบาท มีการจัดระบบดูแลผู้ ป่วย LQ ในตำบล รพ.สต. มีการจัดแบ่งหน้าที่ (คัด กรอง, swab, สอบสวนโรค, จ่ายยา, บันทึกข้อมูล, HI, CI)</p> <p>- จังหวัดนราธิวาส มี SRRT มีการแจ้ง อสม.และฝ่าย ปกครอง พื้นที่ชายแดนมีการเฝ้าระวัง จัดตั้งทีมคัด กรองผู้ลักลอบเข้าทางธรรมชาติ</p> <p>- จังหวัดสตูล: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลง สอบสวนโรค รักษาผู้ป่วย/กักกันผู้สัมผัส ให้ความรู้ สุขศึกษา</p>	<p>ระบาดโรครวมมาตราการ</p> <p>- จังหวัดนราธิวาส ใช้งบประมาณท้องถิ่นผิดกลุ่มเป้า หมาย (คนต่างถิ่น), เกิดข้อร้องเรียนในผู้รับบริการ LQ เวชภัณฑ์ขาดตลาด/ราคาสูง เจ้าหน้าที่สตง.เข้มงวด วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ใน LQ ไม่สามารถจำหน่าย/ บริจาคได้</p> <p>- มีปัญหาในการบริหารจัดการวัคซีน (วัคซีนไม่ เพียงพอต่อความต้องการในช่วงแรก แต่ช่วงหลัง ประชาชนไม่ประสงค์ฉีดวัคซีน)</p> <p>- Lab ตรวจ PCR ออกผลล่าช้า ทำให้การค้นหาผู้ ป่วยได้ทำได้ช้า ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงอยู่ปะปนกันกับ คนทั่วไป</p> <p>- เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและติดโควิด</p> <p>- ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ ในการป้องกันตนเอง การเข้ารับการรักษา การกักตัว การรับวัคซีน</p> <p>- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ชุด PPE, ATK สถานที่กักตัว และรักษาไม่เพียงพอ</p> <p>- ขาดความร่วมมือกับชุมชนในบางกลุ่ม (กลุ่มที่มี ส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจะไม่ ให้ความร่วมมือ)</p>
4. การฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์ (recovery)	<p>- จังหวัดสงขลา มีการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจครอบครัว ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโควิด-19 มีนักสุขภาพจิตลง เยี่ยมครอบครัวของผู้เสียชีวิตด้วยโควิด-19 มีการ เยียวยาประชาชนที่ได้รับผลข้างเคียงจากการฉีด วัคซีนโควิด-19</p> <p>- จังหวัดปัตตานี ให้มีการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ</p> <p>- จังหวัดยะลา มีการแลกเปลี่ยน ถอดบทเรียนการ ดำเนินงานในแต่ละพื้นที่</p> <p>- จังหวัดสตูล มีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านประเมินความ เดือดร้อน และมีการให้ความช่วยเหลือ เยี่ยมติดตาม ต่อเนื่องหลังป่วยในกลุ่มโรคพิเศษ เยี่ยมครอบครัวผู้ เสียชีวิต</p>	<p>- จังหวัดสตูล เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจ บางส่วนได้ บรรจุข้าราชการแต่ไม่ทั่วถึง ยังมีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับ การบรรจุ โดยไม่ได้มีการปรับหรือเพิ่มตำแหน่งให้</p> <p>- หลายจังหวัดไม่ได้มีการถอดบทเรียนการจัดการ ภาวะฉุกเฉิน (PHEM) การดำเนินการ EOC, ICS</p> <p>- หลายพื้นที่ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจ ครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือผู้ได้รับผลกระทบจากการ ฉีดวัคซีน</p> <p>- หน่วยบริการขาดความพร้อมและศักยภาพในการ สร้างทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT)</p>

ATK = antigen test kit (ชุดตรวจโควิด-19), CI = community isolation (ศูนย์แยกกักตัวในชุมชน), DMHTT = distancing, mask wearing, hand washing, testing, Thai Chana (สแกนแอปไทยชนะ), EOC = emergency operation center (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน), HI = home isolation (ระบบการแยกกักตัวที่บ้าน), LQ = local quarantine (การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่ปกครองระดับจังหวัด, PPE = personal protective equipment, SRRT: surveillance and rapid response team (ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว)

2. การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ตามหลักการ 2P2R จากกรณีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ 5 จังหวัด ใช้หลักการประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต

การประเมินผลปัจจัยนำเข้าด้านนโยบาย โครงสร้าง การบริหารจัดการ ทรัพยากรที่เตรียมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (บุคลากร, วัสดุอุปกรณ์) การวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรค และภัย การวางแผนและซ้อมแผน พบว่า ทุกจังหวัดได้ ดำเนินการตามนโยบายของ ศบค./กระทรวงสาธารณสุข/เขตสุขภาพ ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ การดำเนินการด้านโครงสร้างการบริหารจัดการของจังหวัด ทุกจังหวัด ใช้รูปแบบศูนย์ EOC และ ระบบ ICS ในช่วงแรก แต่เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรครุนแรงมากขึ้น ทุกจังหวัดได้ดำเนินการภายใต้ ศปก.จ. และ ศปก.อ. ในช่วง หลัง แต่พบว่า จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี สตูลนั้น การดำเนินการระดับอำเภอบางส่วนได้ดำเนินการภายใต้ ศูนย์ EOC ตำบล หรือกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล (พชต.) ทุกจังหวัดได้มีการเตรียมทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ ด้วยงบประมาณที่จำกัด ขณะที่ทุกจังหวัดขาด ข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโควิด-19 ในช่วงแรกเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ไม่เคยพบมาก่อน แต่ช่วงหลังของการระบาดได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโควิด-19 โดยทีม SAT สำหรับด้านการวางแผนและซ้อมแผน ทุกจังหวัดยังขาดการวางแผนและซ้อมแผนรองรับเผชิญเหตุ โควิด-19 เนื่องจากเป็นสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ แต่ระบบ บริการสุขภาพจะมีความพร้อมระดับหนึ่งจากการได้มีการ วางแผนและซ้อมแผนโรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่-2009 โรคซาร์ส โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East

respiratory syndrome: MERS) แต่ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินการ ดังนั้นสรุปได้ว่า ภาพรวมของการประเมินผลเชิงระบบของปัจจัยนำเข้าในการจัดการของระบบ บริการสุขภาพตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ด้าน นโยบาย โครงสร้างการบริหารจัดการ มีประสิทธิภาพ ขณะที่ด้านทรัพยากรที่เตรียมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์) ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัย และ ด้านการวางแผนและซ้อมแผน ยังขาดประสิทธิภาพ

การประเมินผลกระบวนการด้านข้อมูลที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทรัพยากรที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กฎหมายที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค การสื่อสารความเสี่ยง การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ และการสรุปบทเรียนร่วมกัน พบว่า ทุกจังหวัด ใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ใช้ ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่ได้มีการ allocate เข้าสู่ระบบ สุขภาพ โดยเฉพาะจังหวัดชายแดนใต้ 3 พื้นที่ (ยะลา นราธิวาส ปัตตานี) ได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จาก หน่วยงาน ศอ.บต. กำลังทหารจาก กอ.รมน. ส่วนกฎหมาย จะใช้ พรก.ฉุกเฉินในการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ในช่วงแรก แต่ช่วงหลังใช้ พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 บังคับใช้มาตรการต่างๆ แต่ไม่ได้เข้มงวด ทุกจังหวัดมีการสื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทางหน่วยงาน (ข้อสั่งการ) องค์การภาคี (สำนักงานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด) สื่อวิทยุประชาสัมพันธ์ สื่อโซเชียลมีเดีย ทุกจังหวัดดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) ตามมาตรการ เปิด ศูนย์ EOC จังหวัด ปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจ (SAT, Strategic Technical Advisory Group [STAG], case management, operation, logistic) ในช่วงแรก ต่อมา เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรครุนแรงมากขึ้น ทุกจังหวัดได้ดำเนินการภายใต้ ศปก.จ. และ ศปก.อ. ในช่วง หลัง มีบางจังหวัด เช่น ปัตตานี นราธิวาส และสตูล ที่ระดับ ตำบลมีปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย EOC ตำบล โดยมีก้านั้นเป็นประธานในการขับเคลื่อน ทุกจังหวัดใช้

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ภายใต้ศูนย์ EOC จังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการ นายอำเภอเป็นผู้บัญชาการระดับอำเภอ และบางพื้นที่กำหนดเป็นผู้บัญชาการระดับตำบล จังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่ไม่ได้มีการสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน มีแค่บางจังหวัดและบางอำเภอที่ได้ดำเนินการ ส่วนระดับตำบลไม่มีการสรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานแต่อย่างใด ดังนั้นสรุปได้ว่า ภาพรวมของการประเมินผลด้านกระบวนการ การจัดการของระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ยังขาดประสิทธิภาพ มีเพียงระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ได้ผลดี

การประเมินผลผลิตด้านไม่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วันหลังพบผู้ป่วยรายแรก ไม่พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง พบว่า ทุกจังหวัดขาดประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วันหลังพบผู้ป่วยรายแรก ทุกจังหวัดขาดประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกัน ไม่ให้พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะจังหวัดยะลาที่เป็นจุดกำเนิดของการแพร่ระบาดใหญ่ของโควิด-19 จากคลัสเตอร์มรภยะลา ทุกจังหวัดขาดประสิทธิภาพในการดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นทุกจังหวัดควรผลักดันมาตรการเชิงป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยขับเคลื่อนผ่านกลไกทางภาครัฐ หน่วยงานท้องถิ่น องค์กรศาสนา กลไกภาคประชาสังคม รวมถึงผู้นำศาสนาที่มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะผู้นำทางจิตวิญญาณ ให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 เพื่อให้การยับยั้งโรคระบาดระดับชาติมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิจารณ์

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่

จังหวัดชายแดนใต้ แบ่งเป็น 3 ระลอก ระหว่างปี 2563–2565 โดยระลอก 1 พบผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาจากกลุ่มโยร์ ที่ได้ไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่ประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งการระบาดของโควิด-19 ในจังหวัดชายแดนใต้ มีความแตกต่างกับภาพรวมของประเทศไทยซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เข้ามาท่องเที่ยวในกรุงเทพมหานครและเกิดการแพร่เชื้อสู่คนไทย ขณะที่ผู้ป่วยรายแรกของจังหวัดชายแดนใต้ ต้นตอของการระบาดมาจากกิจกรรมของพิธีกรรมทางศาสนาอิสลาม จากนั้นระลอก 2 ในปี 2564 มีข่าวการระบาดของโควิด-19 ในสนามมวยลุมพินี เป็นการระบาดของสายพันธุ์ delta ทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นจากระลอกแรก และระลอก 3 ปี 2565 เป็นการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน เริ่มเกิดจากการผ่อนคลายมาตรการ ฝับบาร์เริ่มเปิด มีการระบาดใน กทม. และมีการเดินทางข้ามจังหวัดเข้ามาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นไปในทิศทางเดียวกับสถานการณ์การระบาดของโลกและประเทศไทยในห้วงเวลานั้น (ระลอก 2 และ 3) สอดคล้องกับรายงานศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำชาว และคณะ พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่ทั้ง 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นไปตามแนวโน้มในภาพรวมของประเทศ ซึ่งช่วงระบาดระลอก 2 ช่วงเดือน เมษายน 2564 พบว่าการติดเชื้อเป็นสายพันธุ์เดลตา จำนวนผู้ติดเชื้อจะน้อยกว่า แต่พบอัตราความรุนแรงสูงกว่า⁽²⁰⁾ รวมถึงการติดเชื้อระลอกที่ 3 เป็นการติดเชื้อที่หลากหลายคลัสเตอร์ แต่ละจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ช่วงสงกรานต์ไม่ได้ห้ามประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนา⁽²¹⁾

การเตรียมการ การป้องกัน การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (2P2R) ของโควิด-19 ตามแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ในระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ทติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ โดยส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติของกรม



ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ ในระยะก่อนการระบาดของโควิด-19 นั้น วิเคราะห์ในขั้นตอนการป้องกันและลดผลกระทบ (prevention & mitigation) พบว่า ส่วนใหญ่ทุกจังหวัดใช้มาตรการหรือแนวทางที่มีอยู่เดิมตามแผนรองรับโรคอุบัติใหม่ โดยเฉพาะโรคติดต่อในทางหายใจที่สำคัญ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคซาร์ส โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (เมอร์ส) อย่างไรก็ตาม มุมมองส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่า การระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกแม้จะไม่ได้มีความรุนแรงมาก แต่สร้างความวิตกกังวล บางคนเกิดอาการตื่นกลัวมาก⁽²¹⁾ นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคว่าบุคลากรขาดองค์ความรู้ในแนวทางการจัดการโรคอุบัติใหม่ มาตรการป้องกันและลดผลกระทบที่เคยมีอยู่ยังมีข้อจำกัด ขาดประสิทธิภาพในการจัดการ ขณะที่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (preparedness) ของระบบบริการสุขภาพหลายจังหวัด พบปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือ ขาดการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุ การเปิด EOC และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ระดับจังหวัด อำเภอ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพของทุกจังหวัดขาดการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นมีเพียงจังหวัดยะลาที่ได้มีการซ้อมแผนอยู่บ้าง อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดของการจัดตั้งเซตระบบ EOC & ICS ขาดการซักซ้อมแนวทางการดำเนินงาน ทีมทำงานด้าน SAT, STAG, case management operation, logistic และด้านกฎหมาย ไม่ได้เข้าใจบทบาทหน้าที่ตามกล่องภารกิจที่มากพอ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทุตติยภูมิและปฐมภูมิขาดความพร้อมในการเตรียมการรองรับภาวะฉุกเฉิน ส่วนขั้นตอนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) ในขณะมีการระบาดของโควิด-19 อย่างรุนแรงและกว้างขวางในระลอก 2-3 นั้น ส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และปฐมภูมิ ใช้ระบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) และระบบบัญชาการ ICS เป็นหลัก

สำคัญ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ระบบ EOC และ ICS ที่ได้จัดตั้งระบบขึ้นในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ การดำเนินการเกือบทุกจังหวัดยังไม่พร้อม มีเพียงจังหวัดยะลาที่ได้มีการเปิด EOC ก่อนการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ แต่การระบาดของโควิด-19 ในช่วงหลัง (ระลอก 2-3) การดำเนินการภายใต้โครงสร้างของ EOC และ ICS ของแต่ละจังหวัดเริ่มมีพัฒนาการที่ดีขึ้นกว่าช่วงแรก สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหา บรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ได้ระดับหนึ่ง ซึ่งภายหลัง มีการเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ภายใต้ ศปก.จ. ศปก.อ. ตามนโยบายของส่วนกลางเป็นต้นมา สอดคล้องกับรายงานศึกษาของ ศิราณี อม่น้ำขาว และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อรองรับการระบาดขั้นวิกฤตของโควิด-19 ใช้ระบบบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) และการแต่งตั้งคณะกรรมการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) เป็นหลักสำคัญ อีกทั้ง การระบาดครั้งใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลให้เขตบริการสุขภาพตติยภูมิ ทั้ง 4 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการเป็นรูปแบบเดียวกันหรือใกล้เคียงกันได้แก่ การบริหารจัดการด้วยระบบ ICS ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทำให้เกิดการสั่งการที่ชัดเจนจากผู้บัญชาการ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งขัดแย้งกับมุมมองส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาเรื่องนี้ที่เห็นว่าการดำเนินการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทุตติยภูมิ ปฐมภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ ในช่วงแรกนั้น อุปกรณ์การป้องกันตนเองขาดแคลน ทั่วหน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ชุด PPE มีการขาดตลาด

อีกทั้งประชาชนที่ทำงานในประเทศมาเลเซีย ลักลอบเข้าเมืองไทย ผ่านช่องทางธรรมชาติที่เป็นแม่น้ำหรือภูเขาในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสและยะลา ทำให้มีความยากลำบากในการคัดกรองและป้องกันในช่วงแรกของการระบาด ไม่มีมาตรฐานการรักษาที่ชัดเจน ไม่มียาฟาวิพิราเวียร์ ขาดทักษะการเก็บตัวอย่างเชื้อ (swab) ในระยะแรก แนวทางการสอบสวนโรคยังไม่ชัดเจน ผลการตรวจเชื้อทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้า (ผล PCR ต้องใช้เวลา 48-72 ชั่วโมง) ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคและการสอบสวนโรคล่าช้า สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้การสอบสวนโรคบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ส่งผลให้การควบคุมการแพร่ระบาดไม่มีประสิทธิภาพ ขณะที่การฟื้นฟูหลังการระบาด (recovery) ของโควิด-19 พบปัญหาอุปสรรค คือ ส่วนใหญ่ขาดการดำเนินการเยียวยาจิตใจ ครอบครัวผู้เสียชีวิต หรือ อันเนื่องมาจากผู้ได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีน รวมถึงในหน่วยงานสาธารณสุข หลายจังหวัดไม่ได้มีการถอดบทเรียนการจัดการภาวะฉุกเฉิน (PHEM) ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้อาจด้วยความเหนื่อยล้าของการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มากเกินไปจนทำให้เกิดในสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโควิด-19 จนทำให้กิจกรรมลักษณะแบบนี้ ไม่ได้ถูกหยิบยกมาเป็นภารกิจที่สำคัญ รวมถึงการตรวจติดตาม ควบคุมกำกับในระดับหน่วยงานนโยบาย ยังไม่ได้กำหนดเป็นภารกิจหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการดำเนินงานในการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาศักยภาพของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) จากการถอดบทเรียนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการศึกษานี้ ข้อมูลชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ขาดจิตสำนึกร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น ไม่สวมหน้ากาก ป่วยแล้วยังฝ่าฝืนออกนอกพื้นที่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น ไม่ให้ความร่วมมือในมาตรการที่ภาครัฐบังคับใช้ อันเนื่องจากสาเหตุหลักที่สำคัญคือปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ขาดทุน ไม่สามารถกักตัวได้ ต้องดิ้นรนเพื่อออกไปประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว จนทำให้เกิด

การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นกลุ่มก้อน (cluster) ในหลายพื้นที่ของจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาของธานีและคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า ครัวเรือนไทยมีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติตามแนวทางสาธารณสุขในประเด็น การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่ออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น การไม่ไปชุมนุมกัน การไม่อยู่ที่แออัด และการรักษาสุขอนามัยในการล้างมือ มากถึงร้อยละ 78.8 และขัดแย้งกับรายงานศึกษาของวิไลและคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด-19 ของเครือข่ายปฐมภูมิ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 3.19, SD = 0.51)

การประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ด้วยการศึกษาดูคุณภาพ โดยการประเมินผลผลิตด้าน ไม่มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วัน หลังพบผู้ป่วยรายแรก และ ไม่พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง พบว่า ทุกจังหวัดไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่เกิดขึ้นภายใน 28 วัน หลังพบผู้ป่วยรายแรก ทุกจังหวัดไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันไม่ให้พบ cluster การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะจังหวัดยะลาที่เป็นจุดกำเนิดของการแพร่ระบาดใหญ่ของโควิด-19 จากคลัสเตอร์มรกตยะลา ทุกจังหวัดไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษานี้ได้เจาะจงเลือกพื้นที่ที่มีการระบาดของโควิด-19 สูงสุด 2 ลำดับแรกของจังหวัด ดังนั้นผลการประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของการจัดการภาวะฉุกเฉินกรณีโควิด-19 ในภาพรวมของจังหวัดชายแดนใต้ จึงไม่ประสิทธิภาพดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ติดอันดับ 1-5 ของประเทศอย่างต่อเนื่องหลายสัปดาห์⁽⁶⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาอุปสรรคต่างๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพใน

การดำเนินการจัดการภาวะฉุกเฉินของโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ขาดประสิทธิภาพ ได้แก่ ผลกระทบต่อกลุ่มเปราะบาง พบว่า การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำต่อประชากรที่เปราะบางอย่างมากมาย ซึ่งอาจมีความย้อนแย้งกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่มีสุขภาพดีและการบรรเทาความยากจน จากการศึกษาแบบการบรรเทาผลกระทบของการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 15 ประเทศจากทุกภูมิภาคทั่วโลก พบการจัดการกับความเปราะบางหลัก 5 ประเภท คือสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สถาบันและการสื่อสาร นำมาสู่บทเรียนเพื่อพัฒนาสุขภาพและความเสมอภาคทางสังคม โดยมีหลายประเทศที่มีกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ ผู้ให้บริการทางเพศ นักโทษ ผู้สูงอายุ และเด็ก โดยการรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนโควิด-19 การอุดหนุนทางการเงินโดยตรงและโครงการความช่วยเหลือด้านอาหาร ผลการศึกษานี้ ได้มีข้อเสนอแนะต่อความจำเป็นในการขยายพื้นที่ทางการคลังด้านสุขภาพ ขยายความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงการความเสมอภาคไว้ในนโยบายทั้งหมด⁽²³⁾ ผลกระทบด้านสุขภาพจิตพบว่า การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ทั่วโลกเกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งที่เกิดขึ้นจริงและที่ได้รับรู้จากสื่อต่างๆ หลักฐานมากมายแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช มีผลกระทบทางสังคม มีพยาธิสภาพทางจิต มีการแสดงอาการทางระบบประสาท มีการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน อาการทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรควิตกกังวล ความผิดปกติทางอารมณ์ และความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การติดเชื้อ COVID-19 ยังสามารถแสดงอาการทางระบบประสาทส่วนกลางและ/หรือส่วนปลายได้ เช่น ปวดศีรษะ นอนหลับผิดปกติ สมออักเสบ และสูญเสียการรับรสและกลิ่น⁽²⁴⁾ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า รัฐบาลหลายประเทศให้ความ

ช่วยเหลือทางการเงินแก่ครัวเรือน ผลกระทบของนโยบายการคลังต่อครัวเรือนในช่วงการระบาดของ COVID-19 ข้อมูลหลักฐานจากประเทศไทยและประเทศเวียดนาม พบว่าการสนับสนุนทางการเงินแก่ครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นของผู้บริโภคในเชิงบวกมากขึ้น และช่วยในการเพิ่มขึ้นของการใช้จ่ายจริงและที่วางแผนการใช้จ่ายไว้อย่างถาวร ในขณะที่เดียวกันก็มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มเศรษฐกิจมหภาคในแง่ที่ดีมากขึ้น มีความไว้วางใจในรัฐบาลสูงขึ้น และมีชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวที่ดีขึ้น⁽²⁵⁾ ด้านวัคซีน พบว่า ความลังเลในประเด็นการเลือกวัคซีนกลายเป็นสิ่งที่คุกคามการตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของ COVID-19 และการระบาดของโรคติดเชื้ออื่นๆ ทั่วโลก การใช้หลักการส่งเสริมความไว้วางใจได้รับการเน้นย้ำเสมอว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการกับความลังเลต่อวัคซีนและการขยายความครอบคลุมของวัคซีน⁽²⁶⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ได้เน้นสอบถามข้อมูลผลการดำเนินการที่ผ่านระยะเวลาแล้ว 3 ปี ทั้งในกลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย จังหวัด ภาควิชาการ ผู้นำ ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน ทำให้ข้อมูลบางส่วนที่สัมภาษณ์อาจมีอคติจากความจำแตกต่างกันไปบ้าง (recall bias) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว จึงได้ใช้วิธีการทบทวนคำตอบซ้ำไปซ้ำมา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ตอบจะให้ข้อมูลอย่างถูกต้องที่สุด

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารสาธารณสุขในระดับเขตสุขภาพที่ 12 ควรกำหนดนโยบายที่หนุนเสริมความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด โดยให้ผู้นำศาสนา บาบอ โต๊ะครู โต๊ะอิหม่ามของทุกมัสยิด ในทุกพื้นที่ของ 5 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นแกนนำหลักในชุมชน ร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อร่วม

กำหนดแนวทางปฏิบัติหรือมาตรการตามบริบทของพื้นที่ ใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อควบคุมป้องกันการระบาดของโควิด-19 และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติของหลักศาสนาอิสลาม

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการกำหนดนโยบาย พร้อมสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ วัสดุ) ให้ระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ มีการฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุโรคระบาดอุบัติใหม่ ซ้อมแผน EOC & ICS ระดับจังหวัด อำเภอ อย่างต่อเนื่องทุกปี

3. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการออกแบบหลักสูตร การจัดการศพผู้ป่วยโควิด-19 ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติของหลักศาสนาอิสลาม

4. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการสร้างชุดความรู้ ด้านการป้องกันโรคติดต่อหรือโรคระบาดที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติตามของหลักศาสนาอิสลาม เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มดาวะฮ์

5. ผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด ควรมีการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานพิเศษในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เช่น ศอ.บต., กอ.รมน.ภาค 4 ส่วนหน้า เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการจัดการแก้ไขปัญหาโรคระบาดหรือภัยสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะฉุกเฉินในภาวะวิกฤตโรคระบาดอุบัติใหม่

2. การพัฒนาหลักสูตรอบรมการจัดการศพผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติของหลักศาสนาอิสลาม

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการอภิบาลระบบสุขภาพต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขกรณีโรคระบาดระดับชาติ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่

สนับสนุนงบประมาณการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ผู้บริหารหน่วยงานท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ประธาน อสม. หน่วยกู้ภัย กู้ชีพ กลุ่มสื่อสารสาธารณะ และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน และร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

References

1. Solis Arce JS, Warren SS, Meriggi NF, Scacco A, McMurry N, Voors M, et al. COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low- and middle-income countries. *Nat Med* 2021;27(8):1385–94.
2. Chams N, Chams S, Badran R, Shams A, Araji A, Raad M, et al. COVID-19: a multidisciplinary review. *Front Public Health* 2020;29(8):1–20.
3. Worldometer. COVID-19 Coronavirus pandemic [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
4. Emergency Operations Center, Department of Disease Control (EOC DDC). Report of the situation of Coronavirus (COVID-19) [internet]. 2020 [cited 2020 Sep 3]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10320_200330051606.PDF.
5. World Health Organization Thailand office. Report on the COVID-19 situation in Thailand 2021 [internet]. [cited 2021 Mar 20]. Available from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
6. Disease Control Department. COVID-19 [internet]. 2021 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portaV/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>. (in Thai)
7. Center for Situation Administration on the Outbreak of Coronavirus Disease 2019, Ministry of Public Health. Statement on the COVID-19 situation by the CCSA and Ministry of Public Health. [television]. [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=eAiiRpu3_oc&ab-channel=ThaiPBS.
8. Udompittayason W, Chaikongkiat P, Plianbumroong D, Musigawan A, Kaewmanee P, Kajonkittiya K, et al. Roles



- of primary care network in screening and monitoring the COVID-19 risk groups in three southern border provinces of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):531-52. (in Thai)
9. Maticchon. Causes of COVID-19 infection in the southern border provinces [internet]. 2020 Mar 30 [cited 2021 Mar 20]. Available from: https://www.maticchon.co.th/covid19/thai-covid19/news_2103627. (in Thai)
 10. Inspection Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Inspection guidelines 2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017.
 11. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report-11 [internet]. 2020. [cited 2020 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf>.
 12. National Health Commission Office. Lessons learned from the health crisis 'Emerging diseases' onto the agenda of the 13th Health Assembly [internet]. [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2278>. (in Thai)
 13. Pukkananon K. A study of management guidelines for disaster prevention and relief of the Bang Pla Subdistrict Administrative Organization, Bang Phli District, Samut Prakan Province. [Degree Independent Study, Master of Public Administration]. Khon Kean: College of Local Government: Khon Kaen University; 2008.
 14. Ramasutta P, Pramanpon S, Theppean B. The needs and readiness of the organization to strengthen its surveillance capacity disease prevention and control. *J Public Hlth Dev* 2008;6:1-10. (in Thai)
 15. Naghuen W, Kongkuntod S. Disaster management model of affiliated agencies Ministry of Public Health according to the disaster prevention and relief plan medical and public health. *District Medical Journal* 2016;35:188-97. (in Thai)
 16. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology. Guiding framework of emergency operation center and public health incident command system, Department of Disease Control. 2016-2021. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2015. (in Thai)
 17. Rodklai A, Wiriyaongsukit S, Hasuwankit S. Healthcare system during violent crisis in the three southern border provinces, Thailand. *Health Systems Research Institute* 2005. [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1240?locale-attribute=th>. (in Thai)
 18. Southern Border Provinces Administrative Center. History of the Southern Border Provinces Administrative Center 2022. [cited 2022 Mar 20]. Available from: http://www.sbpac.go.th/?page_id=6568. (in Thai)
 19. Southern Health Systems Research Institute, Prince of Songkla University. Project to develop health-specific strategies and mechanisms to support the implementation of the national strategy for resolving unrest in the southern border province. Final report 2007 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1717?locale-attribute=th> (in Thai)
 20. Imnamkhao S, Jantasin B, Chaiwong C, Muenthaisong S, Taveekaew C, Suriya N, et al. Lessons learned from the tertiary health service systems during critical COVID-19 pandemic in the northeast of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):473-89. (in Thai)
 21. Gyaltsen K, Hengudomsud P, Wacharasin C. Psychological impact and its affecting factors among nurses working in COVID-19 designated hospitals in Bhutan. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2021;29(3):102-15. (in Thai)
 22. Chiwat T, Mai-Ngam N, Dumchuen N, Amesbutr J, Thana P, Chirilak C. Behavioral economics on life journey and collective action of Thai household under COVID-19 situation [internet]. Health Systems Research Institute; 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5233?show=full>. (in Thai)
 23. Tan SY, Foo CD, Verma M, Hanvoravongchai P, Cheh PLJ, Pholpark A, et al. Mitigating the impacts of the COVID-19 pandemic on vulnerable populations: lessons for improving health and social equity. *Soc Sci Med* 2023;328(116007):1-12.
 24. Wang SC, Su KP, Pariante CM. The three frontlines against COVID-19: brain, behavior, and immunity. *Brain Behav Immun* 2021;93:409-14.
 25. Bui D, Dräger L, Hayo B, Nghiem G. The effects of fiscal policy on households during the COVID-19 pandemic: evidence from Thailand and Vietnam. *World Dev* 2022;153(105828):1-12.
 26. Jiao L, Wachinger J, Dasch S, Bärnighausen T, McMahon SA, Chen S. Calculation, knowledge, and identity: dimensions of trust when making COVID-19 vaccination choices in China. *SSM Qual. Res. Health* 2023;4(100288):1-12.

สภาวะสุขภาพช่องปากและประสบการณ์การใช้บริการ ทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย การศึกษาภาคตัดขวางจากสมาชิกโครงการจ้างวานข้า

วรารัตน์ ใจชื่น*

พูลพฤกษ์ โสภารัตน์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรารัตน์ ใจชื่น

บทคัดย่อ

บทความพิเศษชิ้นนี้เป็นการแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ชิ้นแรกเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปากและประสบการณ์การใช้บริการทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย โดยอาศัยข้อมูลจากกิจกรรมการออกให้บริการทางการแพทย์และทันตกรรม เป็นกรณีพิเศษให้กับสมาชิกของโครงการจ้างวานข้าซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีสมาชิก ช่วงเวลานั้น 140 คน สัมภาษณ์ให้การสัมภาษณ์ 130 คน สัมภาษณ์รับการตรวจช่องปาก 122 คน ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ที่มีความจำเป็นต้องการรับบริการ (ไม่รวมฟันปลอม) 115 คน และได้รับการทันตกรรมอย่างง่ายตามความจำเป็นในวันที่ จัดกิจกรรมรวม 90 คน มีความจำเป็นต้องรับบริการทันตกรรมแต่ปฏิเสธการรักษา 24 คน มีความจำเป็นต้องรับบริการ ทันตกรรมแต่ยังไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากเป็นเบาหวานที่ยังไม่ได้รับการควบคุมสภาวะโรค 1 คน บทความนี้วิเคราะห์ ข้อมูลเฉพาะผู้ที่สัมภาษณ์ให้การสัมภาษณ์และตรวจช่องปาก รวม 98 คน ซึ่งผลการศึกษายืนยันว่าประชากรกลุ่มนี้มีปัญหาทาง ทันตกรรมที่รุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไป และมีความต้องการรับบริการทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงกว่าประชากร ทั่วไป ข้อมูลรายการบริการทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองนี้ปรากฏอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งสามระบบอยู่แล้ว การไม่ได้รับรู้สิทธิที่มีน่าจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของคนไร้บ้าน การสร้าง เสริมให้คนไร้บ้านรับรู้และตระหนักในสิทธิที่มีจึงเป็นกลวิธีที่ควรดำเนินการเป็นอันดับแรก และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ ได้ข้อมูลจากมุมมองของผู้ป่วยต่ออุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม เพื่อใช้ในการวางแผนระบบบริการ ทันตกรรมในอนาคตที่จะมั่นใจได้ว่าไม่มีใครที่ถูกละทิ้งไว้ข้างหลัง

คำสำคัญ: คนไร้บ้าน, กลุ่มเปราะบาง, สุขภาพช่องปาก, การใช้บริการทันตกรรม

* กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Received 26 May 2024; Revised 20 July 2024; Accepted 9 August 2024

Suggested citation: Jaichuen W, Soparat P. Oral health status and self-report dental service utilization experience among homeless people in Thailand: a cross-sectional study in members of Work from Homeless Project. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):427-37.

วรารัตน์ ใจชื่น, พูลพฤกษ์ โสภารัตน์. สภาวะสุขภาพช่องปากและประสบการณ์การใช้บริการทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย การศึกษาภาคตัดขวางจากสมาชิกโครงการจ้างวานข้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):427-37.



Oral Health Status and Self-Report Dental Service Utilization Experience among Homeless People in Thailand: A Cross-Sectional Study in Members of Work from Homeless Project

Wararat Jaichuen^{*}, Poolpruek Soparat[†]

^{*} Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

[†] Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: Wararat Jaichuen, pook_ky2526@hotmail.com

Abstract

This special article provides the first empirical evidence on the oral health conditions and dental service experiences among homeless people in Thailand, based on information from the volunteer spirit activities on medical and dental services to members of the social enterprise project “Work from Homeless”. On May 20, 2023, a total of 140 project members were most older persons, 130 voluntarily joined the interview, 122 had oral examination, 115 were in dental treatment needs (not including dentures). A total of 90 people received simple dental services as needed on the day of the activity, 24 refused treatment, and 1 person received no dental treatment due to uncontrolled diabetes. Only 98 people who agreed to be interviewed and examined were presented. The results confirm severe dental problems and higher unmet dental service needs among these homeless people than the general population, despite this list of unmet dental services has already been included in the benefit packages of all three health insurance systems. Not being aware of their health rights is likely to be a major barrier for homeless people in accessing to dental services. Creating awareness among homeless people of their rights should therefore be the first strategy to be implemented. Additional patient perspectives on barriers and enablers to dental care access are required for future planning of the dental service system to ensure that no one is left behind.

Keywords: homeless, vulnerable group, oral health, dental service utilization

บทนำ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จวบจนปัจจุบัน รวมเป็นเวลากว่าสองทศวรรษที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคุ้มครองพลเมืองไทยทุกคนให้มีสิทธิได้รับบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยประชากรส่วนใหญ่ได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme, UCS) ขณะที่ผู้ที่เป็นการข้าราชการจะได้รับความคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (civil servant medical

benefit scheme, CSMBS) และผู้ที่เป็นแรงงานในระบบได้รับความคุ้มครองโดยระบบประกันสังคม (social security scheme, SSS)⁽¹⁾ แม้ว่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานจะรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้งสามระบบดังกล่าว แต่อัตราความครอบคลุมการใช้บริการทันตกรรมของคนไทยต่ำกว่าร้อยละ 10 มาโดยตลอดตั้งแต่สำนักงานสถิติแห่งชาติเริ่มมีการสำรวจข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมจนถึงปี พ.ศ. 2564⁽²⁾ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2566⁽³⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราความต้องการบริการ

พันธุกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองยังคงมีอยู่ประมาณร้อยละ 1 โดยปัญหานี้พบเป็นอัตราที่มากขึ้นในผู้ที่มีระดับเศรษฐกิจฐานะที่ต่ำกว่า⁽⁴⁾

โรคในช่องปากเป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่ปัจจุบันยังพบว่า โรคนี้เป็นโรคที่ยังคงมีความชุกสูงซึ่งเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (low and middle income countries, LMICs) ยิ่งไปกว่านั้น หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศที่มีรายได้สูงยืนยันถึงปัญหาสุขภาพช่องปากที่รุนแรงมากขึ้นในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่ถูกกีดกันทางสังคม เช่น คนไร้บ้าน เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในกลุ่มคนไร้บ้านยังมีน้อยในกลุ่มประเทศ LMICs⁽⁵⁾

ประเทศไทยติดกับดักรายได้ปานกลางมานานกว่า 10 ปี⁽⁶⁾ วิกฤติเศรษฐกิจที่ทวีความรุนแรงขึ้นจากผลพวงของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้จำนวนคนไร้บ้านในประเทศไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 จาก 1,307 คน เป็น 1,700-1,800 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และประมาณ 4,000 คนทั่วประเทศ⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของคนกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการบันทึกไว้ บทความนี้ถือเป็นหลักฐานแรกที่เปิดเผยสถานะสุขภาพฟันและประสบการณ์ที่รายงานด้วยตนเองเกี่ยวกับการใช้บริการทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย แม้ว่าข้อมูลที่แสดงในบทความนี้จะมาจากกลุ่มประชากรขนาดเล็กและมีความจำเพาะเพียงแค่นักศึกษาของโครงการจ้างงานซ้ำ แต่ผู้เขียนก็หวังว่าข้อมูลที่ชัดเจนในบทความนี้จะสามารถเป็นหนึ่งในเชื้อไฟที่จะจุดประเด็นชวนคิดชวนพัฒนาสำหรับผู้เกี่ยวข้องในสังคมไทย ทั้งนักวิชาการ นักเคลื่อนไหว ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย ด้วยมุ่งหวังให้เกิดการปรับปรุงบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอย่างแท้จริง

เนื้อหา

ข้อมูลที่นำเสนอในบทความนี้มาจากการศึกษาแบบภาคตัดขวางของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในโครงการจ้างงานซ้ำ (Work from Homeless) ซึ่งเป็นโครงการของมูลนิธิกระจกเงาที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เพื่อช่วยเหลือคนไร้บ้านให้มีรายได้และเข้าถึงอาหารได้มากขึ้นผ่านการจ้างงานแลกกับรายได้ เพื่อให้พวกเขา รู้สึกมีคุณค่าและมีส่วนร่วมในการจัดการชีวิตของตนเอง⁽⁸⁾ โดยเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2566 ทันตแพทย์สภาได้ร่วมกับแพทย์และทันตแพทย์จิตอาสา จัดกิจกรรมหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ให้กับสมาชิกในโครงการจ้างงานซ้ำ ณ มูลนิธิกระจกเงา โดยในส่วนของจุดบริการทันตกรรม ได้ออกแบบให้มี 3 กิจกรรมหลัก โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเลือกได้ตามสมัครใจว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมใดบ้าง ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมทุกกิจกรรม และสามารถปฏิเสธการร่วมกิจกรรมได้ทุกเมื่อ

กิจกรรมแรกคือการสัมภาษณ์รายบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการใช้บริการทันตกรรมและความต้องการทางทันตกรรมที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้างที่จัดทำขึ้นสำหรับกิจกรรมครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยปรับปรุงมาจากข้อคำถามที่สำนักงานสถิติแห่งชาติใช้ในการสำรวจด้านสุขภาพและสวัสดิการระดับชาติในประชากรทั่วไป⁽²⁾ โดยปรับปรุงคำถามบางข้อให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ข้อคำถามที่ใช้ทั้งหมด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ คุณวุฒิการศึกษาสูงสุดและบ้านเกิด ข้อมูลปัจจัยกำหนดทางสังคม ได้แก่ สถานภาพการดำรงชีวิต สถานภาพการทำงาน เวลาทำงานและความคุ้มครองประกันสุขภาพ ข้อมูลประสบการณ์ด้านทันตกรรม ได้แก่ ประสบการณ์แบบสะสมตลอดช่วงชีวิต ประสบการณ์ในรอบปีที่



ผ่านมา แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีในการสัมภาษณ์ โดยมีอาสาสมัครซึ่งเป็นนักศึกษาทันตแพทย์เป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล เมื่อสัมภาษณ์แล้วเสร็จ จึงเข้าสู่กิจกรรมการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก โดยอ้างอิงรูปแบบการสำรวจสุขภาพช่องปากขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย การตรวจสถานะของฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่และความต้องการการรักษาทางทันตกรรม เมื่อตรวจสุขภาพช่องปากเสร็จสิ้น หากผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องการรับบริการทันตกรรมในวันนั้น ก็สามารถขอรับบริการที่หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่เตรียมพร้อมบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ทั้งอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ได้ทันทีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้อมูลจากสองกิจกรรมแรกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ประเภทความถี่และร้อยละ ใช้เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ปัจจัยกำหนดทางสังคมและประสบการณ์ในการใช้บริการทันตกรรม สำหรับสถานะฟันและความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม นำเสนอด้วยค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำเสนอแยกเป็นสองกลุ่มอายุ คือ กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเปรียบเทียบสถานะของฟันและความต้องการการรักษาทางทันตกรรมระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมและประชากรทั่วไป⁽⁹⁾ ด้วยการทดสอบ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (one sample T-test) กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และ Wilcoxon signed-ranks test กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสถานะฟันและความต้องการในการรักษาทางทันตกรรมของผู้เข้าร่วมที่มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันในการใช้บริการทางทันตกรรมและความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ด้วยการทดสอบทีอิสระ (independent T-test)) กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจง

ไม่ปกติ โดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนให้ความยินยอมด้วยวาจาก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการตรวจสุขภาพช่องปากได้รับการประมวลผลโดยไม่เปิดเผยชื่อและไม่สามารถระบุตัวบุคคลใดเป็นการเฉพาะได้

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมพบว่า ภาพรวมสมาชิกโครงการจ้างวานเข้า ณ ช่วงเวลานั้น ทั้งหมด 140 คน สมัครใจให้การสัมภาษณ์ 130 คน สมัครใจรับการตรวจช่องปาก 122 คน ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ที่มีความจำเป็นต้องรับบริการ (ไม่รวมฟันปลอม) 115 คน และได้รับบริการทันตกรรมอย่างง่ายตามความจำเป็นในวันที่จัดกิจกรรมรวม 90 คน มีความจำเป็นต้องรับบริการทันตกรรมแต่ปฏิเสธการรักษา 24 คน มีความจำเป็นต้องรับบริการทันตกรรมแต่ยังไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากเป็นเบาหวานที่ยังไม่ได้รับการควบคุมสภาวะโรค 1 คน และมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 98 คนที่มีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ในรายละเอียด ดังนี้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ชายมีสัดส่วนมากกว่าผู้หญิง มากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล (ร้อยละ 65.3) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 14.3) ภาคกลาง (ร้อยละ 11.3) และภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ในสัดส่วนเดียวกันคือร้อยละ 3.1 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.8) มีตารางการทำงานที่ชัดเจน คือ เข้า-ป่วย (เวลาราชการ) เนื่องจากเป็นสมาชิกโครงการจ้างวานเข้า อย่างไรก็ตาม 11 คน (ร้อยละ 11.2) ว่างานหรือต้องรอเรียกเป็นครั้งคราว สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) ถือเป็นสวัสดิการหลักที่คนกลุ่มนี้มีสิทธิได้รับ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม (SSS) และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) ก็พบได้ในการศึกษานี้เช่นกัน (ตารางที่ 1)

ในด้านประสบการณ์การรับบริการทันตกรรมแสดงให้เห็น

Table 1 General information of participants (N = 98)

General information	Frequency	Percent
Age		
< 60 years	22	22.4
≥ 60 years	76	77.6
Gender		
Male	69	70.4
Female	29	29.6
Education		
No education/lower than primary level	9	9.2
Primary level	41	41.8
Lower secondary	14	14.3
Upper secondary	8	8.2
Vocational certificate	7	7.1
Diploma	5	5.1
Bachelor degree	10	10.2
Other	4	4.1
Hometown		
Bangkok	56	57.1
Perimeter to Bangkok	8	8.2
Central	11	11.2
North	3	3.1
Northeast	14	14.3
East	3	3.1
South	3	3.1
Living status		
Living alone	60	61.2
Living with partner/couple	35	35.7
Other	3	3.1
Working status		
Don't have any job	5	5.1
Having intermittent job/on call	6	6.1
Having regular job/clear work schedule	87	88.8
Working time (>1 answer is preferred)		
6 a.m.–noon	87	88.8
Noon–6 p.m.	85	86.7
6 p.m.–midnight	2	2.0
Midnight–6 a.m.	3	3.1
Health insurance		
Universal coverage scheme	85	86.7
Social security scheme	3	3.1
Civil servant benefit scheme	2	2.0
Not have any insurance	7	7.1
Other	1	1.0



เห็นว่าหนึ่งในสามคนไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิต นอกจากนี้ร้อยละ 30 ของทั้งหมดเคยมีความ

ต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (ตารางที่ 2)

Table 2 Experience in dental service among participants (N=98)

Experience in dental service	Frequency	Percent
Ever utilized dental service		
No	34	34.7
Yes	64	65.3
Used to have unmet dental service need		
No	69	70.4
Yes	29	29.6

เมื่อสอบถามถึงชนิดของบริการทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามต้องการ ส่วนใหญ่ระบุถึงชนิดของบริการทันตกรรมที่อยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ UCS โดยร้อยละ 65.5 ต้องการบริการทันตกรรมทั่วไป เช่น การตรวจสุขภาพฟัน การอุดฟัน การถอนฟัน การขูดหินปูน และร้อยละ 24.1 ต้องการบริการฟันเทียมแต่ไม่สามารถเข้า

ถึงบริการได้ สำหรับสาเหตุหลักที่ระบุว่าทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ คือ “ไม่สามารถชำระค่าบริการได้” (ร้อยละ 62.1) สำหรับเหตุผลลำดับรอง ประกอบด้วย ไม่มีเวลาไปใช้บริการ คิวยาว/รอนาน การเดินทางไม่สะดวก/ระยะทางไกล และไม่สามารถชำระค่าเดินทางได้ (ตารางที่ 3)

Table 3 Detail of unmet dental service need (N=29)

Detail of unmet dental need	Frequency	Percent
Dental service that used to be unmet need		
Basic dental service (oral examination, tooth filling, tooth extraction, dental scaling)	19	65.5
Denture	7	24.1
Root canal treatment	2	6.9
Not identified	1	3.5
Reason of unmet dental need (multiple response)		
Cannot pay service fee	18	62.1
Lack of time to go to the service	5	17.2
Long queues/long waiting	3	10.3
Inconvenient travel/far distance	3	10.3
Cannot pay travelling fee	2	6.9
Other	5	17.2

ในด้านสถานะสุขภาพช่องปากของผู้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ เผยให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เลวร้ายกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพบจำนวนฟันธรรมชาติเหลือน้อยกว่าประชากรทั่วไป มีจำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการถอนฟันหรือรักษาโพรงประสาทฟันมากกว่าประชากรทั่วไป ส่วนจำนวนฟันที่ยังหลงเหลือในช่องปากและจำเป็นต้องได้รับการอุดฟันน้อยกว่าประชากรทั่วไป โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามรายการ ในขณะที่กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ก็พบจำนวนฟันธรรมชาติเหลือน้อยกว่าประชากรทั่วไป และมีจำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการถอนฟันหรือรักษาโพรงประสาทฟันมากกว่าประชากรทั่วไป

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน เว้นแต่จำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการอุดฟันไม่พบความแตกต่างกับประชากรทั่วไป (ตารางที่ 4) สำหรับประสบการณ์การได้รับบริการทันตกรรมที่แตกต่างกัน พบว่าผู้ที่ไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิต มีจำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการถอนฟันหรือรักษาโพรงประสาทฟันมากกว่าผู้ที่เคยไปพบทันตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในแง่ของจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่และจำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการอุด ในขณะที่มีความต้องการทางทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพช่องปากของผู้เข้าร่วมในกิจกรรมนี้ (ตารางที่ 5)

Table 4 Comparison of dentate status among participants in this study and general population (N = 98)

Dentate status	Age < 60 year (N = 22)						Age ≥ 60 year (N = 76)					
	Min	Max	Mean	S.D.	Survey 9th ^A	p-value	Min	Max	Mean	S.D.	Survey 9th ^B	p-value
Remaining teeth	5	32	22.5	8.35	28.3	0.004 [#]	0	32	15.3	9.25	19.6	0.000 [#]
Teeth need for dental filling	0	6	2.6	1.59	2.0	0.097 [#]	0	13	1.9	2.31	2.8	0.000 [†]
Teeth need for tooth extraction or pulp therapy	0	11	3.0	2.82	0.7	0.001 [#]	0	15	3.0	3.50	1.8	0.035 [†]

^A age group 35 – 44 years. N = 3,822

^B age group 60 – 74 years. N = 5,842

[#] one-sample t-test

[†] Wilcoxon signed-ranks test

Table 5 Comparison of dentate status among participants with different experiences in dental services and unmet dental needs (N = 98)

Experience in dental service	Number of remaining teeth			Number of teeth needed dental filling			Number of teeth needed tooth extraction or pulp therapy		
	Mean	S.D.	p-value	Mean	S.D.	p-value	Mean	S.D.	p-value
Ever utilized dental service									
No (n = 34)	17.0	9.90	0.927 [#]	2.2	2.76	0.864 [†]	3.8	3.55	0.049 [†]
Yes (n = 64)	16.8	9.36		2.0	1.83		2.6	3.19	
Used to have unmet dental service need									
No (n = 69)	16.8	9.92	0.823 [#]	2.1	2.32	0.899 [†]	3.1	3.56	0.972 [†]
Yes (n = 29)	17.2	8.56		2.0	1.86		2.8	2.81	

[#] independent t-test

[†] Mann-Whitney U test

วิจารณ์

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ระบบบริการสุขภาพทั้งหมดได้รับการปรับปรุงอย่างค่อยเป็นค่อยไปรวมถึงบริการทันตกรรมด้วย แต่ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรมยังคงเป็นความท้าทายใหญ่ วิกฤตเศรษฐกิจจากช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ช่องว่างของความไม่เท่าเทียมทางสังคมกว้างขึ้น และเพิ่มจำนวนผู้ได้รับผลกระทบโดยเฉพาะคนไร้บ้าน การออกแบบระบบสังคมที่เหมาะสม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ อย่างน้อยก็ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนให้กับคนกลุ่มนี้ได้ บทความนี้นำเสนอหลักฐานทางวิชาการครั้งแรกเกี่ยวกับสถานะสุขภาพช่องปากและประสบการณ์การใช้บริการทันตกรรมของคนไร้บ้านในประเทศไทย

ข้อมูลที่ได้จากการออกหน่วยบริการทันตกรรมสำหรับสมาชิกโครงการจ้างวานซ้ำในครั้งนี้ แสดงให้เห็นสถานการณ์การเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรมและความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีอยู่ในระดับที่สูง โดยหนึ่งในสามคนไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิต นอกจากนี้ร้อยละ 30 ของคนไร้บ้านยังมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้โดยตรงกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เนื่องจากในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติจะถามถึงประสบการณ์ในรอบปีที่ผ่านมาเท่านั้น ประเด็นที่น่าสังเกตจากข้อมูลชุดนี้คือ สถานะสุขภาพช่องปากของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ พบว่า มีสถานการณ์ที่แย่มากแตกต่างกัน ไม่ว่าบุคคลนั้นจะประเมินตนเองว่าเคยมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองหรือไม่ก็ตาม ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยไปพบทันตแพทย์เลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิต มีจำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการถอนหรือรักษาโพรงประสาทฟันมากกว่าผู้ที่เคยไปพบทันตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มคนไร้

บ้านในประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าคนไร้บ้านมีการรับรู้ต่อความต้องการบริการทางทันตกรรมที่แตกต่างจากความต้องการบริการทางการแพทย์ โดยสถานะทางสุขภาพกายสามารถเป็นตัวทำนายการรับรู้ของคนไร้บ้านต่อความเจ็บป่วยและความต้องการรับบริการทางการแพทย์ได้ หรืออธิบายได้ว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมากจะใช้บริการทางการแพทย์มาก แต่ความสัมพันธ์ลักษณะนี้ไม่พบในกรณีสุขภาพช่องปาก คนไร้บ้านที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดี ไม่ได้บ่งบอกว่า จะรับรู้และแสดงความต้องการในการรับบริการทันตกรรม แต่ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เช่น การมีงานทำต่างหากที่เป็นปัจจัยทำนายการใช้บริการทันตกรรม⁽¹⁰⁾ สถานการณ์ลักษณะนี้อาจอธิบายด้วยเหตุผลเดียวกับการที่คนไร้บ้านไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองวัณโรคที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ไว ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าอธิบายด้วยหลักความจำเป็นในชีวิต ซึ่งคนไร้บ้านนั้นมีเรื่องที่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตในแต่ละวันมากมายมากกว่าเรื่องการเข้ารับบริการป้องกันโรค ซึ่งยังไม่ได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตในแต่ละวันเมื่อเปรียบเทียบกับเรื่องอื่น⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถานะการไร้บ้านจะทำให้คนเหล่านี้พบอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวันจนกระทั่งบดบังความต้องการในการรับบริการทันตกรรมแม้จะมีความจำเป็น แต่การจัดการของระบบบริการทันตกรรมเองก็เป็นปัจจัยที่จะสร้างหรือลดทอนอุปสรรคเหล่านั้นได้^(12,13) ซึ่งจากตัวเลขความต้องการบริการทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองของกลุ่มตัวอย่างในบทความนี้ที่พบว่ามีสูงกว่าประชากรไทยทั่วไป ก็น่าจะอนุมานได้ว่า คนไร้บ้านกลุ่มนี้ยังรู้สึกถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรมมากกว่าคนทั่วไป แม้ว่าประเภทบริการที่ต้องการรับบริการจะครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละหลักประกันแล้วก็ตาม เมื่อพิจารณาร่วมกับเหตุผลที่คนไร้บ้านกลุ่มนี้ระบุว่า “ไม่สามารถชำระค่าบริการได้” เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ตนเองไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ ก็พอจะอนุมานได้ว่าการไม่รู้สิทธิของตนเองเป็นต้นเหตุที่ทำให้คน

กลุ่มนี้ไม่กล้าใช้บริการทันตกรรม ดังนั้นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจในสิทธิที่มีจึงน่าจะเป็นกลวิธีแรกๆ ที่ควรนำมาแก้ปัญหาในคนไร้บ้าน เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และใช้สิทธิที่มีอยู่เช่นเดียวกับคนทั่วไป ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนกว่าการจัดโครงการพิเศษเพื่อดูแลคนกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะกิจดังเช่นที่มีการดำเนินการในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ก็พบว่าในท้ายที่สุดก็ไม่สามารถดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนได้⁽¹⁴⁾ ในขณะที่ประเทศไทยมีจุดแข็งของการให้สิทธิประโยชน์ทางด้านทันตกรรมแก่ประชาชนทุกคนอยู่แล้ว การส่งเสริมให้มีการใช้สิทธิที่มีจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไปได้

นอกจากประเด็นการไม่รู้ถึงสิทธิที่มีแล้วนั้น อุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการทันตกรรมในเชิงกายภาพก็ยังเป็นประเด็นที่ควรพิจารณา การเดินทางไม่สะดวก ระยะทางไกล และไม่สามารถชำระค่าเดินทางได้ เป็นปัญหาที่พบเช่นเดียวกับประชากรทั่วไปโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ^(15,16) กล่าวได้ว่าอุปสรรคเชิงกายภาพดังกล่าวยังเป็นอุปสรรคที่เด่นชัดสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง อันเป็นความท้าทายที่รอการแก้ไขของระบบสุขภาพไทยภายหลังจากที่มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แล้ว หน่วยบริการที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ “คนไร้บ้าน” ลงทะเบียน หรือ อยู่ใกล้ที่พัก สะดวกในการเดินทางควรจะต้องมีการสื่อสารเชิงรุกร่วมด้วยเพื่อเป็นหลักประกันว่าสิทธิดังกล่าวสามารถใช้ได้จริง อันจะลดความกังวลใจได้ โดยในระยะแรกอาจอาศัยการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสร้างความเข้าใจ สร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้คนไร้บ้านเข้ามามีส่วนในการออกแบบระบบบริการสำหรับตนเอง นอกจากนี้ควรประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดบริการสถานที่สำหรับการดูแลสุขอนามัยพื้นฐานประจำวันที่ชัดเจน ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน นอนหลับ เพื่อคงความสมดุลกับวิถีชีวิตและความเป็นอิสระของคนไร้บ้าน

บทความนี้มีข้อจำกัดสองประการ หนึ่งคือการเปรียบเทียบ

เทียบสถานะสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติมีข้อจำกัดในแง่การเลือกช่วงอายุที่ใช้ในการเปรียบเทียบซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการแปลผลการศึกษาได้ เนื่องจากระเบียบวิธีที่ใช้ในการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาตินั้น อาศัยการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มอายุดัชนี (index age) ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนธรรมชาติของการเกิดโรคในช่องปากที่มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงวัย อันเนื่องมาจากพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน⁽⁹⁾ โดยในการศึกษานี้เลือกกลุ่มอายุดัชนีสองกลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่แบ่งเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ซึ่งอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ 48.9 ปี และ 68.2 ปี ตามลำดับ ดังนั้นการเปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี จะต้องพิจารณาผลการศึกษาย่างระมัดระวัง เพราะสถานะสุขภาพช่องปากที่แย่กว่าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปได้ว่าเกิดจากอายุที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นธรรมชาติของการสะสมความรุนแรงของโรคในช่องปาก อย่างไรก็ตามความแตกต่างที่ค้นพบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปก็เพิ่มความหนักแน่นของข้อสรุปได้ เพราะไม่มีอคติในด้านอายุเปรียบเทียบที่ต่างกัน สำหรับข้อจำกัดประการที่สอง สืบเนื่องจากข้อมูลที่รวบรวมได้นี้อาศัยการตอบคำถามในลักษณะตอบตามตัวเลือก และเป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์พบหน้ากันเป็นครั้งแรก ทำให้ขาดข้อมูลเชิงคุณภาพที่อาจเป็นสาเหตุเบื้องหลังที่แท้จริงของการไม่เข้ารับบริการทันตกรรมของคนไร้บ้าน เช่น ความกลัวการตีตราและความอายต่อสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี แม้ว่าเหตุผลเหล่านี้จะปรากฏเป็นที่ประจักษ์ในการศึกษาก่อนหน้าก็ตาม⁽¹²⁾ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยในการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรม จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม บทความนี้ถือเป็นหลักฐานชิ้น

แรกของสถานการณ์สุขภาพช่องปากในกลุ่มคนไร้บ้านในประเทศไทย ซึ่งยืนยันถึงความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทันตกรรมซึ่งตามมาด้วยความรุนแรงของปัญหาสุขภาพฟันในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสกลุ่มนี้

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีมายาวนานกว่า 20 ปี พิสูจน์ความสำเร็จของประเทศไทย⁽¹⁾ แต่ความท้าทายอื่นๆ ทั้งการเป็นสังคมสูงวัยและรวมไปถึงกลุ่มเปราะบางอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้นในสังคม ยิ่งเป็นตัวเร่งให้สังคมต้องกลับมาทบทวนระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการทันตกรรมซึ่งยังคงเป็นความท้าทายแม้แต่กับการดูแลประชากรทั่วไปบนโลกนี้⁽⁵⁾ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มคนไร้บ้านจากบทความนี้ น่าจะเป็นหนึ่งในกระบอกเสียงที่ช่วยสร้างความตระหนักเพื่อนำสู่การปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่ดูแลประชากรได้อย่างเท่าเทียมและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอย่างแท้จริง

บทสรุป

แม้ว่าประเทศไทยจะได้รับการยกย่องในระดับสากลว่าเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับพลเมืองของตน แต่ประชากรกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะคนไร้บ้านยังคงถูกละเลยโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพฟัน บทความนี้แสดงให้เห็นสถานการณ์สุขภาพช่องปากของคนไร้บ้านกลุ่มหนึ่งจากโครงการจ้างวานซ้ำ ซึ่งมีสุขภาพช่องปากแย่กว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมาก และมีความต้องการรับบริการทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองแม้จะมีสิทธิก็ตาม จึงเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการสร้างเสริมให้คนไร้บ้านรับรู้และตระหนักในสิทธิที่มี รวมทั้งเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงมุมมองของผู้ป่วยต่ออุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม เพื่อใช้ในการวางแผนระบบบริการทันตกรรมในอนาคตที่จะมั่นใจได้ว่าไม่มีใครที่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

References

1. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;391(10126):1205-23. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30198-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30198-3/abstract). doi: 10.1016/S0140-6736(18)30198-3.
2. National Statistical Office. The 2021 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2021. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/96. (in Thai)
3. National Statistical Office. The 2023 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2023. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/96. (in Thai)
4. Tussanapirom T, Panichkriangkrai W, Vongmongkol V. Equity in utilization of oral health services among Thai population: results from health and welfare survey 2017. *Journal of Health Systems Research*. 2019;13(3):271-83. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5111>. (in Thai)
5. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-60. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31146-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31146-8/abstract). doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
6. Jitsuchon S. Thailand in a middle-income trap. *TDR Quarterly Review*. 2012;27(2):13-20. Available from: <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2012/12/t5j2012-somchai.pdf>.
7. Post reporters. Surge in homeless people heaps pressure on BMA. *Bangkok Post*. 2022 Oct 12 [cited 2023 May 31]. Available from: <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2412413/surge-in-homeless-people-heaps-pressure-on-bma>.
8. The Mirror Foundation. Work from homeless project Bangkok. 2020 [cited 2024 Aug 14]. Available from: <https://www.mirror.or.th/projects.php?m=pro>.
9. Bureau of Dental Health. The 9th national oral health survey 2023. Nonthaburi: Department of Health; 2024.
10. Lee SH, Ryu JI, Jung SH. Differences in utilization of medical and dental services among homeless people in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

- Health. 2020;17(15):5304. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5304>. doi: 10.3390/ijerph17155304.
11. Gelberg L, Panarites CJ, Morgenstern H, Leake B, Andersen RM, Koegel P. Tuberculosis skin testing among homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12(1):25-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497050/>. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.12101.x.
 12. Paisi M, Kay E, Plessas A, Burns L, Quinn C, Brennan N, et al. Barriers and enablers to accessing dental services for people experiencing homelessness: a systematic review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2019;47(2):103-11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12444>. doi: 10.1111/cdoe.12444.
 13. Goode J, Hoang H, Crocombe L. Strategies to improve access to and uptake of dental care by people experiencing homelessness in Australia: a grey literature review. *Australian Health Review*. 2020;44(2):297-303. Available from: <https://www.publish.csiro.au/ah/AH18187>. doi: 10.1071/AH18187.
 14. Novak B, Matajs M, Sangalli AE, Pruts H, Korpasova A, Lepotos N, et al. Evaluation of mobile and community dental service use among people experiencing homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(1):845. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/1/845>. doi: 10.3390/ijerph20010845.
 15. Deeponkrang N. Factors affecting public sector dental services accessibility among the elderly in Waeng Yai district, Khon Kaen province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office Volume*. 2021;3(1):1-20. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/247646>. (in Thai)
 16. Sangouam S. Factors related to accessibility of dental care service among the elderly in Lower Northern Region, Thailand. *Chiang Mai Dental Journal*. 2015;36(1):53-61. Available from: https://web1.dent.cmu.ac.th/cmdj/fulltext/fulltext_2558_36_1_380.pdf. (in Thai)