

การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์

ของ

สิริมาพร นาศพัฒน์

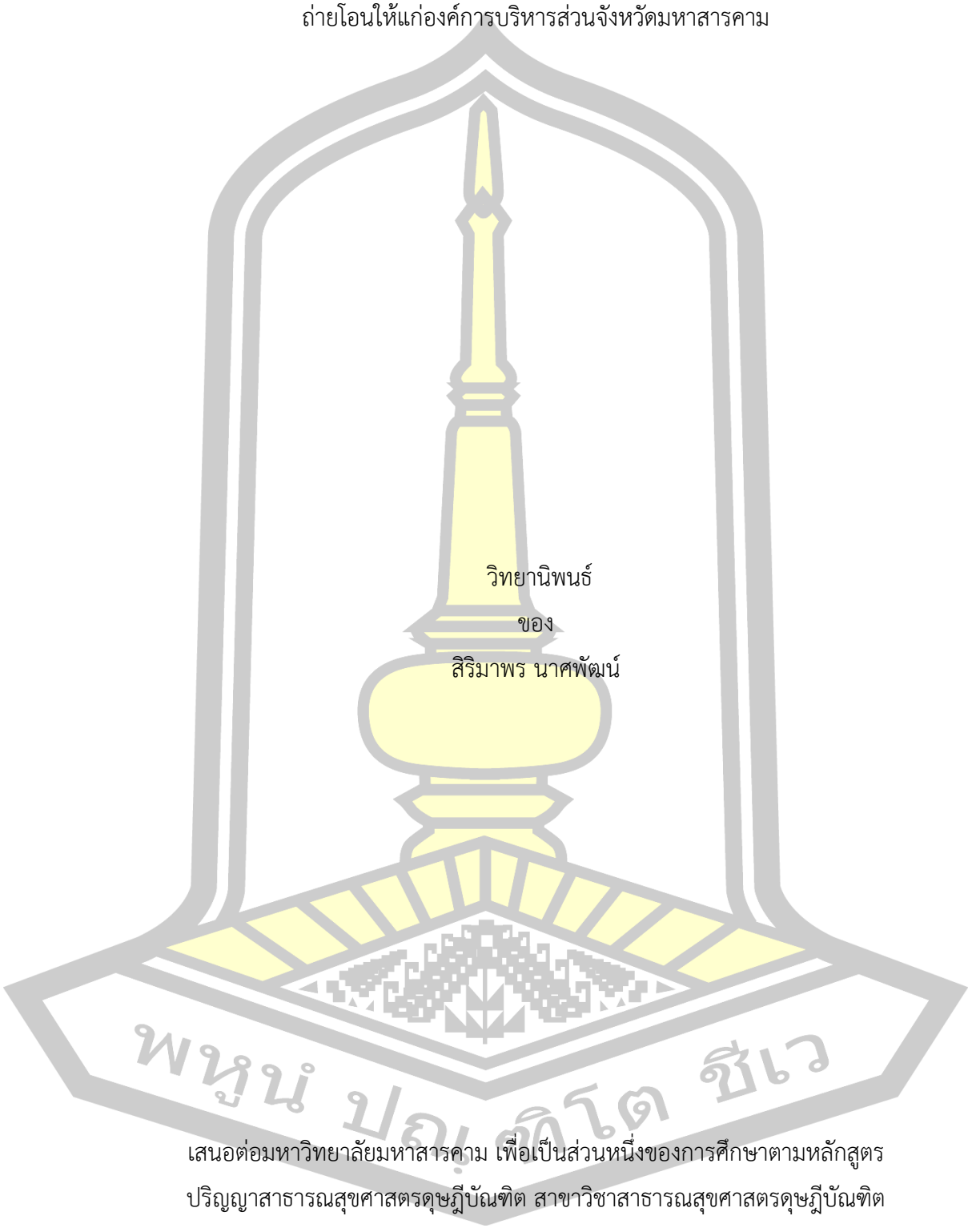
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

เมษายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม



วิทยานิพนธ์

ของ

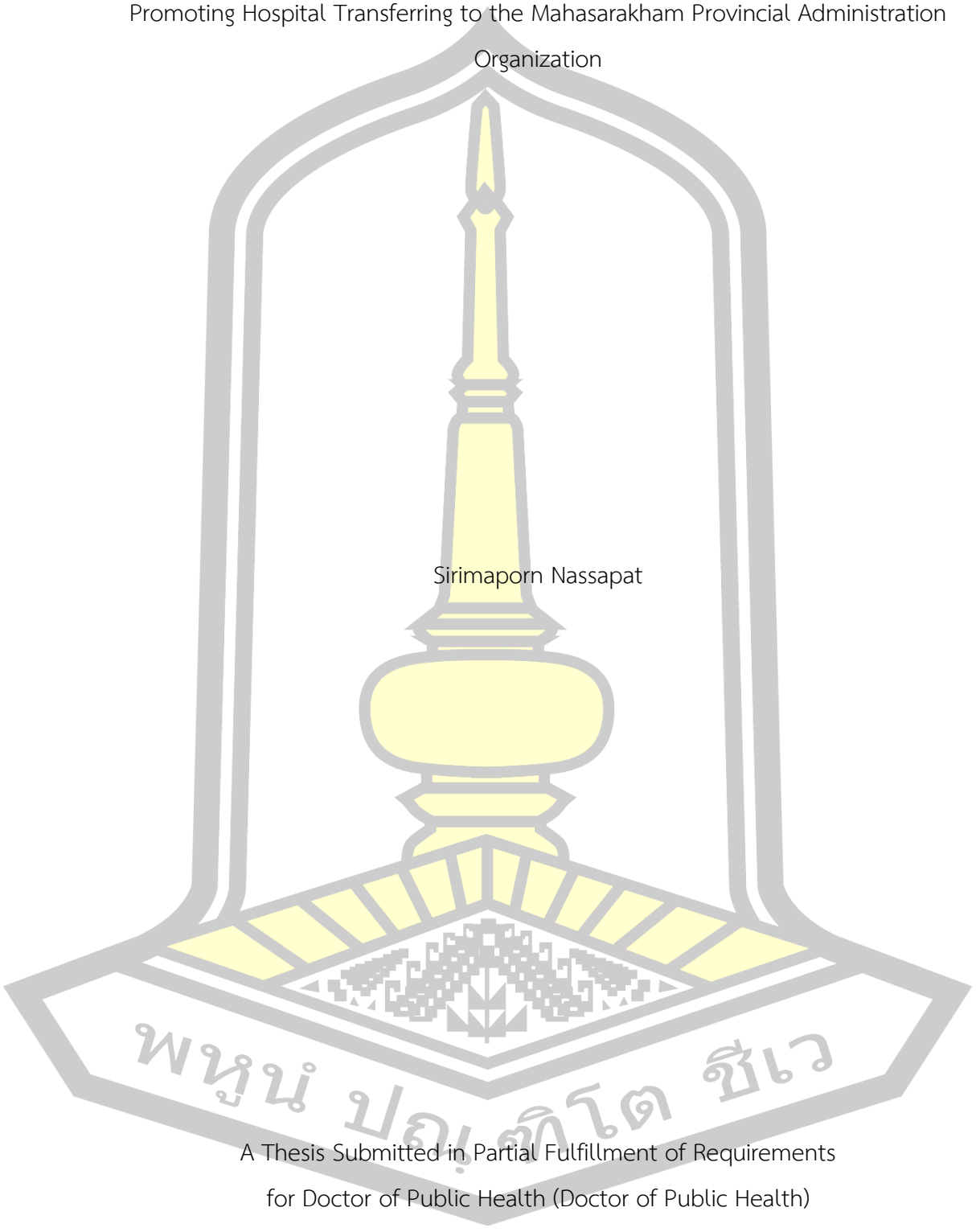
สิริมาพร นาศพัฒน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
เมษายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization

Sirimaporn Nassapat



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

April 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....กรรมการ
(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)	(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย สิริมาพร นาศพัฒน์

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎี **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

บัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2567

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณะและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น เป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการด้านสุขภาพของรัฐให้เข้าถึงประชาชนได้ดีขึ้น เร็วขึ้น และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบสำรวจ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 128 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การแสดงความคิดเห็น ส่วนสถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Multiple logistic regression

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย ประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมทำนายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 84.6 ส่วนรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีโครงสร้างคณะผู้ประเมิน 2) มีแนวทางการประเมิน 3) มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 4) มีการประสานงาน และ 5) การมีส่วนร่วม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ 1) นโยบาย ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีโครงสร้างคณะผู้ประเมิน 2) การมีส่วนร่วม มีเป้าหมายร่วมกันและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และ 3) การประสานงาน มีการประสานการดำเนินงานในขั้นตอน วิธีการ รายละเอียดตัวชี้วัดในการประเมินผล ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ และมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

คำสำคัญ : ด้านความเป็นธรรม, ด้านการตอบสนองความต้องการ, ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน, ด้านประสิทธิภาพการบริการ, การกำกับและการประเมินผล

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

TITLE The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization

AUTHOR Sirimaporn Nassapat

ADVISORS Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D.
Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D.

DEGREE Doctor of Public Health **MAJOR** Doctor of Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2024

ABSTRACT

The transfer of public health missions to local administrative organizations play a role in organizing public services and public health management for the benefit of local people. It is an important mechanism to increase efficiency. Providing state health services to reach the people better, faster and to meet the needs of the people in the area. It also provides an opportunity for the public to participate. This research aims to study Development of a model for monitoring and evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization. The Study is a mixed methods research (MMR), divided into 2 phases: Phase 1 is a multi-method research, Phase 2 is an action research. The target group is Stakeholders and those involved in monitoring and evaluating the performance of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization totalling 128 places. Data were collected using questionnaires and record expressing opinions from group discussion. Data were analysed using descriptive statistics; frequency, percentage, average, multiple logistic regressions

There were factors affecting the monitoring and evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization. It was found that the variables can participate in

predictions including health expenses Service Delivery, Health Workforce, Information System, Medical Products Vaccines and Technologies, Financing and Leadership and Governance. Statistically significant at the 0.01 level, all four variables were able to predict the monitoring and evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization was 84.6 %. As for the model for monitoring and evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization, it consists of 5 elements: 1) Evaluation team structure, 2) Evaluation guidelines, 3) Tools to use in Assessment 4) Coordination and 5) Participation.

The model for Monitoring and Evaluation of the Sub-district Health Promoting Hospital Transferring to the Mahasarakham Provincial Administration Organization consists of 5 elements: 1) Structure of the evaluation team 2) Evaluation guidelines 3) Evaluation tools 4) Coordination and 5) Participation. Factors of success in supervising consisting of 1) Policy, administrators give important. There is a structure for the evaluation team. 2) Participation Have a common goal and participate in operations and 3) Coordination. There is coordination of operations in steps, methods, and detailed indicators for evaluation. From providing information, thinking together, and analyzing. And there is integration and collaboration.

Keyword : Improved Health, Responsiveness, Social and Financial Risk Protection, Improved Efficiency, Monitoring and Evaluation

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และอาจารย์ผู้ซึ่งเป็นประธานและคณะกรรมการสอบทั้งเค้าโครงและการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ด้านวิชาการต่าง ๆ และได้ช่วยตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแนะนำข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นายประเสริฐ ไหลหาโคตร์ สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย ดร.ศิริลักษณ์ ยะสูงเนิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นายธนกร จันทาคีมบง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และ ดร.ชยพล ยะวร ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านกระบาก ที่ให้คำแนะนำและปรับแก้ไขเครื่องมือในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายกองโท ดร.คมคาย อุดรพิมพ์ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายปฏิวัติ แปลงมาลย์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข นายทินกร ทองรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ผู้บริหาร คณะเจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ผู้บริหาร คณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้ช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์และนิสิตช่วยงานทุกท่าน

ขอขอบพระคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัยประจำปีงบประมาณ 2567 และมอบโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษา

และสุดท้ายขอขอบพระคุณร้อยตรีอดุลย์ นาศพัฒน์ นางวัฒนา นาศพัฒน์ นายสถาพร นาศพัฒน์ นางปัทมาวดี ภาวภูตานนท์ นางกมลพร จันทาคีมบง นางสาววิภาดา คงทรง นางสาวศิรประภา หล้าสิงห์ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต รุ่นที่ 13 และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่มิได้เอ่ยนามทุกท่าน ผู้เป็นทั้งครอบครัว เป็นกำลังใจ เป็นผู้สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สิริมาพร นาศพัฒน์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญรูปภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 หลักการและเหตุผล 1

1.2 คำถามการวิจัย 5

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย 5

1.4 ความสำคัญของการวิจัย 5

1.5 ขอบเขตของการวิจัย 6

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ 6

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 9

2.1 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข 9

2.2 การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 13

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้บริบทการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 24

2.4 แนวคิดการกำกับและการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ 48

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน 78

2.6 การวิจัยแบบผสานวิธี....81
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง....86
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.... 100
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ.... 101
3.1 รูปแบบการวิจัย.... 101
3.2 พื้นที่ในการวิจัย.... 101
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย.... 102
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.... 103
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.... 104
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.... 107
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย.... 108
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.... 109
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.... 110
4.1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม.... 110
4.2 ผลการศึกษากระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม.... 184
4.3 ผลการศึกษาผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม.... 207
4.4 ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม.... 215
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.... 216
5.1 สรุปผล.... 216
5.2 อภิปรายผล.... 222
5.3 ข้อเสนอแนะ.... 229

บรรณานุกรม 231

ภาคผนวก 238

ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ 239

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 246

ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการ 273

ภาคผนวก ง การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 305

ภาคผนวก จ คู่มือแนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 308

ประวัติผู้เขียน 320

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากร (N= 128)..... 111

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128)..... 114

ตารางที่ 3 ระดับการจัดระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128)..... 126

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128)..... 126

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) 127

ตารางที่ 6 ระดับการประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)..... 134

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม แยกรายด้าน (N= 128)..... 135

ตารางที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) 136

ตารางที่ 9 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) 140

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)..... 141

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม 149

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 Building Blocks 163

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม..... 169

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการ (A) กำลังคนด้านสุขภาพ (B) ระบบข้อมูลข่าวสาร (C) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (D) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (E) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (F) ที่สามารถทำนายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (Y) (N= 128)..... 182

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) 183

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด..... 186

ตารางที่ 17 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 195

ตารางที่ 18 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 30 ตัวชี้วัด 200

ตารางที่ 19 ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 23 ตัวชี้วัด 204

ตารางที่ 20 รูปแบบที่ 1 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม..... 207

ตารางที่ 21 รูปแบบที่ 2 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่..... 209

ตารางที่ 22 รูปแบบที่ 3 รูปแบบการประเมินจากการเสนอของอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ผ่านมติคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 211

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 กรอบการจัดการระบบสุขภาพ ตามแนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน.....79

รูปภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผน 84

รูปภาพที่ 3 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 84

รูปภาพที่ 4 รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม 214

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหนึ่งในการดำเนินงานที่สำคัญตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณะและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะในมิติด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคติดต่อและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและถ้วนหน้ามากยิ่งขึ้น อันจะช่วยส่งเสริม ยกระดับ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้น จึงเป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการด้านสุขภาพของรัฐให้เข้าถึงประชาชนได้ดีขึ้น เร็วขึ้น และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ นอกจากนี้ ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ รวมไปถึง มีบทบาทในการตรวจสอบการให้บริการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดประเทศไทย, 2564)

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐในระบบประชาธิปไตย สำหรับประเทศไทยมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ภายใต้การประกาศใช้แผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการในเรื่องถ่ายโอนภารกิจสัดส่วนภาษีและอากร และรายได้ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ด้วยการปกครองส่วนท้องถิ่นกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจภายนอก สภาพแวดล้อมทางการเมือง และการเมืองในชุมชนท้องถิ่น (เสกสรร ตันติวนิช, 2562)

การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ไม่สามารถดำเนินการไปได้มากเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญคือ แนวคิดที่ยังต้องการรักษาอำนาจส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขเอาไว้ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของทิศทางและนโยบายการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข ผลที่เกิดขึ้นก็คือมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่าร้อยแห่งไม่ต้องการรอการถ่ายโอน และได้ดำเนินการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองในพื้นที่ ซึ่งเป็นการลงทุนที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความเชื่อมโยงกันในการทำหน้าที่ของส่วนราชการกับท้องถิ่นหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนราชการทั้งหลายยังต้องมีหน้าที่กำกับดูแล ช่วยเหลือทางด้านเทคนิควิชาการซึ่งเปรียบเสมือนการทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่น แต่ปรากฏว่าไม่มีกลไก/ วิธีคิด ในการร่วมมือกันทำงานในลักษณะที่ชัดเจน ท้องถิ่นต้องช่วยตัวเอง ผลเสียจึงเกิดแก่ประชาชน (จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, 2554)

ในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า สาเหตุที่ทำให้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่เสร็จเรียบร้อย เรียงลำดับตามลำดับความสำคัญของสาเหตุจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากร รายได้มีไม่เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ งบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาลไม่เพียงพอ การจัดหางบประมาณเพิ่มเติมเพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานมีขีดจำกัดในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข 2) บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงานของตน อัตรากำลังระยะยาวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรไว้รองรับบำเหน็จบำนาญ ความก้าวหน้าเกี่ยวกับตำแหน่งงานของตน ความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหางบประมาณเพิ่มเติมสำหรับจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข สวัสดิการที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ความซ้ำซ้อนของตำแหน่งงาน 3) เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเตรียมการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเวลาที่กฎหมายกำหนด ไม่กระตุ้นให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเวลาที่กฎหมายกำหนด และ 4) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีนโยบายรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สมยศ แสงมะโน, 2557)

ส่วนความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ท้องถิ่น ระดับความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยภาพรวมเห็นด้วยในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน และด้านการบริหารจัดการเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง พบว่า อยู่ในระดับน้อยทุกด้าน (ตุลยวดี หล่อตระกูล, 2563)

แนวทางการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้มีบทบาทในการจัดระบบบริการสาธารณะและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่นั้น โดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดประเทศไทย, 2564)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) จำนวน 27 แห่ง ใน พ.ศ. 2551 จำนวน 19 แห่ง ใน พ.ศ. 2555 จำนวน 4 แห่ง ใน พ.ศ. 2557 จำนวน 1 แห่ง ใน พ.ศ. 2559 จำนวน 6 แห่ง ใน พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่ง ใน พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 9,787 แห่งทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้ได้มีจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความประสงค์ที่จะถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 3,384 แห่ง โดยมีบุคลากรที่สมัครใจถ่ายโอน จำนวน 21,997 คน แบ่งเป็นข้าราชการ จำนวน 12,060 คน และประเภทการจ้างอื่น จำนวน 9,937 คน อนึ่ง ในการนี้มีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ผ่านประเมินความพร้อม จำนวน 49 จังหวัด แบ่งเป็นระดับดีเลิศ จำนวน 45 จังหวัด และระดับดีมาก จำนวน 4 จังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มี สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 808 แห่ง แสดงความจำนง ถ่ายโอนภารกิจด้วยความสมัครใจ จำนวน 656 แห่ง ร้อยละ 81.19 โดยจำแนกเป็นรายจังหวัดดังนี้ จังหวัดร้อยเอ็ด มี 229 แห่ง มีความประสงค์ถ่ายโอน 229 แห่ง ร้อยละ 100.00 จังหวัดขอนแก่น มี 248 แห่ง มีความประสงค์ถ่ายโอน 248 แห่ง ร้อยละ 100.00 จังหวัดมหาสารคาม มี 175 แห่ง มีความประสงค์ถ่ายโอน 128 แห่ง ร้อยละ 73.14 และจังหวัดกาฬสินธุ์ มี 156 แห่ง มีความประสงค์ถ่ายโอน 51 แห่ง ร้อยละ 32.69 โดยมีบุคลากรรวมทุกหน่วยบริการ (ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่) จำนวน 4,391 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565)

ในปัจจุบันองค์การบริหารส่วนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ ได้เตรียมความพร้อมดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของคณะกรรมการกระจายอำนาจโดยสอดคล้องกับแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย และแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ไม่ใช่กรรมการโดยตำแหน่งในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธานกรรมการ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ 1) การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน 2) การควบคุมโรคติดต่อ 3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ 6) การบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565) จากสถานการณ์ที่จะต้องมีการเตรียมการถ่ายโอนภารกิจของสถานี

อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จะต้องคำนึงถึงการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน เนื่องจากมีการเปลี่ยนการบังคับบัญชาตามโครงสร้างใหม่ แต่ก็จะต้องมีการประสานงานและขอความร่วมมือจากต้นสังกัดเดิมในการดูแลหน่วยงานนี้อยู่ นอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องดำเนินงานดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 อีกด้วย ดังนั้น จะต้องมีรูปแบบการพัฒนาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วย

อนึ่ง จังหวัดมหาสารคามมีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 175 แห่ง ถ่ายโอน จำนวน 128 แห่ง ร้อยละ 73.14 ดังนี้ อำเภอเมืองมหาสารคาม 6 แห่ง อำเภอแกดำ 7 แห่ง อำเภอโกสุมพิสัย 12 แห่ง อำเภอกันทรวิชัย 14 แห่ง อำเภอเชียงยืน 10 แห่ง อำเภอนาเชือก 12 แห่ง อำเภอวาปีปทุม 22 แห่ง อำเภอนาดูน 12 แห่ง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย 9 แห่ง อำเภอยางสีสุราช 10 แห่ง อำเภอกุดรัง 8 แห่ง อำเภอชื่นชม 6 แห่ง และ อำเภอบรบือ ไม่ประสงค์ถ่ายโอน โดยมีบุคลากรรวม ทุกหน่วยบริการ (ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่) ถ่ายโอน ดังนี้ ผอ.รพ.สต. ถ่ายโอน ร้อยละ 98.82 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 38.63 นักวิชาการสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 28.74 และ นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านทันตสาธารณสุข) หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ร้อยละ 53.97 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565)

ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้เตรียมความพร้อมดำเนินการตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนฯ ของคณะกรรมการกระจายอำนาจโดยสอดคล้องกับแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย และแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ไม่ใช่กรรมการโดยตำแหน่งในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธานกรรมการ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ 1) การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน 2) การควบคุมโรคติดต่อ 3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ 6) การบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565)

ซึ่งการจัดบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น ยังคงเป็นการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยคำนึงถึงหลักการกระจายอำนาจซึ่งกำหนดไว้ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนราชการจะต้องจัดทำบริการสาธารณะ/ กิจกรรมสาธารณะให้แก่ประชาชนได้อย่างมีมาตรฐานไม่น้อยกว่าที่ส่วนราชการได้ดำเนินการไว้ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนอย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะต้องมีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตปรากฏในแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 ปี โดยแผนงานหรือโครงการนั้นต้องเข้าข่ายงานด้านสาธารณสุขและงานด้านคุณภาพชีวิต หรือสนับสนุนส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ดำเนินการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องดำเนินงานร่วมกันกับโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายสุขภาพต่าง ๆ ในการพัฒนาการดำเนินงาน การกำกับและการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันต่อไป (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดประเทศไทย, 2564)

ดังนั้น การศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานกำกับและประเมินการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดบริการสุขภาพได้ตรงกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษากระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

เป็นการศึกษารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้มีการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดบริการสุขภาพได้ตรงกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษา ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ แนวคิดการกำกับและการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

ศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 128 แห่ง

1.5.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

1.5.4 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการวิจัยระหว่าง กุมภาพันธ์ 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 การถ่ายโอน หมายถึง การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่านโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (19 ตุลาคม 2564)

1.6.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

1.6.3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1.6.4 หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคาม

1.6.5 การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษ ที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) ประกอบด้วย

1) ระบบบริการ (Service Delivery) หมายถึง มีการให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ การบริการด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ การให้บริการด้านคุ้มครองผู้บริโภค การให้บริการด้านบริหารจัดการและการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการให้บริการด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) หมายถึง จำนวนบุคลากรของแต่ละกลุ่มงานภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการกำหนดตำแหน่งให้เป็นไปตามความประสงค์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System) หมายถึง ระบบสารสนเทศที่ใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน ในการบริหารระบบสุขภาพ รวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines) หมายถึง การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ บัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์และหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ใช้ยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) หมายถึง การจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance) หมายถึง การกำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

1.6.6 การกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน หมายถึง การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านความเป็นธรรม หมายถึง มีแนวทางการทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ การทำงานร่วมกันเป็นทีม การถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย มีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และมีการกำกับติดตามดูแลอย่างเป็นระบบ มีการนำข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน พัฒนาการจัดระบบบริการและความพึงพอใจที่ดีขึ้น

2) ด้านการตอบสนองความต้องการ หมายถึง มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา ชุมชนและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานกิจกรรมด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนงานโครงการ ชุมชน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน/ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ

3) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน หมายถึง มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนองสอดคล้องกับการจัดการทรัพยากร การพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่าย และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน

4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ หมายถึง มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือให้คำแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.6.6 ผู้ประเมิน หมายถึง (1) ผู้รับผิดชอบงานจากกองการสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด (2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ (3) ตัวแทนกรรมการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอและต่างอำเภอ (4) ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ (5) ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

2.2 การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้บริบทการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2.4 แนวคิดการกำกับและการประเมินระบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Monitoring Conceptual Framework)

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (2564) ได้กล่าวถึง ความเป็นมา พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มุ่งเน้นที่จะถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยกำหนดระยะเวลาของการถ่ายโอนไว้ 10 ปี ขณะนี้การดำเนินงานเข้าสู่แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ก็มีผลบังคับใช้แล้ว เพื่อให้การดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขับเคลื่อนไปได้ โดยมุ่งหวังประชาชนในห้องถิ่นได้รับบริการสาธารณะที่ดี มีคุณภาพ มีความเป็นธรรม โปร่งใส และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้กำหนดหลักการสำคัญเที่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไว้ในหมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 70 และ 80 และหมวดที่ 14 การปกครองท้องถิ่น มาตรา 281–290 ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2515 กำหนดรายละเอียดที่สำคัญไว้ 2 กลุ่มคือ

1. ให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมารองรับการถ่ายโอน สถานบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย (พวงบริการ) และให้มีการโอนงานหลักประกันสุขภาพให้แก่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในปี 2546

พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทำหน้าที่คณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Board) ใน 52 จังหวัด โดยเน้นการดำเนินการใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินงานหยุดชะงัก เพราะมีนโยบายเร่งด่วนเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการตามพระราชบัญญัติ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

ต่อมาคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้มีมติเมื่อ พ.ศ. 2550 ให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากในพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้ถึง ร้อยละ 35.00 จึงเร่งรัดให้ส่วนราชการต่าง ๆ ถ่ายโอนภารกิจเพื่อเป็นการกระจายสัดส่วนของรายได้ให้ท้องถิ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยระดับตำบลจำนวน 28 แห่ง ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ อบต. และเทศบาล) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 และ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551

2. การถ่ายโอนการกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 34 ภารกิจ จาก 7 กรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจนถึงปัจจุบันดำเนินการถ่ายโอนได้ 7 ภารกิจ ประกอบด้วย

1. ภารกิจการสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
2. การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
3. การจัดทำและพัฒนาน้ำสะอาด
4. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
5. การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน
6. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 และได้รายงานต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และให้มีผลต่อหน่วยงานของรัฐ จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว สำหรับในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยมีขอบเขตการถ่ายโอน คือ

1) ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและระบบการรักษาพยาบาล

2) ภารกิจที่จะถ่ายโอน

2.1) ภารกิจและงบประมาณการบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องตัน พร้อมสถานีอนามัย และบุคลากรถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมดำเนินการ

2.2) ภารกิจการรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ให้เป็นทางเลือกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีความพร้อมก็ให้สามารถรับโอนได้ ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรืออาจดำเนินการร่วมกับภาครัฐ

2.3) โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือระดับสูงกว่า ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยดำเนินการ หรือหากดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมสูงกว่า

2.4) ภารกิจการควบคุมป้องกันโรคติดต่อร้ายแรง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือดำเนินการภายในเขตจังหวัด ภายใต้การกำหนดนโยบายและกำกับดูแลของคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง ทบวง กรม อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.5) ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ ศ. 2521 โดยให้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

2.6) ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

2.7) ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แต่งตั้งผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าพนักงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2558

3) ในระยะแรก ให้ถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และระยะสุดท้าย หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการ

การดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุข ได้ทดลองเตรียมการถ่ายโอนสถานีอนามัย 35 แห่ง ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมิน 30 แห่ง แต่ระหว่างการดำเนินการได้มี องค์การบริหารส่วนตำบลบางแห่งเลื่อนสถานะเป็นเทศบาลตำบล/เมือง จึงทำให้การถ่ายโอนล่าช้า และสามารถถ่ายโอนสถานีอนามัยได้ 22 แห่ง ในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2550 และวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2551 อีก 6 แห่ง รวมเป็น 28 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดพิธีส่งมอบสถานีอนามัย 22 แห่ง ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร 7 ชั้น : ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในพิธี ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

รักษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามในการถ่ายโอนภารกิจและส่งมอบทรัพย์สินให้แก่ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงมหาดไทย มอบหมายให้นายสมพร ใช้บางยาง อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นร่วมเป็นสักขีพยานในการส่งมอบ

1. หลักการในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2551 ดังนี้

1.1 มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาวในการตัดสินใจและดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ ฯ และเพื่อเกิดระบบบริการสุขภาพที่เสนอภาคมีประสิทธิภาพและคุณภาพดี

1.2 มุ่งระบบที่ยืดหยุ่น มีพลวัต เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ

1.3 มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม โดยการสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งทั้งจากส่วนกลางภูมิภาค ท้องถิ่นและภาคประชาชนในท้องถิ่น

2. แนวทางในการดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยกระบวนการที่มีส่วนร่วม และมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวาง จนได้แนวทางที่ผ่านความเห็นชอบจากที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุข และนำเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ และเพื่อให้การถ่ายโอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความพร้อมและความพึงพอใจของทุกฝ่าย จึงได้มีการกำหนดเงื่อนไขในการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 3 เงื่อนไข คือ

2.1 เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการถ่ายโอนมีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ จึงถ่ายโอนให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดีใน พ.ศ. 2548 หรือ พ.ศ. 2549

2.2 เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการถ่ายโอนมีความสนใจในการดำเนินการด้านสุขภาพ จึงถ่ายโอนให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ร่วมดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

2.3 เพื่อให้เป็นการดำเนินการที่มีความพร้อมใจจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จึงกำหนดให้ถ่ายโอนเฉพาะสถานีอนามัยที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสมัครใจถ่ายโอนอย่างน้อยร้อยละ 50.00 ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงในสถานีอนามัยนั้น

สรุปได้ว่า การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ไม่สามารถดำเนินการไปได้มากเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญคือแนวคิดที่ยังต้องการรักษาอำนาจส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขเอาไว้ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของทิศทางและนโยบายการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข ผลที่เกิดขึ้นก็คือ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่าร้อยแห่งไม่ต้องการรอการถ่ายโอน และได้ดำเนินการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองในพื้นที่ ซึ่งเป็น

การลงทุนที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความเชื่อมโยงกันในการทำหน้าที่ของส่วนราชการกับท้องถิ่น หลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนราชการทั้งหลายยังต้องมีหน้าที่กำกับดูแล ช่วยเหลือทางด้านเทคนิค วิชาการ ซึ่งเปรียบเสมือนการทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่น แต่ปรากฏว่า ไม่มีกลไก/วิธีคิดในการร่วมมือกันทำงานในลักษณะที่ชัดเจน ท้องถิ่นต้องช่วยตัวเอง ผลเสียจึงเกิดแก่ประชาชน

2.2 การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดประเทศไทย (2564) ได้กล่าวถึง ประวัติความเป็นมาและแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังนี้

2.2.1 ความเป็นมาของการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะมีผลบังคับใช้มาเป็นระยะเวลาหลายสิบปีแล้ว และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภารกิจที่เกี่ยวข้องให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่พบว่า การขับเคลื่อนการถ่ายโอนกลับไม่เป็นไปตามแผน โดยจากจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งประเทศ 8,787 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (เมืองพัทยา) เพียง 65 แห่ง กลไกการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาตรา 32 กำหนดให้มีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งระบุรายละเอียดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบจะต้องกระทำ โดยการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2542 การกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในแต่ละจังหวัดซึ่งมีสมาชิกประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง ผู้แทนส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และการรักษาพยาบาลในลักษณะพ่วงบริการ โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ได้รับการออกแบบให้มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ แผนความต้องการทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนออกแบบหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากรโดยเฉพาะด้านงบประมาณ และหลักเกณฑ์ในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดข้อสังเกตต่อกลไกการถ่ายโอน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในรูปแบบ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ตามแผนปฏิบัติกรกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศที่มีวัตถุประสงค์ให้มีมติการบริหารจัดการเชิงพื้นที่และการมอบอำนาจการตัดสินใจด้านยุทธศาสตร์งบประมาณ และการบริหารบุคลากรด้านสุขภาพให้แก่พื้นที่ อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปัจจุบันให้กับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ก็หยุดชะงักลงเนื่องจากนโยบายการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลในขณะนั้นซึ่งเป็นที่มาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในขณะนั้น ยังใช้ชื่อเรียกว่า "สถานีอนามัย"

2.2.2 บทบาทหน้าที่ และการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงถือเป็นปราการด่านหน้าของระบบสุขภาพในทำนองเดียวกับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปราการด่านหน้าของระบบบริการสาธารณะ โดยที่ทฤษฎีและงานวิจัยทางด้านระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขกล่าวว่า เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์สอดคล้องกับนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ว่า “สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์แบบของร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) และชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม (Social Health)” ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและการบูรณาการของทุกภาคส่วน จะใช้การบริหารจัดการแบบแยกส่วน (Silo Management) ที่เป็นวิธีปฏิบัติของกระทรวงและกรมไม่ได้ ทั้งนี้ ในระบบบริหารราชการแผ่นดินทั้ง 3 ระดับในประเทศไทยนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการอพยพที่ตอบโจทย์ดังกล่าว ได้ดีที่สุด โดยมีความคาดหวังว่า เมื่อถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำให้การบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้คล่องตัวและสามารถยกระดับการบริการประชาชนด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อแบ่งเบาภาระสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและภารกิจอื่นที่เกี่ยวข้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคม (Social Determinants of Health)” เช่น งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

กลไกการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน) ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น จากเดิมที่เป็นการถ่ายโอนให้กับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นการถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง โดยหลักการ คือ หากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ต้องถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ทั้งนี้ ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ในพื้นที่ และระยะสุดท้ายของแผน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการ ดังนั้นองค์การบริหารส่วนจังหวัดจึงสามารถขอรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ แต่แผนไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนให้ราชการบริหารส่วนกลางต้องมีหลักเกณฑ์และขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำเฉพาะตัวชี้วัดความพร้อมของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ไม่มีสภาพบังคับที่ชัดเจน ทำให้การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ ต้องเป็นไปตามนโยบายรัฐบาลและมติที่ประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีมติกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งตัวชี้วัดความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2564 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรมตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากผลการศึกษาเรื่อง "การสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด" สามารถจำแนกปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลได้ 2 ประเด็นหลัก คือ

1. ปัญหาและอุปสรรคจากตัวชี้วัดและขั้นตอนการประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีดังนี้

1.1 หลายตัวชี้วัดเป็นอุปสรรคสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลยกตัวอย่างเช่น ตัวชี้วัดความสมัครใจของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ผ่านการประเมินความพร้อมไว้สูง และยังถือเป็นช่องโหว่ในการสื่อสารข้อมูลที่ผิดพลาดจนทำให้บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เกิดความไขว้เขวและมีความรู้สึกต่อต้านการกระจายอำนาจ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงควรยกเลิกตัวชี้วัดนี้ และดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นออกแบบระบบบริหารงานบุคคลที่มีหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่ชัดเจนและเอื้อต่อ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ ตัวชี้วัดความพึงพอใจของประชาชนต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่มีหลักการ เหตุผล และวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับหลักวิชาการ เนื่องจากเป็นคำถามเชิงคาดการณ์อนาคตที่อาจทำให้ประชาชนที่ไม่คุ้นเคยกับการบริหารงานสาธารณสุขและการปกครองท้องถิ่นเกิดความสับสน รวมทั้งยังเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของประชาชน ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Data) ซึ่งสุ่มเสี่ยงต่อปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น สภาพจิตใจของประชาชนในขณะนั้นและข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ทั้งนี้ หากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสงค์จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาชน ควรออกแบบกระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่และกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของ (รพ.สต.) ที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน มากกว่าจะเลือกใช้ตัวชี้วัดที่ไม่มีความเหมาะสมทั้งในเชิงทฤษฎีและมีความเสี่ยงในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อาจทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนที่แท้จริงคลาดเคลื่อนได้

1.2 คณะอนุกรรมการและคณะทำงานชุดต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจำนวนมากเกินความจำเป็นและประกอบด้วยบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทั้งที่เป็นข้าราชการประจำและข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ ทำให้สุ่มเสี่ยงต่อการขัดกันแห่งบทบาทหน้าที่ (Conflict of Obligation) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงและเป็นส่วนราชการกลุ่มเป้าหมายของการปฏิรูปภาครัฐ ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ดังนั้น การที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้กระทรวงสาธรณสุขเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจที่จะถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงไม่ชอบด้วยบทบัญญัติแห่งพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 24 เนื่องจากทำให้การให้ความเห็นชอบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นล่าช้าและไม่เป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2

2. ปัญหาและอุปสรรคภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

2.1 ก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ไม่ปรากฏกลไกและแนวทางส่งมอบข้อมูลด้านสุขภาพประชาชนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอน (รพ.สต.) แล้วไปยังกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วโดยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การดำเนินงานด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดสุขภาพปฐมภูมิที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (2) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปีที่ได้รับการคัดกรองความ

ดันโลหิตสูง (3) ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และ (4) ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี ดังนั้น สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น คือ การเร่งรัดจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงได้การจัดสรรเงินอุดหนุนรายหัวประชากรตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage: UC) และยังสามารถยื่นขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันได้ริเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ ทำให้ประชาชนที่รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทุกแห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเรียกเก็บค่าชดเชยบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยตรง ไม่ต้องเรียกเก็บจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันเอง อย่างไรก็ตาม พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่ได้รับเงินสนับสนุนที่เป็นงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P & P) จากโรงพยาบาลอำเภอแม่ข่ายเครือข่ายหน่วยคู่สัญญาของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (CUP) ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งได้รับเงินสนับสนุนดังกล่าวเท่ากับก่อนการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2.3 บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาตรา 9 ระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีสิทธิได้รับเงินค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณ์สุข โดยคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิอาจทำความตกลงกับกระทรวงการคลังโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทที่มีกฎหมายจัดตั้งที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อขอรับเงินสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในปัจจุบันยังไม่ปรากฏแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

2.4 แนวทางการถ่ายโอนบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นการถ่ายโอนบุคลากร ตำแหน่ง และงบประมาณที่เป็นเงินเดือนและสิทธิสวัสดิการที่ได้จากรัฐ โดยไม่นับรวมเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความในมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตาม ตำแหน่งดังกล่าวเป็นตำแหน่งเฉพาะตัว เมื่อบุคลากรที่ครองตำแหน่งนั้นโอนย้ายไปครองตำแหน่งอื่นหรือโอนย้ายไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือลาออกจากราชการ ตำแหน่งดังกล่าวจะถูกยุบไปโดยปริยาย ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องแบกรับภาระทางงบประมาณในการขอเปิดตำแหน่งทดแทนและบรรจุบุคลากรใหม่ ซึ่งจะถือเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรตามความในมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

2.5 ความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันมีมาตรฐานที่ชัดเจนและเป็นธรรมมากขึ้นกว่าในอดีต โดยประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับการคัดเลือกเพื่อเลื่อนและแต่งตั้งข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นตำแหน่งทั่วไปและประเภทวิชาการให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น พ.ศ. 2551 กำหนดหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ และกระบวนการในการเลื่อนและแต่งตั้งข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นไม่จำเป็นต้องรอให้อัตราที่สูงขึ้นว่างลงดังเช่นหลักเกณฑ์ คุณสมบัติ และกระบวนการในการเลื่อนและแต่งตั้งข้าราชการพลเรือนสามัญ กล่าวคือ เมื่อข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นมีคุณวุฒิและคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่คณะกรรมการกลางข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของระดับที่จะแต่งตั้งและมีความเหมาะสมก็สามารถยื่นขอรับการประเมินต่อผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นได้

2.6 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพิจารณาจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ และเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการในหน่วยบริการสาธารณสุขหรือนอกหน่วยบริการสาธารณสุข หรือแม้กระทั่งต่างหน่วยบริการสาธารณสุข แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงกรณีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานแบบไม่เต็มเวลา (Part-time Employee)

นอกจากประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 แล้ว ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องก็ได้ดำเนินการแก้ไข "จุดเจ็บปวด (Pain Point)" ของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น คือ

1) ระบบส่งต่อข้อมูลและตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ชัดเจน ครอบคลุม และมีสภาพบังคับตามกฎหมาย 3 ฉบับ คือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2561 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

2) เส้นทางความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแท่งทั่วไปและแท่งวิชาการที่มีหลักเกณฑ์และมาตรฐานชัดเจนขึ้น สามารถป้องกันการแทรกแซงทางการเมืองของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2561 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย เงินคำตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562 ทำให้การบริหารจัดการ รพ.สต.ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคล่องตัวมากขึ้นไรก็ตาม ยังมีสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ต้องดำเนินการแก้ไข คือถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในกรณีที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบางแห่งขอรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนมาก (มากกว่า 60 แห่ง) จะมีลักษณะคล้ายกับระบบบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยพบว่า หนึ่งใน "จุดเจ็บปวด (Pain Point)" คือ ขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ในลักษณะแผนแม่บทที่กำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ และขาดช่องทาง/ แพลตฟอร์มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพของพื้นที่ในการร่วมออกแบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนมากมีลักษณะควบคุมสั่งการ “แบบบนลงล่าง (Top-down Approach)” โดยไม่แตกต่างจากระบบการบริหารจัดการของกรุงเทพมหานครและกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ดังนั้น ส่วนราชการและองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดทำนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ตามประกาศการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2542 การจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่ไม่มีหลักเกณฑ์และกระบวนการพิจารณาที่ชัดเจน ทำให้เกิดความลักลั่นของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3) ส่วนราชการที่กำหนดนโยบายอภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นและส่งเสริมสนับสนุนการปกครองท้องถิ่นในภาพรวม คือสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมีกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติหน้าที่ส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยส่วนราชการทั้ง 3 แห่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และยังต้องรับผิดชอบงานประจำเป็นหลัก ได้แก่ บันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ การจัดทำวาระการประชุม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ด้านนโยบายและส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเชิงรุกได้ นอกจากนี้ ยังไม่มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการตามกฎกระทรวง ทั้งนี้ แม้การเพิ่มกรอบอัตรากำลังอาจไม่ใช่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่สมบูรณ์แบบแต่ส่วนราชการควรพิจารณาความเหมาะสมของภาระงานกับกรอบอัตรากำลังเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการกระจายอำนาจได้ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552

2.2.3 กฎหมายและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ราชกิจจานุเบกษา ออกประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งนี้ ประกาศดังกล่าวลงนามโดย นายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่วันที่ 5 ตุลาคม 2564

ประกาศดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง ซึ่งมาจากการประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการประชุมครั้งที่ 2/2564 เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2564 ที่ผ่านมา มีมติเห็นชอบประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ในประกาศนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง

ข้อ 2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัย-เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อ 3 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสม และไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งนั้น โดยอย่างน้อยต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ 4 ให้โครงสร้างและอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างน้อยเป็นไปตามโครงสร้างและอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศนี้

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจพิจารณาปรับปรุงโครงสร้างและอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับปริมาณงาน ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

ข้อ 5 ให้การถ่ายโอนบุคลากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปตามความสมัครใจ หากบุคลากรไม่สมัครใจโอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและส่วนราชการต้นสังกัดเดิม ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ 6 ในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมีความพร้อมและประสงค์ขอรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่ขอรับการถ่ายโอนภารกิจตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนที่คณะกรรมการกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

ข้อ 7 ให้ทุกส่วนราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์การบริหารส่วนจังหวัดปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ 8 ให้คณะกรรมการกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหา กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศนี้

2.2.4 การเปรียบเทียบการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์ปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบ

ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 19 ตุลาคม 2564 ออกประกาศ "ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด"

ทั้งนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เปรียบเทียบผลศึกษาทางเลือกกระจายอำนาจการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่ท้องถิ่น ทั้งแบบโอนให้ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล และแบบถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ทั้งจังหวัดไปที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบมีทั้งข้อดีและข้อด้อย ก่อนถ่ายโอนให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ควรทำงานร่วมกันก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมจัดการสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขควรมีหน่วยงานเตรียมความพร้อมถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างจริงจังและสนับสนุนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

ความคืบหน้าในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หลังสิ้นสุดของแผน 2 ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 โดยคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) ได้เตรียมเสนอให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผน 3 เพื่อบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ ซึ่งจะมีการตั้งคณะทำงานเตรียมถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เคยทำการวิจัยเพื่อประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และรูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจ

มุมมองจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จากการทบทวนบทเรียนทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลทั้งด้านดีและเสียต่อระบบสุขภาพ สร้างการเปลี่ยนแปลงต่อการจัดการในระบบสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ โดยหลักการการกระจายอำนาจ ต้องคำนึงถึงข้อกฎหมาย ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ฯ และมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ในขณะเดียวกันการกระจายอำนาจยังต้องคำนึงถึงความสมดุลของส่วนกลางและท้องถิ่น ซึ่งอาจเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือโครงสร้างองค์กรอื่น ๆ ที่สามารถขยายและต่อยอดออกไปให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในทางอุดมคติ การกระจายอำนาจจะต้องมองเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าประชาชนจะได้ประโยชน์และได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมหรือไม่น้อยกว่าเดิม เข้าถึงบริการดีมีประสิทธิภาพขึ้น โดยไม่กระทบความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการกระจายอำนาจ

“ที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับมอบหมายจากทางกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาทางเลือกรูปแบบสำหรับการกระจายอำนาจ และได้มีการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจแบ่งเป็น 2 รูปแบบ 4 ทางเลือก คือ 1) รูปแบบกระจายความรับผิดชอบ (Devolution) โดยการถ่ายโอน รพ.สต. และ 2) รูปแบบกระจายการมอบหมาย (Delegation) โดยการจัดตั้งเขตสุขภาพ ซึ่ง 4 ทางเลือกประกอบด้วย

1. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เหลือไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบลที่มีศักยภาพ
2. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)
3. จัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ภายใต้กำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยอาศัยกฎหมายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
4. จัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการอิสระ จากตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ”

ซึ่งทางเลือกที่มีการกล่าวถึงในขณะนี้ คือ ทางเลือกในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลกับทางเลือกในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แทนการโอนไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล

ผลการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้มีการเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัด ทั้ง 2 ทางเลือก จากประสบการณ์หลังถ่ายโอนในรอบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา พบว่า ทางเลือกการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ข้อเด่น คือ มีกฎหมายแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจรองรับ เกิดการบริการตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่ เกิดความคล่องตัวในการบริหาร ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการนำพาการพัฒนาระบบสุขภาพโดยอาศัยภาษีท้องถิ่นอุดหนุน การเข้าถึงบริการง่ายขึ้นและกระตุ้นให้เกิดการซื้อและจัดบริการพื้นที่ เกิดงานด้านสาธารณสุขเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านดีขึ้น เพราะเป็นการสร้างฐานเสียงและมีข้อมูลเชิงลึกในการดำเนินงานของนักการเมืองท้องถิ่น

งานวิจัยประเมินผลการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 51 แห่งให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล ที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพการบริการประชาชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อยู่ในระดับเดิมหรือดีกว่าเล็กน้อย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พร้อมที่จะรับการถ่ายโอน บางแห่งยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ในการจัดการ ส่วนผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้ส่งสัญญาณที่ชัดเจนในระดับนโยบาย ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคยังไม่เคลื่อนไหวเชิงสนับสนุนอย่างชัดเจน และมีความเป็นห่วงระบบบริการสุขภาพที่จะไม่เชื่อมต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพดังเดิม ซึ่งการแยกเจ้าของสถานบริการทำให้เกิดการแยกระบบบริการออกไป ขาดความเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุข การเมืองท้องถิ่นมีอิทธิพลสูงต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาจทำให้เกิดการรวมศูนย์อำนาจในระดับพื้นที่

ส่วนการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะเป็นทางเลือกที่เป็นการแก้ปัญหาที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลที่ขาดศักยภาพทางการเงินและการจัดการ เพราะองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีภาระน้อยกว่าและมีสถานะการเงินที่ดีกว่า ซึ่งรูปแบบนี้ไม่ได้ห้ามหรือกีดกันการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลที่มีศักยภาพเพียงพอหรือไม่มีปัญหาทางการเงิน จึงเป็นเสมือนทางเลือกเสริมทางเลือกเดิมที่ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ ใช้ถ่ายโอนแก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ดังนั้นการดำเนินงานจึงสามารถทำได้เลยเพราะมีกฎหมายรองรับ ซึ่งมีข้อเด่นคือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีสถานะการเงินเข้มแข็ง ศักยภาพการบริหารจัดการที่มากกว่า อาจประสานงานกับส่วนกลางได้ง่าย บุคลากรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถโยกย้ายกันได้ภายในจังหวัด แต่ข้อด้อยที่พบคือ การบริหารที่อยู่ระดับสูงกว่าองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล คือการใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่จะน้อยลง การกำกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาจทำได้ไม่ครอบคลุม บุคลากรที่มีไม่เพียงพอที่จะติดตามกำกับ และอาจสร้างกำแพงบริการที่ไม่เชื่อมต่อระหว่างจังหวัด เกิดการกีดกันการส่งต่อข้ามจังหวัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นั้น ควรจะให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นั้น ได้ร่วมทำงานด้วยกันก่อน เพื่อจัดทำแผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุข เช่น แผนพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย แผนการรองรับในภาวะวิกฤตและการติดต่อของโรคระบาด แผนในการวางระบบการจัดการด้านสุขภาพ นำไปสู่การสร้างความเชื่อมั่นว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะจัดการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขควรมีหน่วยงานที่ดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อย่างจริงจังและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง หรืออาจพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อรองรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยเลือกดำเนินการในจังหวัดที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีความพร้อมก่อน

สรุปได้ว่า สาเหตุที่ทำให้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสาเหตุ ดังนี้ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากร รายได้มีไม่เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ งบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาลไม่เพียงพอ การจัดหางบประมาณเพิ่มเติมเพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานมีขีดจำกัดในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข (2) บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงานของตน อัตรากำลังระยะยาวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรไว้รองรับ บำเหน็จบำนาญ ความก้าวหน้าเกี่ยวกับตำแหน่งงานของตน ความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหางบประมาณเพิ่มเติมสำหรับจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข สวัสดิการที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ความซ้ำซ้อนของตำแหน่งงาน (3) เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเตรียมการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเวลาที่กฎหมายกำหนด ไม่กระตุ้นให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเวลาที่กฎหมายกำหนด และ (4) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีนโยบายรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการจัดบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น ยังคงเป็นการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยคำนึงถึงหลักการกระจายอำนาจซึ่งกำหนดไว้ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนราชการจะต้องจัดทำบริการสาธารณะ/ กิจกรรมสาธารณะให้แก่ประชาชนได้อย่างมีมาตรฐานไม่น้อยกว่าที่ส่วนราชการได้ดำเนินการไว้ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนอย่างเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จะเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานกำกับและประเมินการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดบริการสุขภาพได้ตรงกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้บริบทการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1) ความหมายของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

“บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสานครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (สำนักงาน

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

“หน่วยบริการ” หมายถึง

(1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย

(2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

“หน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ

“เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัตินี้

“แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” หมายถึง แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

“คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึง ผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

2) การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในชุมชน

การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ

โดยให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

3) กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (Six Building Blocks of A Health System) ดังนี้

ประเทศไทยเรามีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบและแนวทางด้านระบบสุขภาพ หรือเป็นเหมือนภาพพึงประสงค์ร่วมสำหรับระบบสุขภาพของไทย โดยในธรรมนูญฯ ฉบับปัจจุบันมีการแบ่งหมวดหมู่องค์ประกอบภายใต้ระบบสุขภาพไว้ค่อนข้างละเอียดตามบริบทไทย

ไว้ 14 หมวด ทางองค์การอนามัยโลก หรือ WHO ก็ได้มีการแบ่งองค์ประกอบของระบบสุขภาพไว้เช่นกัน โดยเรียกว่า “Six Building Blocks of A Health System” หรือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปใช้อ้างอิงอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

องค์การอนามัยโลกได้เสนอกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางในการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอโดยทั่วไปในปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ครอบคลุมทั่วถึง รวมถึงเป็นการให้บริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย

ศิริเกษม ศิริลักษณ์ (2563) ได้กล่าวถึง การจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอ-พึงประสงค์โดยใช้หลักการ Six Building Blocks Plus One มีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

(1) การให้บริการ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาวะของประชาชน โดยหลักการสำคัญของการให้บริการ คือ ต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่มุ่งที่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก ต้องเข้ากับ “บริบท” และ “วัฒนธรรม” ในพื้นที่ มีเครือข่ายในการจัดการและให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบ ไร้รอยต่อ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้น จึงต้องมีการออกแบบและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และเท่าเทียมกัน

(2) กำลังคนด้านสุขภาพ ในที่นี้หมายรวมถึง บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ที่ทำงานในภาครัฐและภาคเอกชน ทำงานเต็มเวลาหรือกึ่งเวลา ทำงานเดียวหรือควบหลายงาน รวมถึงการได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานก็ตาม มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ มีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

(3) ระบบสารสนเทศ การมีระบบสุขภาพที่ดีนั้นจำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุม เชื่อถือได้ มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เพื่อลดความผิดพลาดในระบบสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งระบบสารสนเทศที่ดีจะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินในองค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบสุขภาพได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิผลอีกด้วย ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ผลผลิต-ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ ข้อมูลการไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการรับบริการในด้านขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์การรักษา ต้นทุนการดำเนินงานและการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค

(4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่จำเป็น มีความปลอดภัย มีคุณภาพ และคุ้มค่ากับราคา

(5) การบริหารจัดการงบประมาณและการเงินการคลัง การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่าย เก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือนำไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชนเข้าถึงได้ทุกเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย

(6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ เรื่องนี้มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน ผู้นำจำเป็นต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ภาวะผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาคส่วนให้เกิดการเชื่อมผสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ให้ระบบสุขภาพของประเทศเกิดความสมดุลและยั่งยืน การจัดบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิในชุมชนโดยใช้หลัก Six Building Blocks of A Health System เพื่อให้ครอบคลุม มีดังนี้

4) การจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในชุมชนโดยใช้หลัก Six Building Blocks ดังนี้

4.1 การให้บริการ (Service Delivery)

การให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติ คือ

1) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
2) การส่งเสริมสุขภาพ
3) การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค
4) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
5) การคุ้มครองผู้บริโภค

ดำเนินการภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอย่างน้อยต้องประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ด้านดังนี้

1) การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
2) การควบคุมโรคติดต่อ
3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์
5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์
6) การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ดูแลผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีระบบส่งต่อ เน้นการดูแลเชิงสังคมโดยครอบคลุมทุกกลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2) กลุ่มเสี่ยงตามวัย: เด็กเล็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ
3) กลุ่มผู้พิการ
4) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช
5) กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย

4.1.1 การจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว

มีการจัดบริการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ขอบเขตการให้บริการครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุก ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงรูปแบบการให้บริการที่ประกอบด้วยปัญหาเฉพาะหน้า การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การเข้าใจภูมิหลังของผู้รับบริการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และความต่อเนื่อง เกิดการดูแลที่มีคุณค่า ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ดุจญาติมิตร เป็นการทำ

ความดีสร้างความผูกพัน ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาต่อระบบสาธารณสุข และการจัดรูปแบบบริการที่เป็นองค์รวมทุกมิติของสุขภาพนี้จะสามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Self-care) ของคนทุกกลุ่ม คนทุกวัย จนเกิดเป็นการสร้างสุขภาพจากภายในตัวเอง ภายในครอบครัว ไปสู่การร่วมกันสร้างสุขภาพให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนต่อไป (แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, กระทรวงสาธารณสุข) ลักษณะการดำเนินงานมีดังนี้

1) การบริการในโรงพยาบาล

- การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยให้บริการในระดับปฐมภูมิแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Patient Center Family and Community Oriented Care) เน้นความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม เช่น การเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง การเยี่ยมมารดาทารก การฟื้นฟูสภาพ การช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ลด หรือ งดบุหรี่และสุรา การดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care) เป็นต้น

- การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิก Love Care คลินิกให้คำปรึกษา บริการช่วยงดบุหรี่และสุรา คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นต้น

- การให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกบำบัดยาเสพติด เช่น ยาบ้า บุหรี่ และสุรา คลินิกวัณโรค คลินิก ARV กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา ผู้ติดบุหรี่ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยเอดส์

- การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยจัดบริการเป็นคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ครบวงจร มีเป้าหมายในการลดความแออัด ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

2) การบริการในชุมชน

ได้แก่ การบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit & Home Health Care) การตรวจสุขภาพคัดกรองโรคโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานอาชีวอนามัย เป็นต้น

4.1.2 งานสุขภาพจิต และจิตสังคม

งานให้บริการชุมชนทางด้านส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไป การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในบุคคลกลุ่มเสี่ยง การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ กลุ่มตามวัย (วัยเด็ก วัยเรียนและวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยทางจิต ลักษณะการดำเนินงานมีดังนี้

งานสุขภาพจิต และสุขภาพจิตชุมชน

การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา/ เฝ้าระวัง

- คัดกรอง ส่งต่ออย่างเหมาะสมและติดตามดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน รวมถึงให้การส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตในชุมชน

- คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า และสามารถถ่ายทอดระบบคัดกรองและส่งต่อสู่ระดับชุมชน

- ร่วมติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับมาดูแลในพื้นที่

- คัดกรอง และส่งต่อและติดตามดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

4.1.3 การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน/วัยสูงอายุ

- บูรณาการงานการดูแลทางสังคมและจิตใจให้เข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของหน่วยบริการ

- การดูแลทางสังคมจิตใจและการบริการให้คำปรึกษาแก่วัยเรียน/วัยรุ่น/วัยทำงาน/วัยสูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัยรุ่นที่มีปัญหาท้องไม่พร้อม ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น

ด้านการส่งเสริม ป้องกัน

- วางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเด็ก/วัยรุ่น/วัยทำงาน/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสร่วมกับชุมชน

- จัดงานส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และญาติผู้ป่วย

- จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติและกลุ่มเสี่ยง

- ส่งเสริมให้มีศูนย์เด็กเล็กในสถานประกอบการ

- พัฒนาโรงเรียนพ่อแม่ หรือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน

- จัดพื้นที่สำหรับครอบครัวและวัยรุ่น

ด้านระบบยา

- ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง

- ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

- รู้อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชและมีแนวทางจัดการเบื้องต้น

- ให้ความรู้ คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวช

- สนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

- ช่วยให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

- ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ

- มีข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาในเขตับผิดชอบ

- ส่งต่อข้อมูลสำคัญด้านยาระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

ด้านการส่งต่อ

- รับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)/ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสม.)/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

ด้านการติดตามดูแล

- มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช
- มีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลและติดตามไปในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ประสานงานกับเครือข่ายนอกระบบอย่างเป็นระบบ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตำรวจ
- ฟื้นฟูหลังการบำบัดรักษาโดยมีภาคประชาชน หน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในและนอกเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับนโยบายโดยเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงระดับบริการ
- จัดระบบการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจน
- ติดตามดูแลผู้ป่วยทุกรายในพื้นที่ที่ได้รับการขอร้องจากระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)
- มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

4.1.4 งานฟื้นฟูสุขภาพจิต

“งานฟื้นฟูสุขภาพ” เป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมุ่งเน้นตามหลักการดูแลและฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีองค์กรประกอบงานที่สำคัญ 4 ด้าน ซึ่งต้องทำงานแบบผสมผสานเพื่อมุ่งผลลัพธ์แก่ผู้รับบริการ ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการ ญาติ ผู้ดูแล รวมถึงประชาชนในชุมชน ทั้งนี้งานฟื้นฟูสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1) การบริการด้านกายภาพบำบัด

ลักษณะการดำเนินงาน มีดังนี้

- การรักษาพยาบาล ให้การบริการด้านการบบำบัดรักษาความบกพร่องความผิดปกติ ความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหว ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือดและการพัฒนาการเคลื่อนไหวในเด็ก
- การส่งเสริม และป้องกัน ให้การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะผิดปกติของประชาชนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการสำรวจปัญหาหรือความต้องการของชุมชน สร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ติดตามผลและประเมินผลสัมฤทธิ์
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ เพื่อให้ระบบร่างกายฟื้นกลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และ/หรือคงสภาพในการเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มขีดความสามารถและลดภาวะด้อยสมรรถภาพ เน้นที่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตในเฉพาะส่วนบุคคล หรือเข้ากลุ่มสังคมให้ดีขึ้น โดยมีกระบวนการประเมินและการวางแผนฟื้นฟู ทั้งระยะสั้นระยะยาว

- งานกายภาพบำบัดชุมชน ให้บริการกายภาพบำบัดในชุมชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาตนเองในเบื้องต้นได้ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

2) งานบริการด้านกิจกรรมบำบัด

ลักษณะการดำเนินงาน มีดังนี้

- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง ให้บริการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพแทรกซ้อนของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น แนะนำกิจกรรมยามว่างสำหรับผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพิง หรือคนพิการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ป้องกันภาวะซึมเศร้า แนะนำการใช้หลักการทางกายศาสตร์ (Ergonomic) ในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำงานอย่างปลอดภัยสำหรับบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง แนะนำการจัดการตารางกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจจัยทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล เช่น การจัดการกับความกล้า จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้มีโรคเรื้อรัง

- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการประเมินความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ และจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูทักษะพื้นฐานที่บกพร่องไปของบุคคลนั้น เช่น การฟื้นฟูด้านการรับรู้และความคิด ความเข้าใจ การฟื้นฟูการกลืนอาหาร การฝึกทักษะการใช้แขนและมือ การฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (เช่น ล้างหน้าแปรงฟัน รับประทานอาหาร ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น) และกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น (เช่น ทำงานบ้าน และไปซื้อของ เป็นต้น)

- การจัดทำอุปกรณ์ช่วยเหลือและปรับปรุงสภาพแวดล้อม ให้บริการประเมินความจำเป็น ออกแบบและจัดทำอุปกรณ์ช่วยเหลือ/ดัดแปลงง่าย ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกและเป็นอิสระมากขึ้น และแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและที่ทำงานที่เหมาะสม

3) การบริการด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

ลักษณะการดำเนินงาน มีดังนี้

- การประเมินและให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ให้บริการประเมินสภาวะทางร่างกายของบุคคลนั้น รวมทั้งค้นหาข้อมูลทั้งด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมเพื่อพิจารณาความต้องการจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ แนะนำอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการพื้นฐานที่เหมาะสม เช่น รถนั่งคนพิการ ไม้เท้า เครื่องช่วยเดินชนิด 4 ขา เป็นต้น โดยให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก และแนะนำวิธีการใช้งานอุปกรณ์เหล่านั้นอย่างถูกวิธีและปลอดภัย รวมถึงติดตามการใช้อุปกรณ์

- การซ่อมแซม/ดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้บริการแก้ไข ซ่อมแซม หรือดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างง่าย เช่น ขันน็อต ปรับความสูงไม้เท้า แก้ไขเบรก เป็นต้น

- การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเฉพาะทาง ให้บริการแนะนำสถานที่/หน่วยบริการที่ให้บริการอุปกรณ์เฉพาะทาง เช่น รถเข็นนั่งคนพิการไฟฟ้า เครื่องช่วยฟัง อุปกรณ์เครื่องช่วยทางการเห็น เป็นต้น เพื่อให้คนพิการมีข้อมูลและสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้

4) การบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

การบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community Based Rehabilitation) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมด้านการฟื้นฟู การพัฒนาคนพิการโดยชุมชนเป็นผู้วางแผน ดำเนินการและประเมินผลจากฐานความต้องการและเงื่อนไขภายในชุมชนนั้น ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้คนพิการ ครอบครอบครัวคนพิการ สมาชิกในชุมชน ตลอดจนองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนได้ร่วมกันเป็นหุ้นส่วนในการดำเนินงานทุกกิจกรรม เน้นกิจกรรมที่เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้ความต้องการของคนพิการและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดำเนินงานควรมีความยืดหยุ่น มุ่งผสานขยายงานและกิจกรรมที่เกี่ยวกับคนพิการที่ชุมชนปฏิบัติมาตั้งแต่เดิมเพื่อให้ระบบการฟื้นฟูและป้องกันความพิการในชุมชนนั้นมีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ลักษณะการดำเนินงานมีดังนี้

- การสำรวจ ตรวจสอบว่า คนพิการในชุมชนได้รับสิทธิต่าง ๆ เช่นเดียวกับที่ประชาชนทั่วไปพึงได้รับ และตามสิทธิเฉพาะคนพิการที่รัฐจัดหาให้ตามความจำเป็น อาจพัฒนาดำเนินการในรูปแบบของการสำรวจข้อมูลและประเมินหาความจำเป็น
- บริการสุขภาพจะต้องตอบสนองความต้องการทางสุขภาพที่จำเป็นโดยจัดบริการตามศักยภาพของชุมชนทั้งในด้านสถานที่ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิต การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม ตัวอย่างการจัดบริการเหล่านี้ ได้แก่ การจัดให้มีจุดรวมพบปะสัปดาห์ละครั้ง อุปกรณ์ช่วยยืนที่กลุ่มจิตอาสาประดิษฐ์ขึ้นเอง เป็นต้น
- การดูแลตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ โดยรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มความสามารถของคนพิการ เช่น การให้คำปรึกษาแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการหรือญาติทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต การให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพกายและสุขภาพจิตศึกษา
- สาเหตุ อาการของโรค อาการเตือนที่ควรมาพบแพทย์ คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลคนพิการเบื้องต้น เช่น การรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียง ข้อปฏิบัติขณะได้รับยาต่าง ๆ และยาจิตเวช การพักผ่อนและการออกกำลังกาย
- ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะสังคม การปรับพฤติกรรม การดูแลทั่วไป
- การสื่อสารภายในครอบครัว การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องตัน
- การให้ความรู้แก่จิตอาสาในชุมชนหรือผู้ดูแลคนพิการในชุมชนเป็นตัน
- หากมีความจำเป็นทางสุขภาพ ชุมขนควรมีการประสานหรือจัดหาช่องทางให้คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพเหล่านั้น เช่น การประสานส่งต่อเพื่อให้คนพิการได้รับการผ่าตัดแก้ไขข้อผิดรูป การไปรับเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น
- ฐานการจัดการอยู่ที่ชุมขน (ชุมชนริเริ่มและดำเนินการ) ซึ่งมีข้อดีคือ มีการตอบสนองที่รวดเร็วมีความเข้าใจบริบทความต้องการองคนพิการ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและสร้างองค์ความรู้ของทุมชน
- มุ่งพัฒนาให้คนพิการและคนในครอบครัว มีศักยภาพในการวางแผนกำหนดเป้าหมายและจัดบริการสุขภาพอย่างกระตือรือร้น เช่น การวางแผนจัดบริการสุขภาพให้คนพิการรายบุคคล โดยควรให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ตรวจสอบว่าเป็นเรื่อง

จำเป็นต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด แล้วตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพราะคนพิการจะตระหนักว่าตนเองเท่านั้นที่จะสามารถทำให้ตนเองมีสมรรถภาพดีขึ้นหรือแย่ลงเป็นการเสริมพลังให้คนพิการต่อสู้เพื่อเอาชนะความพิการให้ได้ส่งผลให้มีบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของตนเอง

- การจัดบริการสุขภาพในภาพรวมของชุมชน ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้คนพิการมีบทบาทหลักในการกำหนดกิจกรรม/โครงการในชุมขน เช่น เป็นคณะทำงาน หรือคณะกรรมการ หรือมีส่วนร่วมในการประชุมต่าง ๆ ที่หน่วยงานในชุมชนจัดให้มีขึ้น นอกจากนี้ควรจัดให้มีกลุ่มคนพิการเน้นการมีส่วนร่วมดังนี้

- ร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาทางเลือก และตัดสินใจเลือกรูปแบบการจัดบริการอาจจัดในรูปแบบการปรึกษาหารือ การประชุมกลุ่ม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ

- ร่วมให้บริการ เช่น "การให้คำปรึกษาฉันเพื่อน" เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปรับตัวอยู่กับความพิการ ตลอดจนสอนเทคนิคการดูแลสุขอนามัยตนเอง เพราะมีประสบการณ์ตรงจึงเข้าถึงความคิดและจิตใจของคนพิการด้วยกันได้มากกว่า

- ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนสุขภาพ ฯลฯ

- ร่วมกันรับผิดชอบและแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

- ควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการพัฒนาคนพิการและร่วมกันบูรณาการให้เกิดความเชื่อมโยงเพื่อแก้ปัญหา ความต้องการที่เกิดจากความพิการซึ่งมีหลายมิติและล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น มิติของชีวิตเหล่านั้นได้แก่ การศึกษา การมีที่พักอาศัย การหาเลี้ยงชีพ ศาสนา อาจใช้กองทุนสวัสดิการในพื้นที่ เช่น การออมเงินวันละ 1 บาท เป็นเครื่องมือในการทำงานแบบบูรณาการ

- ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพคือ คนพิการ ญาติ และผู้ดูแลมีความรู้และเป็นหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามรถข้าถึงบริการใกล้บ้านตามความจำเป็นในค่าใช้จ่าย ที่สามารถจัดการด้วยตนเองได้

4.1.5 งานการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผ่นไทย เป็นการแพทย์องศ์รวมที่ดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม และให้การดูแลทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแบบองค์รวมให้กับกลุ่มวัยต่าง ๆ กลุ่มผู้สูงวัย ที่ต้องพึ่งพิง (ติดบ้านติดเตียง) กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ป่วยทางจิต และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้อย่างเหมาะสม ด้วยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยการแพทย์แผนไทย เป็นแนวทางเดียวกันแต่อาจจะมีรายละเอียดบางประเด็น ที่มีการให้บริการเฉพาะกลุ่มขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีแนวทางการดูแสสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการแพทย์แผนไทย ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้วยการเยี่ยมบ้านของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมหลักสูตรทางด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่กลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งญาติที่ดูแล ซึ่งจะเป็นการ

ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้กับกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิต้านทานโรคมากยิ่งขึ้น ด้วยการดูแลสุขภาพที่เรียกว่า "หลักธรรมานามัย" ซึ่งประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

ในกรณีที่กลุ่มต่าง ๆ มีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล สามารถให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ได้ โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้ดังนี้

1. การใช้ยาแผนไทย
2. การนวดไทย
3. การประคบสมุนไพร
4. การอบไอน้ำสมุนไพร

นอกเหนือจากกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ ในชุมชนที่มีหญิงหลังคลอด ผู้ประกอบโรคศิลปะฯ สามารถให้บริการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การทับหม้อเกลือ การนวดไทย การประคบสมุนไพรและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดและการบริบาลทารก

4.1.6 การจัดบริการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

จัดให้มีมาตรฐานในการบริหารและจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม ในการทำงานในหน่วยงานของตนไม่ต่ำกว่ามาตรฐานความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการตามที่พระราชบัญญัติกำหนดไว้ อาทิ มีการกำหนดเป็นนโยบายมีการ จัดทำแผนงานงบประมาณในการดำเนินการดูแลให้มีการใช้และสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานเหมาะสมตามลักษณะงานจัดให้มีการสำรวจ/ตรวจสอบเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตราย

การจัดบริการอาชีวอนามัย

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization ; ILO) ได้ให้ความหมาย หมายถึง การให้บริการที่เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจในขณะทำงาน ครอบคลุมถึงการปรับสภาพการทำงานที่ปลอดภัยสอดคล้องกับความสามารถในการทำงานกับสมรรถภาพทั้งกายและใจของผู้ทำงาน โดยถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 มาตรา 44 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับหลักประกันความปลอดภัยและสวัสดิภาพในการทำงานรวมทั้งมีหลักประกันในการดำรงชีพในระหว่างการทำงานและเมื่อพ้นภาวะการทำงาน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนวัยทำงานทุกอาชีพให้มีสุขภาพที่ดี ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ

ระดับของการจัดบริการอาชีวอนามัย ในประเทศไทยแบ่งออกได้เป็น

1. ระดับปฐมภูมิ จัดโดยสถานประกอบการเอง (Basic Occupational Health Services; BOHS) หรือจัดในสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น เช่น PCU และสถานีอนามัย

2. ระดับทุติยภูมิ จัดโดยสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

3. ระดับตติยภูมิ จัดโดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง เช่น โรงพยาบาลศูนย์บางแห่งที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านอาชีวอนามัย มีความพร้อมทางด้านบุคลากร

แนวทางของการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้เสนอแนะว่าในการจัดบริการอาชีวอนามัย ควรมีกิจกรรมหลักที่สำคัญดังต่อไปนี้ คือ

1. การประเมินความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งการติดตามเฝ้าคุมสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงานนั้น

2. การดำเนินการในเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน

3. การให้อาชีวสุขศึกษาและอบรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

4. การประเมินและเฝ้าระวังทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ

5. การจัดเตรียมในเรื่องการปฐมพยาบาลและการรับมือต่ออุบัติภัยต่าง ๆ

6. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นและรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพหรือเกี่ยวเนื่องกับการทำงาน

7. การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพให้กลับมาทำงานตามปกติ

8. การให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงาน

9. การจัดเก็บรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่เกิดจากการดำเนินการทางด้านอาชีวอนามัย เช่น ข้อมูลการประเมินความเสี่ยง ข้อมูลการเจ็บป่วย หรือข้อมูลการดำเนินการควบคุม หรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

10. การบริหารจัดการในการให้บริการ รวมทั้งการประเมินผลการให้บริการด้วย

สรุปได้ว่า การจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องมุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันการจัดบริการของสถานีอนามัยต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องมีความเข้าใจในความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและมีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างผสมผสาน และสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายเพื่อการคุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะ และการอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และลดปัจจัยเสี่ยงหรือสภาวะแวดล้อมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ “ราชการส่วนท้องถิ่น” มีอำนาจในการออก “ข้อกำหนดของท้องถิ่น” ซึ่งสามารถใช้บังคับในเขตท้องถิ่นนั้นได้และให้อำนาจแก่ “เจ้าพนักงานท้องถิ่น” ในการควบคุมดูแลโดยการออกคำสั่งให้แก้ไขปรับปรุง การอนุญาตหรือไม่อนุญาต การสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต รวมทั้งการเปรียบเทียบคดีเป็นต้น โดยมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขให้คำปรึกษาแนะนำแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในการวินิจฉัยสั่งการ หรือออกคำสั่ง ซึ่งประกอบด้วยไปด้วยการกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย สุขลักษณะของอาคาร การจัดการเหตุรำคาญ การควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหาร และสถานที่สะสมอาหาร และการจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ(แนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล และกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2562)

สรุปได้ว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังคงมีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติเหมือนเช่นที่ได้ดำเนินการมาภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค ดูแลผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เพิ่มเติมภารกิจด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งยังคงใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวดที่ 3-9 โดยการดำเนินงานราชการส่วนท้องถิ่นอาจร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือราชการส่วนท้องถิ่นอื่นดำเนินการภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน แต่งตั้งพนักงานตรวจความปลอดภัยกับออกกฎกระทรวง ประกาศ และระเบียบ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติกำหนด รวมทั้งออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียม ไม่เกินอัตรา และยกเว้นค่าธรรมเนียมการแต่งตั้งพนักงานตรวจความปลอดภัยต้องกำหนดคุณสมบัติ ขอบเขต อำนาจหน้าที่และเงื่อนไขในการปฏิบัติหน้าที่การบริหารการจัดการ และการดำเนินการ ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เป็นไปตามที่กำหนดกฎกระทรวง

การดำเนินการในทุกมิติที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัดยังให้ความสำคัญกับทุก ๆ มิติ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงตามวัย หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย และกลุ่มวัยทำงาน ช่วงที่อยู่ระหว่างถ่ายโอนภารกิจยังคงให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการเตรียมความพร้อม

และในอนาคตเมื่อสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความพร้อม จะสามารถให้บริการได้ดีเช่นที่เคยดำเนินการมา

4.2 กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการประเมินว่ามีกรอบกำหนดตำแหน่ง การสรรหาตำแหน่งและการพัฒนาข้าราชการหรือพนักงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยกำหนดว่าจะมีการใช้ตำแหน่งใด จำนวนเท่าใด ในส่วนราชการภายในที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขเพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการบริหารงานตามภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุขได้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยจัดทำแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรในที่นี้ หมายถึง แผนที่กำหนดว่าส่วนราชการภายในองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขจะต้องมีบุคลากรตำแหน่งใด จำนวนเท่าใด เพื่อให้การบริหารงานตามภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุขบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งในระดับสำนัก/กองและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ยึดหลักการตามตามประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการ วิธีการบริหาร และการปฏิบัติงานของข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกิจการอันเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลในองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งประกาศกำหนดกอง หรือส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2564)

การกำหนดอัตรากำลัง การกำหนดอัตรากำลังให้เป็นไปตามขนาดของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดเล็ก รับผิดชอบจำนวนประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มีจำนวนบุคลากร 7 อัตรา
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง รับผิดชอบจำนวนประชากร 3,000 - 8,000 คน มีจำนวนบุคลากร 12 อัตรา
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดใหญ่ รับผิดชอบจำนวนประชากรมากกว่า 8,000 คน มีจำนวนบุคลากร 14 อัตรา

โครงสร้างอัตรากำลัง

โครงสร้างอัตรากำลังให้เป็นไปตามโครงสร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจพิจารณาปรับปรุงได้ตามความเหมาะสมกับปริมาณงานและขอบเขตหน้าที่และอำนาจ ทั้งนี้ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการปรับปรุงและจัดสรรบุคลากรให้ครบทุกตำแหน่งตามโครงสร้างอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนแล้ว โดยให้ดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 2 ปีงบประมาณ นับตั้งแต่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อนึ่ง การกำหนดตำแหน่ง

บุคลากรภายในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นไปตามเกณฑ์ ดังนี้

1. ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้กำหนดตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ดังนี้

1.1 นักวิชาการสาธารณสุข

1.2 พยาบาลวิชาชีพ

2. กลุ่มงานบริหาร

2.1 นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

2.2 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

2.3 เจ้าพนักงานธุรการ

3. กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค

3.1 นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

3.2 พยาบาลวิชาชีพ

3.3 นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข)

4. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว

4.1 พยาบาลวิชาชีพ

4.2 นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

4.3 แพทย์แผนไทย/เจ้าพนักงานสาธารณสุข (วุฒิปริญญาการแพทย์แผนไทย, อายุรเวท)

4.4 นักวิชาการสาธารณสุข (เภสัชกรรม)/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม

ทั้งนี้ จำนวนบุคลากรของแต่ละกลุ่มงานภายในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีจำนวนแปรผันโดยตรงกับขนาดของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการกำหนดตำแหน่งให้เป็นไปตามความประสงค์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

สรุปได้ว่า การดำเนินการด้านทรัพยากรบุคคลในบุคลากรที่ถ่ายโอนมาพร้อมกับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัด บริหารงานบุคคลโดยกำหนดโครงสร้างอัตรากำลังเป็นไปตามโครงสร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นที่สมรรถนะของบุคลากรเป็นหลักและบริหารงานบุคคลในแต่ละกลุ่มและชั้นงานด้วยมาตรฐานที่ชัดเจนและโปร่งใสตลอดจนมีแผนพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ได้รับสิทธิและสวัสดิการที่เคยได้รับเมื่อครั้งดำรงตำแหน่งเดิม

4.3 ระบบสารสนเทศ (Information System)

ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในทั้ง 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ และยังมีบทบาทในการนำเอานโยบายระบบสุขภาพไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทำวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่าง ๆ อาทิเช่น งานให้บริการ กำลังคน และกลไกการคลังด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศยังใช้ติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา

วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ฯลฯ ในการบริหารระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเจริญได้อย่างยั่งยืนนั้น ผู้บริหารนโยบายต้องการข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจัยทั้งหมดที่นำเข้าสู่ระบบสุขภาพ ผลผลิตของระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงความพร้อม การเข้าถึง คุณภาพ ผู้ใช้ข้อมูลข่าวสาร และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อันได้แก่ อัตราตายและอัตราการเกิดทุพพลภาพ สุขภาวะ ความพิการ รวมไปถึงการไม่ได้รับความธรรมจากการรับบริการ อาทิเช่น ขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์จากการรักษาเปรียบเทียบจากวิธีที่ต่างกัน ต้นทุนการดำเนินการ ต้นทุนของการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค

ระบบสารสนเทศที่ใช้ในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

การใช้ระบบข้อมูลของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปัจจุบัน พบว่ามีระบบข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ อยู่ 2 ระบบ ได้แก่

1. ระบบราชการที่จัดทำโดยสำนักนโยบายและแผน ฯ ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ JCIS ระบบส่งข้อมูล 43 แฟ้ม

2. ระบบที่ให้เอกชนจัดทำให้ในการถ่ายโอนภารกิจ ในปัจจุบันที่เป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านนั้น พบว่ายังเห็นไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด แต่คาดว่าจะยังคงมีการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศตามแบบเดิมไปก่อนเนื่องจากข้อมูลทางด้านสุขภาพและตัวชี้วัดต่าง ๆ ยังคงต้องเป็นไปตามกำหนดเดิม เพียงแต่หากมีการถ่ายโอนเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว อาจมีการเพิ่มเติมฐานข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรงตามความต้องการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

1) โปรแกรมระบบงานสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS)

ระบบโปรแกรมระบบงานสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดย JHCIS ซึ่งย่อมาจากJava Health Center Information System โปรแกรมได้รับการพัฒนาขึ้นโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มแรกทางศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ฯ ได้มีการพัฒนาระบบโปรแกรมฐานข้อมูลระบบงานสถานีอนามัยมาก่อนแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยโปรแกรมที่พัฒนาเดิมมีชื่อว่า (Health Center Information System ; HCIS) ตัวโปรแกรมพัฒนาจากโปรแกรม Microsoft Access 97 ต่อมาโปรแกรม HCIS มีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ปัญหาของโปรแกรม Microsoft Access 97 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีลิขสิทธิ์ ปัญหาระบบปฏิบัติการที่เดิมใช้ Windows 98 แต่ปัจจุบันระบบปฏิบัติการได้พัฒนาไปมากขึ้น และความซับซ้อนและปริมาณของข้อมูลที่มีมากขึ้นทำให้โปรแกรม Microsoft Access 97 ไม่สามารถรองรับการทำงานได้ ทางศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ฯ จึงได้พัฒนาระบบโปรแกรมฐานข้อมูลสถานีอนามัยขึ้นมาใหม่ที่มีชื่อว่า JHCIS

คุณสมบัติโปรแกรม JHCIS

โปรแกรม JHCIS พัฒนาขึ้นโดยใช้ภาษา JAVA และมีการใช้ฐานข้อมูล MySQL ในการจัดเก็บข้อมูล และโดยใช้พื้นฐานการพัฒนาจากเทคโนโลยีที่เรียกว่า Open Source Technology ทั้งหมด และสามารถทำงานร่วมกันได้ดีในทุกระบบปฏิบัติการทั้ง ระบบปฏิบัติการ

Windows หรือ หรือ ระบบปฏิบัติการ Linux และที่สำคัญ ในปัจจุบันมีหลายจังหวัดได้นำโปรแกรมนี้ไปใช้มากมายหลายจังหวัด

ข้อดีของระบบโปรแกรม JHCIS

1. โปรแกรมสามารถทำงานบนระบบเครือข่ายในลักษณะที่เรียกว่า Client/Serve
2. โปรแกรมทำงานได้บนระบบปฏิบัติการทั้ง ระบบ Windows/ Linux
3. ขจัดปัญหาต่าง ๆที่พบในระบบ HCIS เดิม
4. สามารถถ่ายโอนข้อมูลจากระบบเดิม HCIS เดิมเข้าสู่ระบบโปรแกรม JHCIS ได้โดยอัตโนมัติ

ระบบการทำงานของโปรแกรม JHCIS

ระบบโปรแกรม JHCIS ประกอบด้วยระบบงานข้อมูลมากมายหลายส่วน โดยระบบข้อมูลทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยโปรแกรม JHCIS มีระบบงานหลัก ๆ 5 ระบบ ได้แก่

1. ระบบข้อมูลพื้นฐาน เช่น ข้อมูลหมู่บ้าน วัด โรงเรียน ประชากร ฯลฯ
2. ระบบข้อมูลการให้บริการ เป็นระบบงานที่เกี่ยวข้องกับงานรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งหมด
3. ระบบข้อมูลการตรวจสอบ ประมวลผลและสำรองข้อมูล
4. ระบบข้อมูลรายงานและสอบถามข้อมูล
5. ระบบข้อมูลระบบคลังยา-เวชภัณฑ์

2) ระบบโปรแกรมระบบงานสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (Extreme Platform for Hospital Information and Contracting Unit for Primary Care ; HOSxP PCU)

เป็นโปรแกรมบริหารระบบงานสถานีอนามัย และ PCU ซึ่งการบันทึกข้อมูลการทำงานแบ่งออกเป็นระบบงานเชิงรุก และระบบงานเชิงรับ ข้อมูลจะถูกจัดเก็บในระบบ RDBMS โดยโปรแกรมจะเชื่อมต่อกับฐานข้อมูล โดยใช้สถาปัตยกรรมแบบ Client/Server และรองรับการทำงานในรูปแบบ Multi-tier ฐานข้อมูลที่แนะนำให้ใช้ คือ MySQL ปัจจุบันโปรแกรม BMS-HOSxP PCU ถูกนำไปใช้ในสถานีอนามัยมากกว่า 700 แห่ง และมีการเชื่อมโยงข้อมูลกัน ในระดับจังหวัด โดยระบบ BMS Data Center เช่น จังหวัดร้อยเอ็ด อำนาจเจริญ สุพรรณบุรี และบุรีรัมย์

ประโยชน์ของ BMS-HOSxP PCU

1. สามารถส่งออกข้อมูล 21 แฟ้ม และ 43 แฟ้มให้หน่วยงานสนย. และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้
2. เมื่อเชื่อมต่อกับ datacenter สามารถดูข้อมูลผู้ป่วยในระดับจังหวัดได้
3. ระบบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสามารถบันทึกข้อมูลแล้วเกิดความครอบคลุมของข้อมูล

คุณลักษณะของ BMS-HOSxP PCU

- ระบบงานเชิงรุก รองรับการทำงานตามบัญชี 1-8

1. บัญชี 1 ระบบบันทึกข้อมูล หมู่บ้าน ข้อมูลทะเบียนบ้านและข้อมูลบุคคลในบ้าน

2. บัญชี 2 ระบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ การรับบริการฝากครรภ์ ผลการคลอดและการตรวจหลังคลอด

3. บัญชี 3 ระบบบันทึกข้อมูลการให้วัคซีนเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี

4. บัญชี 4 ระบบบันทึกข้อมูลการให้วัคซีนเด็กอายุ 1-5 ปี

5. บัญชี 5 ระบบบันทึกข้อมูลโรงเรียน เด็กในวัยเรียน การให้บริการตรวจสุขภาพและการฉีดวัคซีน

6. บัญชี 6 ระบบบันทึกข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และผลการตรวจมะเร็งเต้านม

7. บัญชี 7 ระบบบันทึกข้อมูลสำรวจบ้าน

8. บัญชี 8 ระบบบันทึกข้อมูลสำรวจหมู่บ้าน สถานประกอบการ/ร้านค้า วัด

- ระบบงานเชิงรับ ใช้แนวคิดของระบบ HOSxP

1. ระบบเวชระเบียน
2. ระบบ One Stop Service
3. ระบบทะเบียนนัดผู้ป่วย
4. ระบบรายงานผล LAB
5. ระบบงานแพทย์แผนไทย
6. ระบบรายงานระบาดวิทยา
7. ระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
8. ระบบจัดเก็บลายนิ้วมือและตรวจสอบลายนิ้วมือของผู้ใช้งานโปรแกรมและประชากรในเขตรับผิดชอบ
9. ระบบตรวจสอบประวัติการรักษาของผู้ป่วย (Patient EMR) ที่มารับบริการที่หน่วยบริการ
10. ระบบรายงานที่สามารถสร้างเพิ่มเติมได้เองภายหลัง
11. ระบบส่งออกข้อมูลภายนอก เช่น 18 แฟ้ม สปสช., 21 แฟ้ม สนย., แพทย์แผนไทย, รายงาน 506
12. ระบบบริหารคลังยาสำหรับสถานีอนามัย (Inventory)
13. ระบบช่วยวินิจฉัยโรคจากอาการสำคัญ สัญญาณชีพ พฤติกรรมสุขภาพ
14. ระบบบันทึกรูปการตรวจร่างกาย รูปบาดแผลต่าง ๆ

สรุปได้ว่า งานด้านระบบสารสนเทศของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้านที่มีการเตรียมความพร้อมถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจนที่สุดคือด้าน งบประมาณ และบุคลากร แต่ในด้านระบบสารสนเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความไม่ชัดเจน ในระหว่างนี้ยังมีการใช้ระบบงานเดิมเหมือนเช่นที่ดำเนินการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในระยะถัดไปอาจเปลี่ยนแปลง

ไปตามตัวชี้วัด ภารกิจ หรือกิจกรรม และท้องถิ่นอาจเข้ามามีบทบาท หรือร่วมในการจัดการระบบสารเทศด้านสาธารณสุขมากขึ้น

ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนภารกิจ ควรใช้ระบบ JHCIS เนื่องจากสามารถใช้งานได้ดี สามารถลดภาระในการบันทึกข้อมูล ด้วยระบบเดิมที่เป็นการบันทึกลงกระดาษเป็นหลัก สืบค้นข้อมูลที่ต้องการได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถ ประมวลผลรายงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว แม่นยำ และระบบที่เก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพมาก่อนแล้ว โดยควรมีการพัฒนาในด้านการเชื่อมโยง JHCIS กับฐานข้อมูลอื่น เพื่อการแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เช่น ฐานข้อมูลประชากรของสำนัก ทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง เพื่อตรวจสอบข้อมูล สำคัญต่าง ๆ เช่น หมายเลขบัตรประชาชน เอกลักษณ์ บุคคล ข้อมูลการเกิด การตายและอื่น ๆ ฐานข้อมูลกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับข้อมูล คนต่างด้าว คนชายขอบ และคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ (Stateless) ฐานข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำหรับข้อมูลนักเรียน ฐานข้อมูลอื่น ๆ ในอนาคต ที่มีข้อมูล เพื่อการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยน สำหรับการใช้ประโยชน์ ข้อมูลร่วมกัน พัฒนาให้ทำงานในลักษณะ Web Application Programming เพื่อให้การ ติดตั้งระบบ การใช้งาน และการบำรุงรักษาระบบมีประสิทธิภาพและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น การเข้าถึงและ ใช้งานโปรแกรม ฯ จะมีความสะดวกสบายและหลากหลาย โดยสามารถเข้าถึงและใช้งานโปรแกรมได้ในทุกอุปกรณ์ที่สามารถเข้าถึงเครือข่ายออนไลน์ ผ่าน Web Browser ได้ต่อยอดพัฒนาระบบ Mobile Application ที่ช่วยในการทำงานในพื้นที่ เช่น ระบบการเยี่ยมบ้าน การคัดกรอง เบื้องต้น ฯลฯ ที่สามารถทำงานบน Mobile Device เพื่อช่วยเสริมการทำงานแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้มีความสะดวก และคล่องตัวมากขึ้น

4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Medical Products, Vaccines & Technologies)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการทำงาน ที่ต้องมีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคาอาจกำหนดเป็นบัญชียาและเวชภัณฑ์ แนวทางปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในระดับชาติ แสดงขั้นตอนและวิธีการกำหนดราคา สถานภาพการต่อรองราคา กำหนดมาตรฐานและคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ที่เข้าสู่ตลาดภายในประเทศ ระเบียบการจัดซื้อ การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งต้องเน้นมาตรการ “การใช้ยาอย่างเหมาะสม” เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และฝึกอบรมบุคลากร

การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ ยังต้องได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลชุมชน โดยมีการคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ บัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์และหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ใช้ยา

1. มีบัญชีรายการยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2. ไม่มีรายการยา NED หรือถ้ามีต้องขออนุมัติจากผู้ตรวจราชการหรืออยู่ระหว่างการขออนุมัติ

3. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. ครบ 5 รายการ (Adrenaline Injection, Steroid Injection, Chlorpheniramine Injection, 50% Glucose Injection, ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือด)

4. มีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต

5. มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา

แนวทางการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

1. CUP จัดทำบัญชีรายการยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำแนกตามผู้สั่งใช้อาจจัดแบ่งกรอบยาเป็น 3 ระดับ กรอบยาทั่วไป กรอบยาเรื้อรัง กรอบยา PCC (ถ้ามี)

2. หากมีรายการยา NED ให้เตรียมเอกสารอนุมัติไว้ด้วย

3. ยาช่วยชีวิตควรตรวจสอบวันหมดอายุและจัดเก็บตามมาตรฐาน

4. จัดทำหลักเกณฑ์หรือขอบเขตการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา

หลักเกณฑ์หรือ ขอบเขตในการสั่งใช้ยา

1. กรอบบัญชีรายการยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วไป

1.1 สามารถสั่งจ่ายโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2. กรอบบัญชีรายการยาส่งต่อผู้ป่วย

2.1 เป็นยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับจาก โรงพยาบาล และส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อรับยาต่อเนื่อง

2.2 ไม่ให้ปรับยาหรือขนาดยาให้แก่ผู้ป่วย

2.3 สามารถสั่งจ่ายโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

3. กรอบบัญชีรายการยาสำหรับแพทย์

3.1 สามารถสั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น

3.2 หากกรณีที่แพทย์ติดราชการ สามารถดำเนินการได้ดังนี้

- กรณีที่ผู้ป่วยอาการปกติดี ให้เป็นยาเดิม (RM) จำนวน 2 สัปดาห์
- โทร consult แพทย์ประจำหน่วยบริการนั้น ๆ

4. การจ่ายยากลุ่มยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภทที่ 4 ได้แก่ Diazepam

4.1 สั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น

4.2 ตัด Stock card ให้เป็นปัจจุบันทุกครั้งที่มีเบิกจ่ายรับเข้ายา

4.3 ตรวจสอบปริมาณการจ่ายยา และคงเหลือ ให้ถูกต้องตรงกันทั้งใน รบ.301, JHCIS

4.4 จัดทำรายงานการใช้วัตถุออกฤทธิ์ฯ ตามแบบฟอร์ม ส่งที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกเดือน

4.5 กรณีที่มีการสูญหายหรือมีความผิดปกติของการใช้ยากลุ่มนี้ ให้ทำบันทึกข้อความแจ้งหัวหน้าหน่วยงาน ตามลำดับขั้น รวมถึงรายงานแจ้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข

สรุปได้ว่า ด้านการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ หลังจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดความน่าจะเป็นของระบบการบริหารยาและเวชภัณฑ์ จะยังได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเช่นเดิม เนื่องจากยังไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ชัดเจนด้านระบบการจัดการด้านยาและระบบการดูแลคลังเวชภัณฑ์ ยังต้องมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในการให้ความแนะนำ จนกว่าจะมีตำแหน่งที่มีความรู้ในด้านนี้ประจำที่หน่วยงานของท้องถิ่น ในส่วนของงบประมาณในการจัดซื้อยา ยังคงได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นรายหัวแต่จำนวนผู้รับบริการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิต่อไปจนกว่าหน่วยงานของท้องถิ่นจะมีความพร้อมในการบริหารจัดการเอง ซึ่งในอนาคตหน่วยอาจมีการจัดสรรงบประมาณในการซื้อยาและเวชภัณฑ์เอง และให้โรงพยาบาลเป็นผู้จัดหา โดยงบประมาณ อปท.เป็นผู้จัดสรรให้ และอาจมีการเปิดรับตำแหน่งเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือผู้มีความรู้ด้านการจัดซื้อจัดจ้างด้าน ยาและเวชภัณฑ์เพิ่ม เพื่อดูแลในด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์เอง

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)

การคลังด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพด้วยกลไกการจ่ายเก็บสะสม หรือแบ่งปันไปให้เกิดงานบริการที่ยังขาดไปในระบบ หรือแบ่งปันให้เกิดแรงจูงใจของบุคลากร หรือเอาไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน เพื่อทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการ ประชาชนเข้าถึงได้ทุกเวลาและสถานที่ สามารถบรรลุเป้าหมายให้มีสุขภาพดีได้อย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ ปราศจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากจนต้องล้มละลาย ดังนั้น กลไกการคลังสุขภาพจึงมิได้หมายถึงแค่มีกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดสรรงบประมาณ ระบบการซื้อและระบบการให้บริการด้านสุขภาพโดยทั่วไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละประเทศด้วยการเทียบสัดส่วนกับผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Products ; GDP) และตัวชี้วัดที่ระบุถึงภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนคือ สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (Out-of-Pocket Payment) ต่อรายได้ทั้งหมด ดังนี้

5.1 ให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแหล่งรายได้ ดังนี้

1. รายได้จากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหน่วยบริการประจำแม่ข่ายจะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้ โดยต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. งบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

2.2 เงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อุดหนุนเป็นงบดำเนินงาน (เงินบำรุง) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

5.2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บริหารงบประมาณ การเงิน และบัญชีของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามระเบียบต่อไปนี้ จนกว่าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจะปรับปรุงแก้ไข

1. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2561

2. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้แก่ หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562

5.3 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจารณากำหนดอัตราบุคลากรตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินตามโครงสร้างอัตราบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยคำนึงถึงความจำเป็นและเหมาะสมกับสภาพการณ์ของแต่ละองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสถานะทางการเงินการคลังขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

5.4 ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมอบหน้าที่ และอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถอนุมัติใช้เงินบำรุงก่อหนี้ผูกพัน ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.5 ให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมอบหน้าที่และอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงนามอนุมัติโครงการที่ต้องใช้เงินบำรุงสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยกเว้นกรณีเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

5.6 ให้สำนักงบประมาณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณให้แก่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหาร

ส่วนจังหวัดไม่น้อยกว่าที่เคยจัดสรรให้แก่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ดังนี้

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดเล็ก 1 ล้านบาท/ปี

2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดกลาง 1.5 ล้านบาท/ปี

3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดใหญ่ 2 ล้านบาท/ปี

สรุปได้ว่า มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานการคลังด้านสุขภาพ และควรมรความชัดเจนเป็นคู่มือหรือแนวปฏิบัติกลาง (Standard of Practice ; SOP) ที่ระบุบทบาทหน้าที่ และสิ่งที่ควรทำ อย่างชัดเจน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการรับโอนสถานบริการ โดยเฉพาะการบริหารงานบุคคล และงบประมาณ เพื่อเรียนรู้การอยู่ร่วมกับองค์กรใหม่ที่จะเข้ามา สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การถ่ายโอนควรเป็นกระบวนการที่ต้องให้เวลาในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจ ของทั้งผู้ที่จะถ่ายโอน และท้องถิ่นที่รับโอน ไม่ควรเป็นกระบวนการที่เร่งรัด

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/ Governance)

ธรรมาภิบาลเป็นเรื่องสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องใส่ใจในยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวังไว้ให้สำเร็จ ต้องกำกับ ดูแล และควบคุม รับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากมายหลายกลุ่ม ผู้นำมีความสำคัญมากในการบูรณาการทุกภาพส่วน ให้เกิดการเชื่อมผสานกันในระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีนั้น ให้ระบบนี้เกิดความสมดุลและยั่งยืนของประเทศ ดังนั้น ลำพังตัวชี้วัดด้านธรรมภิบาลของผู้นำมิได้สัมพันธ์กับความสำเร็จของระบบสุขภาพที่ดีได้ การดำเนินการด้านโครงสร้างกองสาธารณสุขและสำนักสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น และให้การกำหนดโครงสร้างและอัตรากำลังของกองสาธารณสุขและสำนักสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นไปตามความประสงค์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามหลักการกระจายอำนาจและประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดในส่วนที่เกี่ยวข้อง

แนวทางของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

6.1 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

6.2 ให้การปฏิบัติหน้าที่ราชการของบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดอยู่ภายใต้บังคับกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

6.3 ให้ทุกสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยึดถือปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยอนุโลม จนกว่าหลักเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะมีผลบังคับใช้

6.4 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัด (Monitoring and Evaluation Protocol: M & E Protocol) และคู่มือการพัฒนาคุณภาพสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Quality Assurance Manual) ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

6.5 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) สามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วนตามความจำเป็นและเหมาะสมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อดำเนินการประเมินผลสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้

6.6 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

สรุปได้ว่า เกณฑ์การคัดเลือกหน่วยบริการจะมีการถ่ายโอนภารกิจควรพิจารณาเกณฑ์ในการเลือกให้ความสำคัญกับความเห็นของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการที่จะถ่ายโอน ขนาดพื้นที่/จำนวนหมู่บ้านหรือประชากรรับผิดชอบ ความพร้อมในเชิงงบประมาณของท้องถิ่น ความรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของผู้บริหารท้องถิ่นต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น มีศักยภาพในการพึ่งตัวเองในด้านทรัพยากรได้น้อย ประการสำคัญคือ สถานบริการที่จะถ่ายโอน ควรมีการจัดการให้มีเจ้าหน้าที่บรรจุเต็มกรอบก่อนหรือทันทีที่ถ่ายโอน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานได้ทันที มีชัดเจนเชิงนโยบายเพื่อลดผลกระทบเชิงคัดค้าน มีการระดมสรรพกำลัง เพื่อช่วยให้สถานีอนามัยถ่ายโอนในภาพรวม สามารถก้าวผ่านอุปสรรค สู่ความสำเร็จได้ นับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะทำให้ทุกฝ่าย โดยเฉพาะสถานบริการอื่น ๆ ที่พร้อมจะถ่ายโอน เกิดความมั่นใจและกล้าที่จะตัดสินใจถ่ายโอนมากขึ้น

เพื่อให้บุคลากรส่วนท้องถิ่นมีจำนวนและคุณภาพเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายกำหนดและภารกิจที่รับถ่ายโอนมา การถ่ายโอนบุคลากรจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องสอดคล้องกับภารกิจตามกฎหมายและแผนปฏิบัติการฯ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ความจำเป็น ความต้องการกำลังคนและ ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการคลัง การถ่ายโอนกำลังคน

ระหว่างราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ยึดหลักการ “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” โดยสิทธิประโยชน์และ ความก้าวหน้าของบุคลากรที่ถ่ายโอนต้องไม่ต่ำกว่าที่เคยได้รับอยู่เดิม รวมถึงการบริหารทรัพยากรบุคคล ส่วนท้องถิ่นต้องยึดหลักการตามระบบคุณธรรม มีกลไกดูแลความเป็นธรรม สร้างหลักประกันความก้าวหน้า ในการทำงานและมีมาตรฐานในหลักเกณฑ์วิธีการที่สำคัญใกล้เคียงกับมาตรฐานการบริหารงานบุคคล ของเจ้าหน้าที่ของรัฐประเภทอื่น

ความไม่ต่อเนื่อง และความผันผวน คาดการณ์ยาก ของการเมืองในท้องถิ่น ยังคงเป็นปัจจัยลบ ที่ทำให้สถานีอนามัยที่สนใจแต่ถ่ายโอนไปทำงานกับท้องถิ่น ลังเลหรือเปลี่ยนใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยเวลาระยะยาว ในการก้าวผ่าน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจให้กับทุกฝ่ายในสังคม เช่น กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในการเรียนรู้การทำงาน การวางตัว ในบริบทวัฒนธรรมการเมืองท้องถิ่น ที่ควรวางตัวเป็นกลาง ใช้วิชาการนำ และยึดประชาชนเป็นหลัก) กับ นักการเมืองท้องถิ่น (ในการมองเห็นสุขภาพของประชาชน เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการทำงานการเมือง) และ สาธารณะโดยเฉพาะสื่อ (ในการมองเห็นแนวโน้มด้านบวกของการพัฒนาทางการเมืองท้องถิ่น อันเนื่องมาจากคุณสมบัติของนักการเมืองที่มีคุณภาพมากขึ้น ประชาชนในท้องถิ่นที่มีการเรียนรู้ และเติบโตทางทางเมืองมากขึ้น) ซึ่งการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จะต้องมีการกำกับและประเมินผลด้านกำลังคนด้านสุขภาพ การประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกลี่ยอัตรากำลังพื้นฐาน ต้องทำกรอบการประเมินได้ เช่น ระบบบริการกำลังคน จะต้องมีจำนวนเท่าไหร่ตามขนาด SML ซึ่งสามารถยื่นข้อเสนอขอสนับสนุนจากกระทรวงได้

2.4 แนวคิดการกำกับและการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ

World Health Organization (2022) ได้กล่าวถึง การกำกับและการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ ดังนี้

2.4.1 การกำกับและการประเมินระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Monitoring Conceptual Framework: PHC)

รูปแบบการ Monitor โดยใช้กรอบ Primary Health Care (PHC Monitoring Conceptual Framework) เป็นหลักในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ (Sustainable Development Goals: SDGs) การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health Care: PHC) ตามที่ระบุไว้ในปฏิญญาอัลมา-อาตา พ.ศ. 2521 และอีก 40 ปีต่อมาในเอกสารขององค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ปี พ.ศ. 2561 วิสัยทัศน์สำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในศตวรรษที่ 21: มุ่งสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นแนวทางด้านสุขภาพแบบองค์รวมและทั่วทั้งสังคมที่รวมองค์ประกอบหลัก 3 ประการ: นโยบายและการดำเนินการหลายภาคส่วน เสริมพลังผู้คนและชุมชน และการดูแลเบื้องต้นและหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่จำเป็นเป็นแกนหลักของบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ด้วยการนำองค์ประกอบทั้งสามนี้มารวมกัน (Primary Health Care: PHC) จะสร้างรากฐานสำหรับการบรรลุผลสำเร็จของการคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า

(Universal Health Coverage: UHC) และ (Sustainable Development Goals: SDGs) แนวทาง (Primary Health Care: PHC) สามารถช่วยให้ประเทศต่าง ๆ เพิ่มระดับและการกระจายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีอย่างเท่าเทียมกัน โดยเน้นที่ความต้องการและความชอบของผู้คน (ทั้งในฐานะบุคคลและชุมชน) โดยเร็วที่สุดตลอดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไปจนถึงการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคอง และใกล้เคียงกับสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้คนมากที่สุด

ในปี 2019 ประเทศสมาชิกได้ยืนยันอีกครั้งถึงความมุ่งมั่นในการเสริมสร้าง สาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุผลสำเร็จด้านสุขภาพสำหรับทุกคนโดยปราศจากความแตกต่างใด ๆ ผ่านปฏิญญาอัสตานา ซึ่งรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่เจ็ดโดยมติ WHA 72.2 เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและยืนยันอีกครั้ง ในปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยการประชุมระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2562 เหตุการณ์ล่าสุดได้สร้างแรงกดดันให้กับประเทศต่าง ๆ ให้ตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ยังคงปกป้องสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นตามรากฐานของสาธารณสุขมูลฐาน

นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิยังเร่งความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายและลำดับความสำคัญขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปัจจุบัน ซึ่งรวมถึงโครงการทำงานทั่วไปครั้งที่สิบสามของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2019-2023 และกรอบผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันโดยมีเป้าหมายสามประการในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโลกให้ปลอดภัยและให้บริการผู้อ่อนแอ แผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อชีวิตที่มีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน รวมถึงตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น กรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และกรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลกในการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและองค์ประกอบ 6 ประการ

1. กรอบงานการติดตามและประเมินผลสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน (PHC)

ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC)อย่างต่อเนื่อง ประเทศต่าง ๆ จะต้องสามารถประเมินว่าการตัดสินใจ การดำเนินการ และการลงทุนจัดการกับปัจจัยที่กำหนดด้านสุขภาพในวงกว้างได้อย่างไร ในขณะเดียวกันก็ปรับปรุงความครอบคลุมของบริการ การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน และสุขภาพของบุคคลและประชากรในท้ายที่สุด ในขณะที่ประเทศต่าง ๆ พยายามที่จะปรับระบบสุขภาพของตนตามหลักการของสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน ติดตาม และตรวจสอบประสิทธิภาพของสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) เพื่อเร่งความก้าวหน้าไปสู่ (Universal Health Coverage: UHC) และสุขภาพ (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดและกรอบแนวคิดการติดตามและประเมินผลของกรอบการดำเนินงานสำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ตัวชี้วัดและกรอบการทำงานได้ผ่านการตรวจสอบทางเทคนิคและการปรึกษาหารือในหลายขั้นตอนกับประเทศ ภาคประชาสังคม และนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) ชั้นนำ และทำให้งานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ก้าวหน้าในการเฝ้าติดตาม (Universal Health Coverage: UHC)

และ (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมถึงแผนงานทั่วไปที่ 13 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตลอดจนความพยายามในการติดตามระบบสุขภาพระดับโลกอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาระการรายงานระดับประเทศและลดความเสี่ยงของการซ้ำซ้อน ผลลัพธ์ของความสอดคล้องและการปรึกษาหารือกันอย่างกว้างขวางนี้เป็นเมนูของตัวชี้วัดที่ประเทศต่าง ๆ สามารถใช้และจัดลำดับความสำคัญตามบริบทของชาติและความต้องการด้านสุขภาพในแนวทางที่เหมาะสมกับความสมบูรณ์ของระบบสุขภาพของประเทศ

1.1 กรอบการวัดและตัวชี้วัดสาธารณสุขมูลฐาน (PHC)

กรอบแนวคิด ของการวัดสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดและการตรวจสอบที่จัดตั้งขึ้นทั่วโลกและระดับภูมิภาคสำหรับการเสริมสร้างระบบสุขภาพสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) และ (Universal Health Coverage: UHC) ได้รับการพัฒนาตามการทบทวนกรอบการทำงานที่มีอยู่อย่างครอบคลุม และดึงเอากรอบงาน M & E ร่วมกันขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ International Health Partnership (IHP+) อย่างกว้างขวาง, WHO European Primary Health Care, Impact, Performance and Capacity Tool, WHO กรอบงานบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และกรอบแนวคิด (Primary Health Care Performance Initiative: PHCPI)

กรอบแนวคิดการตรวจสอบการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Primary Health Care: PHC) และให้กรอบงานตามผลลัพธ์เชิงตรรกะสำหรับการตรวจสอบประสิทธิภาพและความคืบหน้าใน (Primary Health Care: PHC) โดยจะจัดระเบียบองค์ประกอบหลัก 3 ส่วนสำหรับ (Primary Health Care: PHC) 14 แบบให้เป็นห่วงโซ่ผลลัพธ์ หรือแบบเรียงซ้อน สำหรับการวัดและติดตาม (Primary Health Care: PHC) ที่มีประสิทธิผล กรอบถูกจัดระเบียบใน 3 วิธี ประกอบด้วย

1. โครงสร้าง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ

2. เพื่อสนับสนุนดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของระบบสุขภาพ : ตัวกำหนดระบบสุขภาพ การให้บริการแบบบูรณาการ (รวมถึงหน้าที่และการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับการป้องกัน การส่งเสริม การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูและการบรรเทา) และวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ (เช่น การปรับปรุงบริการ ความคุ้มครองและสถานภาพสุขภาพ) โดยแยกย่อยออกเป็นหัวข้อย่อยเพิ่มเติม

3. มิติการตรวจสอบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และผลกระทบกรอบงานแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงตรรกะระหว่างหัวข้อ โดยแสดงเส้นทางสาเหตุหรือทิศทางของอิทธิพลที่เชื่อมโยงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อมูลเข้า และกระบวนการ กับผลลัพธ์ที่ต้องการ (ผลลัพธ์ ผลผลิต และผลกระทบ) ตัวอย่างเช่น กรอบนี้แสดงให้เห็นว่าการลงทุนในระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นั้นมีความสามารถอย่างไรในโครงสร้างและข้อมูลนำเข้า (เช่น ธรรมาภิบาล บุคลากรด้านสุขภาพและการเงิน) สามารถนำไปสู่ประสิทธิภาพที่ดีขึ้นของกระบวนการและผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (เช่น การออกแบบ องค์กร การเข้าถึง การใช้ประโยชน์ และคุณภาพของบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ได้รับการปรับปรุง) ในทางกลับกัน กระบวนการและผลลัพธ์

ที่ได้รับการปรับปรุงสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (เช่น ความครอบคลุมของบริการและการคุ้มครองทางการเงิน) และผลกระทบโดยรวมต่อสถานะสุขภาพ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นแนวทางในการเสริมสร้างระบบสุขภาพเพื่อเร่งความก้าวหน้าไปสู่ความครอบคลุมด้านสุขภาพ (Universal Health Coverage: UHC) และการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลกระทบมีความสอดคล้องอย่างเต็มที่กับตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีอยู่

กรอบการทำงานนี้ยังเน้นว่าระบบสุขภาพที่เน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแสดงให้เห็นถึงความเท่าเทียม คุณภาพ และความยืดหยุ่นได้อย่างไร และวิธีที่จะสามารถประเมินพื้นที่เหล่านี้ได้ตลอดทั้งห่วงโซ่ผลลัพธ์

ตัวชี้วัดการจัดลำดับความสำคัญ การปรับตัว และการใช้งาน

ตามกรอบแนวคิด มีการระบุตัวบ่งชี้เพื่อประเมิน ติดตาม และติดตามความคืบหน้าและประสิทธิภาพในการเสริมความแข็งแกร่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในองค์ประกอบทั้งสาม มีการจัดเตรียมตัวบ่งชี้สำหรับแต่ละหัวข้อหลักและข้อย่อย และครอบคลุมห่วงโซ่ผลลัพธ์ทั้งหมด ตัวชี้วัดได้รับการคัดเลือกตามการทบทวนอย่างเป็นระบบของรายการตัวบ่งชี้ที่จัดตั้งขึ้นและวิธีการวัดที่เกี่ยวข้องสำหรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพภายในบริบทของสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) และการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตามด้วยการปรึกษาหารืออย่างกว้างขวางกับผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคของ WHO กลุ่มทบทวนผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคที่ประกอบด้วย พันธมิตร (Primary Health Care Performance Initiative: PHCPI) และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) จากกระทรวงสาธารณสุขและวิชาการ

ตัวบ่งชี้ที่ได้รับการคัดเลือกเนื่องจากถือว่าตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ความเกี่ยวข้อง ความถูกต้อง ความอ่อนไหว ความเป็นไปได้ ความพร้อมใช้งาน ความสามารถในการดำเนินการรอบคันโยกเชิงกลยุทธ์และการปฏิบัติงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและสอดคล้องกับความพยายามในการติดตามที่มีอยู่ตามที่ตกลงกันไว้ การประกาศและมติระดับโลกหรือกลไกมาตรฐานสากล โดยตัวชี้วัดถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม :

ตัวชี้วัดระดับที่ 1 ตัวชี้วัดที่ถือว่าเป็นไปได้ในการรวบรวม ติดตาม และติดตามในบริบทส่วนใหญ่

ตัวบ่งชี้ระดับ 2 สิ่งเหล่านั้นถือว่า "น่าพึงพอใจ" แต่ไม่จำเป็นต้องถือว่าเป็นไปได้สำหรับบริบททั้งหมดในการรวบรวมและใช้งาน ในบางกรณี ตัวชี้วัดจะถูกจัดประเภทเป็นระดับ 2 เนื่องจากถือว่ามีความสำคัญ แต่จำเป็นต้องมีการพัฒนาและทดสอบระเบียบวิธีเพิ่มเติม

ตัวชี้วัดระดับโลก ชุดย่อยของตัวชี้วัดระดับ 1 ที่ถือว่ามีความเกี่ยวข้องสูงสำหรับการติดตามและการรายงานทั่วโลกต่อสมัชชาอนามัยโลก

สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ เลือกและปรับชุดตัวชี้วัด (โดยทั่วไปไม่เกิน 30-40 ตัวชี้วัด) ตามบริบทของประเทศ ลำดับความสำคัญ ความต้องการ และวุฒิภาวะของระบบสุขภาพ ควรเลือกตัวชี้วัดอย่างสมดุลในห่วงโซ่ผลลัพธ์และขอบเขตของกรอบแนวคิด เพื่อให้สามารถแสดงรายการตัวชี้วัดที่กว้างขึ้นในขอบเขตที่มีลำดับความสำคัญสูงสำหรับบริบทที่น่าสังเกต แม้ว่าตัวชี้วัด

หลายตัวจะดึงมาจากมาตรฐานที่ตกลงกันทั่วโลกและมีการรายงานเป็นประจำในหลายประเทศแล้ว แต่ตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เป็นแรงบันดาลใจ (ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดระดับ 2) ได้ถูกรวมไว้เพื่อระบุขอบเขตใหม่ของการวัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และจะต้องมีการทดสอบและพัฒนาเพิ่มเติม กรอบงานและตัวชี้วัดจะได้รับการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอโดยคำนึงถึงบทเรียนที่ได้รับจากการนำกรอบงานไปใช้ ตลอดจนแนวทางใหม่ในการวัดค่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะเกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

ตัวชี้วัด จำนวนมากสามารถจำแนกตามมิติต่าง ๆ ได้ เนื่องจากความเท่าเทียมในการให้บริการด้านสุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวชี้วัดจำนวนมากจึงสามารถแยกออกได้ในหลายมิติความเท่าเทียม ซึ่งรวมถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความมั่งคั่ง ที่อยู่อาศัยในเมืองและชนบท อายุ ระดับการศึกษา เพศและเพศ ชาติพันธุ์ การพลัดถิ่น (เช่น ผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตด้านมนุษยธรรมในค่ายผู้ลี้ภัย ผู้พลัดถิ่นภายใน อาศัยอยู่ในถิ่นฐานที่ไม่เป็นทางการ หรือนักโทษ) ความทุพพลภาพ และความอัปยศ แม้ว่าตัวชี้วัดหลายตัวจะมุ่งเน้นที่ระดับการดูแลหลัก (รวมถึงการดูแลตามสถานที่และในชุมชน) แต่แนวทาง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น ต้องการการทำงานร่วมกันทั่วทั้งระบบสุขภาพและระดับการดูแลที่หลากหลาย ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องเข้าใจประสิทธิภาพของสถานพยาบาลประเภทอื่น ๆ และความสัมพันธ์กับสถานบริการปฐมภูมิ ตัวอย่างเช่น ในระบบสุขภาพที่เน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบร่วมกันต่อสุขภาพโดยรวมของชุมชนโดยรอบ แทนที่จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลเฉพาะบุคคลและเฉพาะทาง และส่งเสริมเส้นทางบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางทั่วทั้งระบบสุขภาพ ด้วยเหตุผลนี้ การแยกตัวชี้วัดหลายตัวตามประเภทของสิ่งอำนวยความสะดวกจึงเป็นสิ่งสำคัญ การแยกส่วนที่เป็นไปได้ที่เกี่ยวข้องกับระดับหรือการตั้งค่าการดูแลควรปรับให้เข้ากับการตั้งค่าของประเทศ สถานพยาบาลเหล่านี้อาจรวมถึงสถานพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพของชุมชน สถานบริการปฐมภูมิ หรือการปฏิบัติของแพทย์ทั่วไป สถานพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยรายแรก โรงพยาบาลเฉพาะทาง สถานพยาบาลระยะยาว และสถานพยาบาลต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังรวมถึงตัวชี้วัดเชิงโรงพยาบาลเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นต้องจำเพาะต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ถือว่ามีความสำคัญสำหรับการติดตามและติดตามระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นระบบบริการปฐมภูมิในวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของคุณภาพของผลลัพธ์การดูแล การแยกข้อมูลระดับสถานประกอบการโดยหน่วยงานจัดการช่วยให้สามารถเปรียบเทียบตัวชี้วัดที่สำคัญในภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สำคัญในหลายประเทศที่ให้บริการด้านสุขภาพจำนวนมากในภาคเอกชน ตัวชี้วัดหลักที่สามารถแยกแยะเพื่อติดตามและประเมินการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการส่งมอบบริการ ได้แก่ กลไกสำหรับการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเอกชนในประเทศ ความสมบูรณ์ของการรายงานโดยผู้ให้บริการเอกชน (รวมถึงบริการปฐมภูมิ) ความหนาแน่นและการกระจายสิ่งอำนวยความสะดวกของภาคเอกชน ความหนาแน่นและการกระจายกำลังแรงงานด้านสุขภาพของภาคเอกชน ความพร้อมของภาคเอกชนและความพร้อมในการให้บริการ และการใช้บริการในภาคเอกชน (จำนวนการเข้าชมต่อหัว)

ประเภทและระดับของตัวชี้วัด ตัวบ่งชี้แต่ละตัวสำหรับการปฏิบัติงานหลักและผลลัพธ์ ตัวชี้วัด ประกอบด้วยตัวชี้วัดเชิงปริมาณผสมกัน (เช่น การจัดหาเงินทุน แรงงาน ยา ความพร้อมในการให้บริการ ความพร้อม การใช้ประโยชน์ และคุณภาพ) และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

(เช่น ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับนโยบายระบบบริการปฐมภูมิ และกรอบกฎหมายสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ การดำเนินการจากหลายภาคส่วน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการออกแบบ และการจัดบริการสุขภาพ) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะและวิธีการวัดผล สามารถรวบรวม รวบรวม และใช้งานตัวชี้วัดในระดับหนึ่งหรือหลายระดับ รวมถึงระดับชาติ อำเภอ สิ่งอำนวยความสะดวก และระดับชุมชนและระดับบุคคล

พื้นฐานและเป้าหมาย คำแนะนำนี้ไม่ได้กำหนดเป้าหมายระดับโลกหรือระดับชาติ เนื่องจากบริบทของประเทศและความต้องการด้านสุขภาพของประชากรแตกต่างกันไปจนยากที่จะกำหนดเป้าหมายที่มีความหมาย อย่างไรก็ตาม สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ กำหนดเป้าหมายของตนเองโดยอิงจากพื้นฐานและวิถีที่ตั้งใจไว้ การกำหนดเป้าหมายควรขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพพื้นฐาน ความเป็นไปได้และความทะเยอทะยานในประเทศต่าง ๆ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์และผลกระทบ สิ่งสำคัญคือต้องสังเกตว่าตัวบ่งชี้ที่เสนอมุ่งเน้นไปที่ส่วนแรกของห่วงโซ่ผลลัพธ์ (โครงสร้าง ข้อมูลเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์) เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีความสอดคล้องมากที่สุดกับคันโยกของกรอบการปฏิบัติงานสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นการกระทำและการแทรกแซงที่ ผู้มีอำนาจตัดสินใจระดับชาติและระดับภูมิภาคสามารถนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างการวางแนวระบบบริการปฐมภูมิ ของระบบสุขภาพของตนได้ ผลลัพธ์ที่สำคัญและตัวชี้วัดผลกระทบได้รับการอธิบายและตกลงกันเป็นอย่างดีผ่านกระบวนการระดับโลก เช่น วาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และรายการอ้างอิงทั่วโลกของตัวชี้วัดด้านสุขภาพหลัก 100 ข้อ ควรใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์และผลกระทบร่วมกับตัวชี้วัดของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ไม่ใช่จุดเน้นของแนวทางนี้ยังคง เพื่อวัตถุประสงค์ของความครอบคลุมและเพื่อแสดงให้เห็นถึงเส้นทางเชิงสาเหตุระหว่างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน ห่วงโซ่ผลลัพธ์ที่ขยายออกไปซึ่งรวมถึงผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลกระทบที่ต้องติดตามร่วมกับเมนูตัวชี้วัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้รวมอยู่ในส่วนการนำ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน : การวัดผลเพื่อขับเคลื่อนการปรับปรุงประสิทธิภาพ

2. การตรวจสอบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การติดตามความคืบหน้าในการเสริมสร้างขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) รวมถึงการประเมินตัวบ่งชี้จำนวนหนึ่งภายใต้โครงสร้างและปัจจัยนำเข้า

2.1 โครงสร้าง

ธรรมาภิบาล ธรรมาภิบาลถือเป็นองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น แม้ว่ารัฐบาลจะเป็นตัวขับเคลื่อนหลักในการกำกับดูแล แต่ผู้ที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ รวมถึงภาคประชาสังคม กลุ่มชุมชน และภาคเอกชน ล้วนเป็นผู้มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จ ขอบเขตการกำกับดูแลรวมถึงการประเมินระดับความมุ่งมั่นทางการเมืองและความเป็นผู้นำของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในฐานะเครื่องมือหลักในการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ผ่านนโยบายและกฎหมายที่เข้มงวด ตลอดจนขอบเขตที่กรอบการกำกับดูแลและนโยบายของประเทศสะท้อนและส่งเสริมองค์ประกอบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งสาม โดเมนย่อยเหล่านี้มุ่งเน้นไปที่การประเมินแนวทางการกำกับดูแล (เช่น Health in All Policies) โครงสร้างกรอบนโยบาย การกำกับดูแลและกฎระเบียบที่มีประสิทธิภาพ

การกำกับดูแลยังรวมถึงหัวข้อย่อยที่เน้นการประเมินขอบเขตของการมีส่วนร่วมกับชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนเพื่อร่วมกันกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขและจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินการ ตลอดจนขอบเขตและการผสมผสานของการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการให้บริการ

การปรับความต้องการด้านสุขภาพของประชากร ประกอบด้วยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานเกี่ยวกับสถานะและความต้องการด้านสุขภาพของประชากร การใช้ข้อมูลนี้อย่างเหมาะสมเพื่อกำหนดและดำเนินการตามลำดับความสำคัญ และการประเมินอย่างต่อเนื่องและการติดตามความต้องการและบริบทด้านสุขภาพของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป การวิเคราะห์สถานการณ์ควรอยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนด แนวโน้ม และความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมและมีส่วนร่วม นอกจากนี้ ควรพิจารณาบริบททางระบาดวิทยา การเมือง สังคมเศรษฐกิจและองค์กรของประเทศ และให้ความสนใจกับประเด็นความเท่าเทียม (รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพของบรรทัดฐานทางเพศ บทบาท และความสัมพันธ์ เช่น ความยากจนและการกีดกันทางสังคม) การวิเคราะห์สถานการณ์ควรนำข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมารวมกันตามหลักการแล้ว แบบฝึกหัดการกำหนดลำดับความสำคัญควรเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการวางแผนและทบทวนสุขภาพแห่งชาติของประเทศ

การลงทุนในการวิจัยที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการวิจัยเพื่อนำไปปฏิบัติมีความสำคัญเช่นกันในการปรับระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชากร และควรมีส่วนช่วยในการจัดลำดับความสำคัญ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายมีบทบาทสำคัญในการกำหนดลำดับความสำคัญ เนื่องจากช่วยให้มั่นใจว่าการจัดลำดับความสำคัญสะท้อนความต้องการของประชากร และการแทรกแซงและโปรแกรมที่เลือกเป็นที่ยอมรับและเหมาะสม

การจัดหาเงินทุน การจัดหาเงินทุนด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมการเข้าถึงบริการแบบบูรณาการคุณภาพสูงอย่างเท่าเทียมกัน ขณะเดียวกันก็ลดความยากลำบากทางการเงิน การจัดหาเงินทุนสำหรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรถือเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์การจัดหาเงินทุนด้านสุขภาพแบบองค์รวมของประเทศเสมอ โดเมนนี้ประเมินเงินทุนและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้แน่ใจว่าแต่ละคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยไม่มีปัญหาทางการเงินเกินควร ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบระดับของการใช้จ่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามบัญชีด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงแหล่งเงินทุน เช่นเดียวกับการจัดสรรเงินทุนในระดับต่าง ๆ ของการดูแล (ตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นไปจนถึงโรงพยาบาล) และการแทรกแซงด้านสาธารณสุข

การจัดซื้อเชิงกลยุทธ์และระบบการชำระเงินของผู้ให้บริการควรเสริมความแข็งแกร่งให้กับการวางแนวระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของระบบสุขภาพโดยการส่งเสริมการดูแลเบื้องต้นเป็นการติดต่อครั้งแรก เพิ่มการเข้าถึงการแทรกแซงที่มีลำดับความสำคัญให้กับประชากรทั้งหมด และสนับสนุนการบูรณาการบริการส่วนบุคคลและสาธารณสุข การประเมินโดเมนนี้รวมถึงการประเมินว่าชุดของบริการ (รวมถึงบริการปฐมภูมิ) ได้ถูกกำหนดไว้ในแพ็คเกจสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดทำแผนที่ของการจัดซื้อและวิธีการชำระเงินที่สนับสนุนรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่งเสริมการบูรณาการบริการด้านสุขภาพ

เพื่อคุณภาพการดูแล เครื่องมือ WHO-CHOICE และเมทริกซ์ความคืบหน้าด้านการเงินขององค์การอนามัยโลก (WHO) สามารถสนับสนุนการคิดต้นทุนและการจัดหาเงินทุนสำหรับการแทรกแซงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการดูแลเบื้องต้น

2.2 โครงสร้างปัจจัยนำเข้า

โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ ประเมินความหนาแน่นและการกระจายของสถานบริการสุขภาพ สำหรับสิ่งนี้ ตามหลักแล้ว รายการสิ่งอำนวยความสะดวกหลัก มีอยู่ในประเทศที่ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมด ดังนี้

- ประเภทสถานบริการปฐมภูมิและสถานีอนามัยชุมชน โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยแรก โรงพยาบาลเฉพาะทาง และสถานพยาบาลระยะยาว เช่น สถานพยาบาลหรือสถานดูแลต่อเนื่องตามความเหมาะสม
- อำนาจจัดการรัฐบาล เอกชนแสวงหากำไร และเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร
- พื้นที่ที่อยู่อาศัยหรือที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ในเมือง รอบเมือง และชนบท และรวมถึงพิกัดทางภูมิศาสตร์ด้วย

การประเมินความสามารถของสถานบริการสุขภาพเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพด้วยน้ำที่เชื่อถือได้ สุขาภิบาล การกำจัดหรือรีไซเคิลของเสีย การเชื่อมต่อโทรคมนาคม แหล่งจ่ายไฟ และระบบขนส่งที่สามารถเชื่อมต่อผู้ป่วยกับผู้ให้บริการดูแลอื่น ๆ การประเมินในโดเมนนี้ควรปรับให้เข้ากับบริบทเฉพาะประเทศ

บุคลากรด้านสุขภาพ ขอบเขตกำลังคนด้านสุขภาพจะประเมินปริมาณ การผสมผสานทักษะ และการกระจายของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่มีทักษะด้านสหสาขาวิชาชีพในชุมชน การขยายงาน สถานบริการปฐมภูมิ สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย และระดับโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังประเมินว่าบุคลากรด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนโดยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การกำกับดูแล และค่าตอบแทนที่เหมาะสมหรือไม่และอย่างไร ความหนาแน่นของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพถูกจำแนกตามอาชีพโดยอ้างอิงจาก (International Standard Classification of Occupations ; ISCO) ปี 2555 ความเกี่ยวข้องโดยเฉพาะกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือผู้ประกอบวิชาชีพเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วไปในบางประเทศและเป็นผู้เชี่ยวชาญในบางประเทศ พวกเขาให้การดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแก่บุคคลและครอบครัวในชุมชนของพวกเขา การจำแนกประเภทระหว่างประเทศยังประเมินความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ซึ่งมีความจำเป็นต่อการให้บริการแก่เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และประชากรกลุ่มเปราะบางในระดับชุมชน

ยาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่น ๆ จะวัดความพร้อมใช้งานและความสามารถในการจ่ายได้ของยาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่เหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูง การตรวจสอบชุดหลักของยาจำเป็นที่เกี่ยวข้องนั้นอิงตามรายชื่อยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO) และเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสุขภาพ (Sustainable Development Goals: SDGs) (ตัวบ่งชี้ SDG 3.b.3) ดัชนีที่เสนอนี้คำนวณจากชุดย่อยของยาที่จำเป็นสำหรับการติดตาม 32 รายการสำหรับโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง โรคติดต่อ และไม่ติดต่อในสถานบริการปฐมภูมิ ตามคำนิยาม ยาจำเป็นคือยาที่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่สำคัญของประชากร และได้รับการคัดเลือกให้รวมอยู่

ในรายชื่อยาจำเป็นโดยพิจารณาจากความชุกของโรค หลักฐานของประสิทธิภาพและความปลอดภัย และการพิจารณาต้นทุนและความคุ้มค่า

นอกเหนือจากยาแล้ว ยังมีมาตรการเพื่อประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งรวมถึงมาตรการในการประเมินความพร้อมของการวินิจฉัยตามรอย (ทั่วไปและเฉพาะโรค) สำหรับชุมชนบริการปฐมภูมิและสถานพยาบาลที่ไม่มีห้องปฏิบัติการ รวมถึงสถานพยาบาล สำนักงานแพทย์ คลินิกขยายงาน การดูแลผู้ป่วยนอก และการทดสอบที่บ้านและด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงมาตรการในการประเมินความพร้อมของวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นโดเมนนี้ยังเสนอการวัดและติดตามกลไกการกำกับดูแลยาที่สำคัญเพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัย คุณภาพและประสิทธิภาพของยา และความถูกต้องของข้อมูลผลิตภัณฑ์

ข้อมูลด้านสุขภาพ เน้นที่ระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประเทศและระบบการเฝ้าระวังที่มีความสำคัญต่อการสร้างข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจสอบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แหล่งข้อมูลหลัก (มากกว่า ร้อยละ 80.00 ของตัวบ่งชี้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ) สำหรับตัวบ่งชี้ความจุและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่

- การประเมินผู้ให้ข้อมูลสำคัญเชิงคุณภาพ
- แบบสำรวจสิ่งอำนวยความสะดวก
- ระบบข้อมูลสุขภาพประจำ
- บันทึกผู้ป่วยรายบุคคลและระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- การสำรวจผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
- การประเมินชุมชน

การสำรวจตามประชากรและการจดทะเบียนราษฎรและระบบสถิติที่สำคัญก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการติดตามผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสถานะสุขภาพ ข้อกำหนดทางเทคนิคที่แนบมาด้วย (Web Annex) ให้ข้อมูลสรุปของแหล่งข้อมูลที่ต้องการและรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวัดสำหรับตัวบ่งชี้แต่ละตัว

เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับโดเมนด้านสุขภาพสนับสนุนการประเมินการใช้นวัตกรรมสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร การแพทย์ทางไกล และข้อมูลขนาดใหญ่ที่สามารถปรับปรุงวิธีการให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนวิธีที่บุคคลและชุมชนจัดการสุขภาพของตนเองและเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ตัวอย่าง ได้แก่ การใช้ตัวเตือนอิเล็กทรอนิกส์ การติดตามสุขภาพส่วนบุคคล การระบุลูกค้า บันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และการติดตามห่วงโซ่อุปทานเพื่อสนับสนุนองค์กรบริการและการจัดส่ง

3. การตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวบ่งชี้จะย้ายจากโครงสร้างและปัจจัยนำเข้าเพื่อตรวจสอบความสามารถของ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อดูกระบวนการและเอาต์พุตเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตัวบ่งชี้กระบวนการและผลลัพธ์ช่วยประเมินการให้บริการตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันไปจนถึงการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟู

กระบวนการ

รูปแบบการดูแล รูปแบบการดูแลที่เน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่แข็งแกร่ง มีความสำคัญต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รูปแบบของการดูแลคือแนวความคิดว่าบริการสุขภาพควรได้รับการคัดเลือก ออกแบบ จัดระเบียบ จัดส่ง จัดการ และสนับสนุนโดยแพลตฟอร์มการให้บริการต่าง ๆ กระบวนการที่สำคัญในการกำหนดรูปแบบการดูแลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือการกำหนดแพ็คเกจบริการที่ครอบคลุมที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของประเทศ แพคเกจควรเป็นไปตามวัตถุประสงค์และลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของประเทศ และสอดคล้องกับองค์ประกอบพื้นฐานและปัจจัยนำเข้า (เช่น ธรรมาภิบาล การเงิน พนักงาน โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ข้อมูลด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพอื่น ๆ) รายละเอียดเพิ่มเติมสามารถพบได้ในบทสรุปขององค์การอนามัยโลก (WHO) (Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งให้บริการพื้นที่เก็บข้อมูลระดับโลกสำหรับบริการด้านสุขภาพและการแทรกแซงที่ประเทศต่าง ๆ สามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแพ็คเกจบริการที่ครอบคลุมและองค์กรของการให้บริการผ่านการปฐมนิเทศระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

รูปแบบของโดเมนการดูแลรวมถึงตัวบ่งชี้สำหรับการประเมินและติดตามว่าประเทศต่าง ๆ กำหนดการจัดบริการของตนอย่างไร ตัวชี้วัดยังประเมินว่าบริการเหล่านั้นได้รับการออกแบบจัดระเบียบ และจัดการอย่างไรในรูปแบบต่าง ๆ และโดยทีมผู้ให้บริการจากสหสาขาวิชาชีพตามเส้นทางการดูแล โดยพิจารณาจากบริการทั้งแบบรายบุคคลและตามจำนวนประชากร รูปแบบการดูแลผู้ป่วยตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งสู่การดูแลเบื้องต้นเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นทั้งจุดติดต่อแรกและจุดปกติในขณะที่ส่งเสริมการเชื่อมโยงที่แข็งแกร่งในทุกระดับของการดูแลผ่านระบบการอ้างอิงและการอ้างอิงที่ใช้งานได้ ด้วยเหตุนี้ ตัวบ่งชี้โดเมนจึงพิจารณาถึงวิธีที่ผู้คนเข้าถึงบริการ ตั้งแต่จุดดูแลแรก (มักเกิดจากอาการหรือเงื่อนไขที่ไม่แตกต่างกัน) ไปจนถึงการเข้ารับการตรวจครั้งต่อ ๆ ไปสำหรับเงื่อนไขที่ต้องได้รับการดูแลเมื่อเวลาผ่านไป (เช่น การเยี่ยมฉีดวัคซีนเด็ก การฝากครรภ์ และ การดูแลหลังคลอด) หรือการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (เช่น สำหรับการจัดการเอชไอวี วัณโรค โรคไม่ติดต่อ และความต้องการด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง)

ระบบพัฒนาคุณภาพการดูแล การดูแลที่มีคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีผู้คนเป็นศูนย์กลาง ทันเวลา มีประสิทธิภาพ เท่าเทียมกัน และบูรณาการ เกิดขึ้นจากตัวแปรหลายตัวที่พึ่งพาอาศัยกันภายในระบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน การดูแลคุณภาพจำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบและความพยายามอย่างเป็นระบบในการมีส่วนร่วมและทำความเข้าใจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การควบคุมคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบภายในและการวัดอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการรับรองคุณภาพทำให้มั่นใจได้ว่ากระบวนการต่าง ๆ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด การวางแผน การควบคุม และการรับประกันคุณภาพควบคู่ไปกับความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานผ่านวิธีการและการแทรกแซงในการปรับปรุงคุณภาพ

การประเมินระบบและการแทรกแซงการปรับปรุงในระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินและปรับปรุงคุณภาพของบริการสุขภาพแบบบูรณาการได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยธรรมชาติที่หลากหลายของคุณภาพการดูแลในหลายโครงการและ

สภาพแวดล้อมของระบบสุขภาพที่กว้างขึ้น โดเมนนี้จึงประเมินกระบวนการและเครื่องมือที่ใช้โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อลดอันตราย ซึ่งรวมถึงผ่านแนวทางปฏิบัติโปรโตคอล และรายการตรวจสอบทางคลินิก ระบบสำหรับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมถึงอันตรายจากยา กระบวนการสำหรับการตรวจทางคลินิก และการทบทวนการเสียชีวิต

สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการด้านสุขภาพที่ยืดหยุ่น ความเชื่อมโยงที่แข็งแกร่งและยั่งยืนระหว่างความมั่นคงด้านสุขภาพและความสามารถของระบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่การเตรียมความพร้อม การตอบสนอง และการฟื้นฟู มีความสำคัญต่อการสร้างระบบและบริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้น (Primary Health Care: PHC) ที่ยืดหยุ่น การวัดและตรวจสอบความพร้อมฉุกเฉินของระบบสุขภาพและความสามารถในการฟื้นตัวจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่กว้างขึ้นในหลายโดเมนของห่วงโซ่ผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม ในระดับการบริการ จำเป็นต้องรวมการประเมินชุดเกณฑ์และคุณลักษณะที่สำคัญเพื่อวัดความพร้อมและความยืดหยุ่นของบริการ ณ จุดดูแลการประเมินความพร้อมในการให้บริการและความยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับการมีอยู่ของหลายรายการและมาตรการในการระบุด้านที่เปราะบางและโอกาสในการปรับปรุงการให้บริการก่อน ระหว่าง และหลังเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตัวบ่งชี้สำหรับโดเมนนี้มุ่งเน้นไปที่การจัดการความเสี่ยงจากเหตุฉุกเฉินและจากภัยพิบัติ ความต่อเนื่องของบริการและการทำงาน และการใช้การทบทวนและบทเรียนที่ได้เรียนรู้เพื่ออำนวยความสะดวกในการกู้คืนและเสริมสร้างขีดความสามารถสำหรับความเสี่ยงในปัจจุบันและอนาคต

ผลลัพธ์ มิติถัดไปในกรอบงานวัดความสำเร็จของผลลัพธ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อติดตามประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งรวมถึงการเข้าถึง ความพร้อมใช้งาน และคุณภาพของการดูแล โดยมุ่งเน้นเฉพาะที่การวัดการทำงานของบริการปฐมภูมิ

การเข้าถึงและความพร้อมใช้งาน ตัวชี้วัดนี้ประเมินความสามารถในการเข้าถึงความสามารถในการจ่าย และการยอมรับในการดูแล (รวมถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ การเงิน และสังคมวัฒนธรรม) ตัวชี้วัดยังวัดมิติของความพร้อมในการให้บริการและความพร้อมตลอดจนการใช้บริการจริง การประเมินความพร้อมของบริการสุขภาพควรสอดคล้องกับแพคเกจบริการสุขภาพที่จำเป็นและหน้าที่ด้านสาธารณสุขของประเทศที่กำหนดไว้ มาตรการความพร้อมในการให้บริการจะประเมินขอบเขตการให้บริการเฉพาะและพร้อมให้บริการในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง (เช่น บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และการดูแลระยะยาว) ตัวบ่งชี้ประกอบเกี่ยวกับความพร้อมให้บริการควรพิจารณาบริการหลักตลอดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถพบได้ในบทสรุปองค์การอนามัยโลก (WHO) ความพร้อมในการให้บริการจะตรวจสอบขอบเขตที่บริการที่นำเสนอมีขีดความสามารถขั้นต่ำสำหรับการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย การประเมินความพร้อมขึ้นอยู่กับการมีอยู่ของรายการและมาตรการ รวมถึงความพร้อมของผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม ความพร้อมของยาที่จำเป็น การวินิจฉัยและอุปกรณ์พื้นฐาน การมีรายการควบคุมป้องกัน การติดเชื้อที่จำเป็น และโปรโตคอลสำหรับบริการติดตาม ประเทศต่าง ๆ ควรอ้างอิงถึงเครื่องมือระดับโลกเพิ่มเติมที่สนับสนุนการประเมินและตรวจสอบความพร้อมในการให้บริการและความพร้อม โปรดทราบว่าสิ่งเหล่านี้ควรได้รับการปรับแต่งให้เหมาะกับการเลือก ออกแบบ และให้บริการด้านสุขภาพในบริบทที่กำหนด

การดูแลคุณภาพ ตัวบ่งชี้คุณภาพการดูแลจำนวนหนึ่งมุ่งเน้นไปที่หน้าที่หลักในการดูแลหลักที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อคุณภาพการให้บริการและประสบการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงการติดต่อครั้งแรก ความต่อเนื่อง ความครอบคลุม การประสานงาน และการบริการที่เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลาง

ตัวชี้วัดนี้ประเมินการดูแลเบื้องต้นเป็นจุดแรกของการติดต่อกับระบบสุขภาพ เช่นเดียวกับขอบเขตที่ผู้ป่วยพบผู้ให้บริการดูแลสุขภาพปกติที่คุ้นเคยกับประวัติทางการแพทย์ของพวกเขาและเสนอบริการที่ครอบคลุมในวงกว้าง เงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของพวกเขา นอกจากนี้ยังช่วยประเมินการประสานงานโดยรวมและความครอบคลุมของการดูแลในการตั้งค่าและแพลตฟอร์มการดูแลที่หลากหลายและการบริการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำความเข้าใจว่าบริการต่าง ๆ ตอบสนองต่อความต้องการเต็มรูปแบบของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งหรือไม่ การประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ-ผู้ป่วย ณ จุดดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและชุมชนกับบริการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสิ่งนี้ เนื่องจากประสบการณ์ของผู้ใช้ในเชิงบวกสามารถปรับปรุงการรักษาพยาบาล การยึดมั่นในการรักษา และความมั่นใจในระบบสุขภาพ ในขณะที่ยังเป็นเป้าหมายที่คุ้มค่าในตัวของมันเอง นอกจากหน้าที่หลักในการดูแลปฐมภูมิแล้ว ยังต้องประเมินมิติที่สำคัญอื่น ๆ ของคุณภาพเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลอย่างครอบคลุม ซึ่งรวมถึง

- ประสิทธิผลของการดูแลเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลเป็นไปตามหลักฐานและปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
- ความปลอดภัยในการดูแลเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้ที่ได้รับการดูแล
- ประสิทธิภาพการดูแลเพื่อลดของเสียและเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ที่ต้องการ
- ความทันเวลาของการดูแลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้คนสามารถเข้าถึงการดูแลเมื่อพวกเขาต้องการ

ตัวชี้วัดการตั้งโรงพยาบาล เนื่องจากบริการปฐมภูมิเป็นรากฐานของแนวทาง ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่กว้างขึ้น กรอบการทำงานนี้จึงรวมถึงตัวชี้วัดมากมายที่เน้นการดูแลปฐมภูมิเป็นกระบวนการสำคัญในระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนการติดต่อครั้งแรก เข้าถึงได้ ต่อเนื่อง ครอบคลุม และมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สามารถประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระดับการบูรณาการได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การประเมินการตั้งค่าการให้บริการอื่น ๆ (เช่น หน่วยดูแลฉุกเฉินและโรงพยาบาล) เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ในโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะจะต้องปรับบทบาทของตนในฐานะผู้ให้บริการเฉพาะด้านของการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันเป็นรายบุคคล เพื่อให้การดูแลร่วมกันแก่สมาชิกของประชากรที่เกี่ยวข้องกันในการทำงานร่วมกันและการประสานงานกับการดูแลเบื้องต้นตลอดจนการดูแลระดับอื่น ๆ ด้วยเหตุผลนี้ ตัวชี้วัดจำนวนหนึ่งในกรอบการทำงานจึงเป็นแบบเฉพาะของโรงพยาบาลหรือเฉพาะทาง และมีการทำเครื่องหมายด้วย

นอกจากนี้ ตัวบ่งชี้เสริมของโรงพยาบาลที่ไม่เฉพาะเจาะจงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่มีความสำคัญสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลโดยรวม ได้แก่

- ความหนาแน่นของเตียง (เฉพาะผู้ป่วยใน)
- การเสียชีวิตของสถาบัน
- อัตราการผ่าตัดคลอด
- ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด
- เส้นเลือดอุดตันที่ปอดหลังผ่าตัด
- การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกหลังผ่าตัด
- อัตราการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ความคุ้มครองการช่วยชีวิตฉุกเฉินตามกำหนดเวลาที่โรงพยาบาลระดับแรกตัว

บ่งชี้เหล่านี้ แม้ว่าจะไม่ได้เน้นที่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างชัดเจน แต่ก็ถือว่ามีความสำคัญสำหรับการติดตามตรวจสอบระบบสุขภาพในวงกว้างและความเกี่ยวข้องเฉพาะในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างบริการปฐมภูมิ

คุณภาพ ความเท่าเทียม และความยืดหยุ่น

กรอบการวัดผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเมนูของตัวชี้วัดจะให้คำแนะนำแก่ประเทศต่าง ๆ ในการประเมิน ติดตามและติดตามความคืบหน้าในมิติที่สำคัญของคุณภาพ ความเสมอภาค และความยืดหยุ่นตลอดห่วงโซ่ผลลัพธ์

คุณภาพ แนวปฏิบัตินี้ตระหนักถึงคุณภาพเป็นแนวคิดข้ามพรมแดนที่รวมอยู่ในปัจจัยกำหนดระบบสุขภาพและการให้บริการ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์และผลกระทบที่มีประสิทธิผล การติดตามการปรับปรุงและการลงทุนในโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และข้อมูลป้อนเข้าเป็นพื้นฐานในการประเมินข้อกำหนดเบื้องต้นที่เปิดใช้งานปัจจัยระบบสุขภาพที่ต้องมีเพื่อให้มั่นใจถึงการส่งมอบบริการคุณภาพสูง ณ จุดดูแล ตัวชี้วัดเหล่านี้ให้ความสนใจอย่างระมัดระวังกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลและกลไกความรับผิดชอบที่กำหนดไว้ ข้อกำหนดด้านโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น เช่น น้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย และไฟฟ้าที่เชื่อถือได้ พนักงานที่ได้รับการฝึกอบรม ได้รับการสนับสนุนและมีแรงจูงใจ ความพร้อมของยาคุณภาพ เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่น ๆ และระบบข้อมูลสุขภาพที่รับรองว่ากลยุทธ์การปรับปรุงได้รับแจ้งจากข้อมูล

ในระดับการให้บริการ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับแบบจำลองการดูแลและระบบสำหรับการปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการที่ควรนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดผลผลิตหลายตัวยังจำเป็นต่อการประเมินมิติของการดูแลคุณภาพสูง แม้ว่าการระบุความผันแปรในการดูแลตามการตั้งค่าต่าง ๆ และการขับเคลื่อนกิจกรรมการปรับปรุงเฉพาะจะบรรลุผลได้ดีผ่านการพิจารณาชุดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพอย่างกว้าง ๆ แต่บางประเทศอาจพิจารณาสรุปข้อมูลลงในแดชบอร์ดหรือบัตรคะแนนเพื่อให้สามารถติดตามความคืบหน้าและประสิทธิภาพเมื่อเวลาผ่านไป รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสรุปและการแสดงข้อมูลจะรวมอยู่ในส่วนด้านล่าง

เหตุผลหลักประการหนึ่งสำหรับการนำแนวทางปฏิบัติของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือเพื่อให้แน่ใจว่าบริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นความเท่าเทียม การตอบสนองทางเพศ และ

สิทธิมนุษยชน สิ่งนี้จำเป็นต่อการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) และการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่มีใครอยู่เบื้องหลัง และในที่สุดก็มีส่วนทำให้เกิดการตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพ โดยไม่มีการแบ่งแยกใด ๆ ความเสมอภาคหมายถึงการไม่มีความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้ ไม่ยุติธรรม หรือแก้ไขได้ระหว่างกลุ่มคน ไม่ว่ากลุ่มเหล่านั้นจะถูกกำหนดทางสังคม เศรษฐกิจ ประชากร ภูมิศาสตร์ หรือโดยวิธีการแบ่งชั้นอื่น ๆ ในด้านสุขภาพ

ความไม่เท่าเทียมกันจึงเกี่ยวข้องมากกว่าความไม่เท่าเทียมกันในแง่ของปัจจัยกำหนดสุขภาพ แต่ยังรวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นในการปรับปรุงและรักษาสุขภาพหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความล้มเหลวในการหลีกเลี่ยงหรือเอาชนะความไม่เท่าเทียมกันที่ละเมิดบรรทัดฐานความเป็นธรรมและสิทธิมนุษยชนการตรวจสอบความเท่าเทียมอย่างมีประสิทธิผลจึงต้องพิจารณามิติความไม่เท่าเทียมกันที่สำคัญเพื่อตรวจสอบว่าระบบสุขภาพตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้อย่างไร ขนาดเหล่านี้รวมถึง สถานะทางเศรษฐกิจ (ความมั่งคั่งในครัวเรือนหรือรายได้ส่วนบุคคล) สถานที่อยู่อาศัย (เขตเมืองและชนบท) ภูมิศาสตร์ (ภูมิภาคย่อย) อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา วรรณะ การพลัดถิ่น (เช่น ผู้ที่อยู่ในวิกฤตด้านมนุษยธรรมในค่ายผู้ลี้ภัย ผู้พลัดถิ่นภายใน หรืออาศัยอยู่ในการตั้งถิ่นฐานที่ไม่เป็นทางการ หรือนักโทษ) ทุพพลภาพ รสนิยมทางเพศ สถานะผู้อพยพ ตราบาป

เมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้ ตัวชี้วัดด้านสุขภาพในห่วงโซ่ผลลัพธ์จะต้องถูกแยกวิเคราะห์และวิเคราะห์ตามมิติความไม่เท่าเทียมกันเหล่านี้ จะเน้นที่ชุดย่อยของตัวบ่งชี้จากเมนู (Primary Health Care: PHC) ของตัวบ่งชี้ที่มีมิติและการแยกส่วนที่ไม่เท่ากัน นอกจากนี้ยังรวมถึงตัวชี้วัดที่เน้นเฉพาะหรือคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความเสมอภาค เพศ และสิทธิมนุษยชน การแยกส่วนทุน (เช่น โดยอำนาจการจัดการ เขตที่อยู่อาศัย กลุ่มความมั่งคั่ง เพศ อายุ หรือการศึกษา) เนื่องจากความเท่าเทียมทางสุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพ การวัดความเท่าเทียมทางสุขภาพผ่านการประเมินความเท่าเทียมที่ครอบคลุมในการให้บริการและสถานะสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ องค์การอนามัยโลกและผู้เชี่ยวชาญได้ให้หลักการและแนวทางในการตรวจสอบความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและแนวทางสำหรับการวิเคราะห์เพศสภาพ และการประเมินอุปสรรคต่อบริการด้านสุขภาพ

ความยืดหยุ่น ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขยังคงคุกคามความมั่นคงด้านสุขภาพทั่วโลก บทเรียนจากการระบาดของโรคติดเชื้อในอดีตและที่กำลังดำเนินอยู่ (เช่น การระบาดใหญ่ของ COVID-19 ในปัจจุบัน การระบาดของโรคไวรัสอีโบลาในแอฟริกาตะวันตก พ.ศ. 2557-2558 การระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส) ในเอเชียและอเมริกาเหนือ พ.ศ. 2546 และสาธารณรัฐประชาธิปไตย การระบาดของโรคไวรัสอีโบลาคองโก) ได้เน้นถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและบริการสุขภาพคุณภาพสูงที่ยืดหยุ่นเพื่อจัดการกับความเสี่ยงอันตรายทั้งหมด การระบาดของไวรัสโควิด-19 แสดงให้เห็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งว่าคุณภาพการดูแลที่ไม่ดี ประกอบกับมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ไม่เหมาะสม (Infection Prevention and Control: IPC) มีส่วนทำให้การแพร่ระบาดในสถานบริการสุขภาพเป็นไปอย่างแพร่หลาย สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ตลอดทั้งห่วงโซ่ผลลัพธ์ ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นไปที่กรอบการกำกับดูแลในปัจจัยการผลิตและโครงสร้างเท่านั้น ในบริบทนี้ ความยืดหยุ่นถูกกำหนดให้เป็นความสามารถของผู้มีบทบาทด้านสุขภาพ สถาบัน และประชากรในการเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ รักษาหน้าที่หลักเมื่อเกิดวิกฤต และเมื่อได้รับแจ้งจากบทเรียนที่ได้รับในช่วงวิกฤต ให้จัดระบบใหม่หากมีความต้องการ

ดังนั้น ความยืดหยุ่นสามารถประเมินได้ในหลายมิติของห่วงโซ่ผลลัพธ์ ว่ามีมิติความยืดหยุ่นที่มุ่งเน้น) รวมถึงการกำกับดูแล การเงิน โครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ สุขภาพบุคลากร ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ข้อมูลด้านสุขภาพ แบบจำลองการดูแล สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการด้านสุขภาพที่ยืดหยุ่น การเข้าถึง ความพร้อมใช้งานและคุณภาพการดูแล นอกจากนี้ ตัวชี้วัดจากกรอบการเตรียมการฉุกเฉินและการตอบสนองที่มีอยู่ ได้รวมเป็นตัวบ่งชี้ส่วนบุคคลและส่วนประกอบของดัชนีที่เกี่ยวข้อง เป็นที่น่าสังเกตว่า ความยืดหยุ่นเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพ เช่นเดียวกับความเท่าเทียม และการวัดความยืดหยุ่นผ่านการประเมินที่ครอบคลุมซึ่งครอบคลุมผลลัพธ์ (เช่น ความครอบคลุมของบริการที่ดีขึ้น) และผลกระทบเป็นสิ่งสำคัญ

การตรวจสอบ PHC เพื่อขับเคลื่อนการปรับปรุงประสิทธิภาพ

เนื่องจากการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีต่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นเป้าหมายสูงสุดของแนวทางนี้ กรอบการวัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเมนูของตัวบ่งชี้จึงได้รับการออกแบบมาเพื่อรองรับการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมของความสามารถและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพโดยรวมและสัญญาณคอขวดของระบบสุขภาพและ ความต้องการในการลงทุน คำแนะนำช่วยให้ประเทศต่าง ๆ ดำเนินการวิเคราะห์แบบทีละขั้นตอนหรือแบบ "เรียงซ้อน" ที่เชื่อมโยงโครงสร้างและข้อมูลเข้ากับผลลัพธ์เพื่ออำนวยความสะดวกและแจ้งการตัดสินใจ การจัดสรรทรัพยากร การดำเนินการและการแทรกแซงรอบคันโยกเชิงกลยุทธ์และการปฏิบัติงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการและกลไกระดับชาติสำหรับการวางแผนและทบทวนภาคสุขภาพ

ผู้มีอำนาจตัดสินใจระดับชาติและระดับภูมิภาคสามารถใช้กรอบการทำงานเพื่อพิจารณาคำถามเฉพาะบริบทเพื่อเริ่มต้นได้อย่างไร และวัดตัวชี้วัดที่ช่วยตอบคำถามเหล่านั้นเพื่อใช้ผลลัพธ์ในท้ายที่สุดเพื่อแจ้งการดำเนินการและการปฏิรูปที่มุ่งเน้นระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ แสดงให้เห็นว่าการวัดความสามารถของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการปรับปรุงประสิทธิภาพมีส่วนช่วยในการเฝ้าติดตามสุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และผลกระทบโดยรวมต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างไร เนื่องจากระบบสุขภาพมีความซับซ้อนและปรับเปลี่ยนได้ ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะต้องติดตามตัวบ่งชี้ ในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงคันโยก (ตลอดโครงสร้าง ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ) มีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ (ภายใต้ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ และผลกระทบ) และถูกต้องตามหลักสูตร ตามนั้น เนื่องจากสามารถรวบรวมตัวบ่งชี้จำนวนมากได้เป็นประจำทุกปีหรือเป็นประจำมากขึ้น การประเมินความคืบหน้าและผลการปฏิบัติงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องสามารถช่วยระบุช่องว่างและพื้นที่สำหรับการปรับปรุงเพื่อสร้างการกระตุ้นเตือนสำหรับการดำเนินการอย่างรวดเร็วและกลยุทธ์สำหรับการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนระยะเวลาที่นานขึ้น

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระยะยาวและการพัฒนากลยุทธ์เพื่อผลกระทบที่ดีขึ้น ตัวอย่างของการดำเนินการที่เป็นไปได้สำหรับการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้อธิบายไว้ในกรอบการทำงานสำหรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เพื่อสนับสนุนการดำเนินการและการใช้กรอบงานและตัวชี้วัด ประเทศต่าง ๆ อาจพิจารณารวมตัวชี้วัดเป็นชุดความสามารถของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และดัชนีประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตารางสรุปสถิติและแดชบอร์ดสามารถเป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์สำหรับการนำเสนอข้อมูลเหล่านี้และการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปเพื่อแจ้งข้อมูลและขับเคลื่อนการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สิ่งเหล่านี้อาจรวมถึงภาพรวมที่สามารถดำเนินการได้ของชุดตัวบ่งชี้หลักที่จำกัดพร้อมเป้าหมายและ "สัญญาณไฟจราจร" เพื่อให้ความสนใจว่าส่วนใดทำงานได้ดีหรือประสบปัญหา สิ่งเหล่านี้มีศักยภาพอย่างมากในการสนับสนุนการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประจำและปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ตัวอย่างของตารางสรุปสถิติดังกล่าว ได้แก่ โปรไฟล์สัญญาณชีพของ PHCPI โปรไฟล์ประเทศในภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (WHO) และแดชบอร์ดประเทศของระบบสุขภาพคุณภาพสูง สัญญาณชีพของ PHCPI ซึ่งสามารถใช้เพื่อติดตามและชี้นำการปรับปรุงประสิทธิภาพได้

สามารถใช้เฟรมเวิร์กกับเงื่อนไขเฉพาะหรือโปรแกรมเฉพาะของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ซึ่งอาจเป็นประโยชน์สำหรับการประเมินประสิทธิภาพการจัดการสภาวะที่มีภาระสูง ในบางสถานที่ แอปพลิเคชันนี้อาจถูกจำกัดเนื่องจากหลายพื้นที่ (เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบรรเทาทุกข์ และสุขภาพจิต) มีชุดตัวบ่งชี้ระดับโลกที่พัฒนาน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม กรอบการทำงานนี้ช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการดูแลได้ (การส่งเสริม การป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการดูแลแบบประคับประคอง) ตัวอย่างของวิธีการที่กรอบงานสามารถนำมาใช้เพื่อประเมินบริการโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCD) ได้

4. การดำเนินการติดตาม PHC ในระดับประเทศและระดับภูมิภาค

คำแนะนำนี้ให้กรอบการทำงานและเมนูของตัวบ่งชี้ที่ประเทศต่าง ๆ สามารถใช้เพื่อพัฒนาวาระการติดตามตรวจสอบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับประเทศและที่นำโดยประเทศ กระบวนการทีละขั้นตอนสำหรับการดำเนินการตามกรอบงานและตัวชี้วัดที่ได้รับการปรับและปรับเปลี่ยนตามประเทศ ในลักษณะที่ช่วยให้ประเทศต่าง ๆ สามารถดำเนินการแก้ไข จัดสรรทรัพยากร และแจ้งการเจรจานโยบายได้ระบุไว้ด้านล่าง

ขั้นตอนที่ 1 ปรับการติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายในแผนภาคสุขภาพแห่งชาติ กลยุทธ์ และกระบวนการทบทวนในประเทศส่วนใหญ่ ยุทธศาสตร์หรือนโยบายของภาคสุขภาพแห่งชาติเป็นพื้นฐานสำหรับการติดตามและประเมินผลทุกประเทศและการวางแผนที่เกี่ยวข้อง และกระบวนการทบทวนเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญสำหรับการเจรจานโยบายที่สามารถมีอิทธิพลต่อการกำหนดลำดับความสำคัญและการจัดสรรทรัพยากร ด้วยเหตุนี้ ประเทศต่าง ๆ จึงได้รับการส่งเสริมให้ฝังและจัดระบบการติดตามและประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐม ภายในกระบวนการระดับชาติที่มีอยู่สำหรับการวางแผนภาคสุขภาพ การติดตามและทบทวนแผนภาคสุขภาพแห่งชาติ กลยุทธ์ภาคสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และกลไกความรับผิดชอบ เนื่องจากเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือการเร่งความก้าวหน้าไปสู่ความสำเร็จของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และ

การพัฒนาที่ยั่งยืน จึงจำเป็นต้องจัดการตรวจสอบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายในกระบวนการเฉพาะสำหรับการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน คุณลักษณะที่บันทึกไว้ของการติดตามและประเมินผลที่ดีและการทบทวนกลยุทธ์ด้านสุขภาพแห่งชาติควรนำไปใช้ในความพยายามเหล่านี้

ขั้นตอนที่ 2 ปรับแต่งการเลือกตัวชี้วัดตามนโยบายของประเทศ ลำดับความสำคัญ วุฒิภาวะของระบบสุขภาพและช่องว่างการใช้กรอบงานและเมนูตัวชี้วัดเป็นหลักสำหรับประเทศต่าง ๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของตนเองในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประเทศต่าง ๆ สามารถใช้กรอบการทำงานเพื่อปรับแต่งและจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและมีประโยชน์มากที่สุดตามบริบทของชาติและความต้องการด้านสุขภาพในแนวทางที่เหมาะสมกับความสมบูรณ์ของระบบสุขภาพและระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การคัดเลือก การปรับตัว และการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดควรอยู่บนพื้นฐานของลำดับความสำคัญ ช่องว่าง และความเสี่ยงภายในประเทศ โดยคำนึงถึงนโยบายที่ เป็นไปได้ การปฏิรูปและการดำเนินการที่อาจเกิดขึ้นรอบคันโยกเชิงกลยุทธ์และการปฏิบัติงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 3 ตั้งค่าและตรวจสอบค่าพื้นฐานและเป้าหมายประเทศสำหรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การตรวจสอบความสามารถและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จะต้องมีการติดตามความคืบหน้ากับเป้าหมายที่ตกลงกันไว้ คำแนะนำนี้ไม่ได้กำหนดเป้าหมายระดับโลกหรือระดับชาติ เนื่องจากบริบทของประเทศและความต้องการด้านสุขภาพของประชากรแตกต่างกันไปจนยากที่จะกำหนดเป้าหมายที่มีความหมาย อย่างไรก็ตาม สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ กำหนดค่าพื้นฐานและกำหนดเป้าหมายของตนเองเทียบกับเส้นฐานนั้นและแนวทางที่ตั้งใจไว้ และอัพเดตเป้าหมายเหล่านั้นเป็นประจำตามความคืบหน้า ประเทศต่าง ๆ สามารถพิจารณาดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแจ้งค่าพื้นฐาน ข้อสังเกตข้างต้น การวิเคราะห์สถานการณ์ควรดึงข้อมูลจากทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ตลอดจนการประเมินอย่างรวดเร็วตามความจำเป็น) ในบริบททางระบาดวิทยา การเมือง สังคมเศรษฐกิจ และองค์กรในประเทศ โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับประเด็นความเท่าเทียม เป้าหมายของประเทศควรได้รับการเห็นชอบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักภายในและทั่วทั้งภาคส่วนด้านสุขภาพ โดยอิงจากพื้นฐานนี้ ขีดความสามารถของประเทศ ลำดับความสำคัญ ทรัพยากร และวิธีการที่ใช้ในการวัด (รวมถึงความเป็นไปได้และความถี่) สถานการณ์และแนวโน้มต่อเป้าหมายตัวบ่งชี้ควรได้รับการรายงานในระดับประเทศเป็นประจำผ่านการวางแผนและทบทวนภาคสุขภาพแห่งชาติ ค่าพื้นฐานและเป้าหมายควรได้รับการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอตามความคืบหน้า

ขั้นตอนที่ 4 ระบุแหล่งข้อมูลและจัดการกับช่องว่างของข้อมูลที่สำคัญผ่านวิธีการและเครื่องมือที่เป็นนวัตกรรมใหม่ การประเมินและติดตามประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันจากระบบข้อมูลของประเทศที่ใช้งานได้หลากหลาย ด้วยเหตุนี้ ประเทศต่าง ๆ จึงได้รับการส่งเสริมให้ต่อยอดและสร้างความแข็งแกร่งให้กับระบบตรวจสอบข้อมูลที่มีอยู่อย่างยั่งยืน ในขณะที่ลงทุนในวิธีการและเครื่องมือที่เป็นนวัตกรรมใหม่ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับตัวบ่งชี้ใหม่ผ่านการประเมินเชิงคุณภาพ ตัวบ่งชี้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ดึงมาจากข้อมูลเชิงคุณภาพและระดับสถานประกอบการ ได้แก่ แบบสำรวจนโยบายเชิงคุณภาพ แบบสำรวจสิ่งอำนวยความสะดวก และระบบข้อมูลสุขภาพประจำ (RHIS) หรือระบบ

ข้อมูลการจัดการด้านสุขภาพ (HMIS) ในระดับนโยบาย ประเทศต่าง ๆ ควรวางแผนที่จะดำเนินการสำรวจข้อมูลสำคัญเชิงคุณภาพระดับประเทศและระดับภูมิภาค เพื่อประเมินความสามารถของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเข้มงวด รวมถึงในด้านกฎหมายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลไกสำหรับการมีส่วนร่วมกับชุมชน การประสานงานและการดำเนินการจากหลายภาคส่วน ระบบการกำกับดูแลและรูปแบบการดูแล การรวมกันของแหล่งข้อมูลระดับสถานที่ก็มีความสำคัญเช่นกันในการให้ข้อมูลระดับท้องถิ่นและระดับประเทศที่จำเป็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิระบบการสำรวจสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นประจำ เช่น การประเมินเชิงคุณภาพกับผู้จัดการอาคารสถานที่ควรดำเนินการเพื่อให้มีมาตรการตามวัตถุประสงค์ในการประเมินสิ่งอำนวยความสะดวกและขีดความสามารถในการให้บริการ ตลอดจนความพร้อมและระบบสำหรับการปรับปรุงคุณภาพและความยืดหยุ่น RHIS ยังให้ข้อมูลแหล่งที่มาอย่างต่อเนื่อง (โดยปกติเป็นรายเดือน) ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับอำเภอและสถานประกอบการ รวมถึงการใช้บริการ การให้บริการ ความปลอดภัยและประสิทธิภาพ ความครอบคลุมของบริการ และการเจ็บป่วยและการตาย ในความพยายามที่จะสนับสนุนระบบข้อมูลประจำที่มีอยู่ ประเทศใดก็ตามที่เป็นไปได้ควรลงทุนในการเสริมสร้างบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เพื่อสนับสนุนระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญไม่เพียงแต่เพื่อให้มั่นใจในการดูแลที่มีคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่ยังรวมถึงการปรับปรุงความต่อเนื่องของการดูแลในขณะที่ผู้คนเคลื่อนผ่านการตั้งค่าการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันและพบกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ลงทุนในระบบข้อมูลผู้ป่วยและชุมชนเพื่อสนับสนุนการประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมจากด้านอุปสงค์ การสำรวจหรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นประจำจะให้ข้อมูลเชิงลึกที่จำเป็นเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และประสบการณ์ในการดูแล ในขณะที่การประเมินของชุมชนสามารถช่วยส่งสัญญาณความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่ อุปสรรคในการดูแล หรือการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพเพื่อกระตุ้นการตอบสนองของระบบสุขภาพ แหล่งข้อมูลที่อาจต้องมีการลงทุนเฉพาะเพื่อสนับสนุนการประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ครอบคลุม ได้แก่ การสำรวจตามประชากร บัญชีสุขภาพแห่งชาติและบัญชีบุคลากรด้านสุขภาพแห่งชาติ และการลงทะเบียนระดับชาติ เพื่อสนับสนุนประเทศต่าง ๆ ในความพยายามเหล่านี้ WHO กำลังพัฒนาชุดเครื่องมือเพื่อเติมเต็มช่องว่างข้อมูลที่สำคัญและสนับสนุนการประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ครอบคลุม รวมถึงการประเมินเชิงคุณภาพระดับนโยบาย ตลอดจนแนวทางบูรณาการใหม่ในการประเมินสิ่งอำนวยความสะดวกตามบทสรุปการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของบริการ ซึ่งจะสนับสนุนการประเมินการตั้งค่าการดูแลประเภทต่าง ๆ (เช่น การดูแลปฐมภูมิ โรงพยาบาล และการตั้งค่าการดูแลฉุกเฉินและวิกฤต) และจะรวมโมดูลในแง่มุมที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ไม่ได้รับการตรวจวัดก่อนหน้านี้ เช่น โมเดลเชิงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของการดูแลและคุณภาพของการดูแล องค์การอนามัยโลกยังกำลังพัฒนาเครื่องมือประสบการณ์ผู้ใช้แบบใหม่เพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ประสบการณ์และคุณภาพการดูแล และความต้องการในการดูแล นอกจากนี้ ยังสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 5 เสริมสร้างขีดความสามารถในระดับประเทศและระดับภูมิภาคในการวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสาร และการเผยแพร่ผลลัพธ์ การเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้สำหรับตัวบ่งชี้

สำคัญเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอสำหรับการปรับปรุงประสิทธิภาพ ต้องวิเคราะห์ข้อมูล แปลงเป็นความรู้เกี่ยวกับช่องว่างด้านประสิทธิภาพและปัญหาคอขวด และสื่อสารเพื่อใช้เพื่อสนับสนุนการระบุและการดำเนินการแก้ไขหลักสูตรการเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในด้านคุณภาพข้อมูล การวิเคราะห์ และการใช้เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพต้องควบคู่ไปกับการลงทุนในการปรับปรุงเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งหมายถึงการลงทุนในนักวิเคราะห์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันสาธารณสุข และสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อตรวจสอบคุณภาพและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (รวมถึงจาก HMIS และการสำรวจในระดับชาติ ระดับภูมิภาค สิ่งอำนวยความสะดวก และชุมชน) ผ่านแพลตฟอร์มการให้บริการต่าง ๆ และดึงข้อมูลจากภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชน เนื่องจากความสมบูรณ์ ความตรงต่อเวลา และปัญหาด้านคุณภาพของข้อมูลอื่น ๆ มักจะขัดขวางอรรถประโยชน์ของ HMIS และข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก กิจกรรมการเสริมสร้างขีดความสามารถจึงควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าพื้นที่เหล่านี้เป็นเป้าหมาย การพัฒนาที่สำคัญในเครื่องมือที่ได้มาตรฐานสำหรับการปรับปรุงและวิเคราะห์คุณภาพข้อมูล รวมกับการแพร่กระจายของระบบสารสนเทศบนเว็บในหลายประเทศ ช่วยแก้ปัญหานี้ได้ การสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและการดำเนินการจะต้องเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ผู้จัดการเขตและสิ่งอำนวยความสะดวก สมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการรายบุคคล (ภาครัฐและเอกชน) สภานิติบัญญัติ ชุมชน ผู้ป่วย และสื่อต่างต้องการข้อมูลด้านสุขภาพคุณภาพสูงที่เข้าถึงได้เพื่อวัตถุประสงค์หลายประการ มีมิติทางเทคนิคสำหรับความท้าทายนี้ เช่น ความจำเป็นสำหรับระบบที่ทำงานร่วมกันได้และความจำเป็นในการแสดงข้อมูลในเวลาที่เหมาะสมในรูปแบบที่ย่อยง่ายแพ็คเกจทางเทคนิคของ WHO SCORE ยังรวมถึงคำแนะนำและเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ เผยแพร่ และใช้งาน

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการตามกระบวนการปกติของการเจรจานโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการ การแทรกแซง และการลงทุนเพื่อการปรับปรุงและการจัดการประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้อมูลที่ไม่มีความเชื่อมโยงกับการปรับปรุงนั้นไร้ความสามารถ กรอบการวัดของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเมนูของตัวบ่งชี้จึงได้รับการพัฒนาเพื่อให้เป็นสะพานเชื่อมที่จำเป็นระหว่างการวัดและการปรับปรุงของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ตัวชี้วัดที่ติดตามความคืบหน้าของ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยรวมสามารถป้อนเข้าสู่การแทรกแซงการปรับปรุงในระดับชาติ ระดับภูมิภาค สิ่งอำนวยความสะดวกและระดับชุมชน

อย่างไรก็ตาม การแปลการรวบรวม วิเคราะห์ และนำไปใช้ในการดำเนินการเพื่อการปรับปรุง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เช่น ผ่านการฝึกอบรม สิ่งจูงใจ และกลไกของสถาบัน) นอกเหนือจากโซลูชันทางเทคนิคที่ระบุไว้ข้างต้น การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อขับเคลื่อนการปรับปรุงประสิทธิภาพไม่ได้เป็นเพียงแง่มุมสำคัญของกรอบการทำงานสำหรับคันโยกของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระบบสำหรับการปรับปรุงคุณภาพการดูแล แต่ยังเป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างวัฒนธรรมของการทบทวนข้อมูลเป็นประจำและ ใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจในขณะที่ส่งเสริมความโปร่งใส วิธีหนึ่งในการจัดระเบียบและเสริมสร้างการใช้ข้อมูลและการดำเนินการตามข้อมูลคือการสร้างกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นประจำโดยผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียที่สำคัญของประเทศมารวมตัวกันเพื่อตรวจสอบข้อมูล แก้ไขแนวทางปฏิบัติในปัจจุบัน และเป็นแนวทางในการเจรจาโยบายระดับชาติและระดับภูมิภาคเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิรูปของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมส่งเสริมซึ่งกันและกัน ความรับผิดชอบ หลายประเทศมีการทบทวนความคืบหน้าเป็นประจำทุกปี บางครั้งอยู่ในรูปแบบของการประชุมด้านสุขภาพระดับชาติที่มีการปรึกษาหารือกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งอาจเป็นสถานที่ที่สำคัญสำหรับการประชุมเหล่านี้ การทบทวนกลยุทธ์ระดับชาติในช่วงกลางภาคเป็นช่วงเวลาสำคัญอีกช่วงเวลาหนึ่งในการสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนถึงประสิทธิภาพ การทบทวนควรได้รับ (1) แจ้งโดยรายงานการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมซึ่งให้การสังเคราะห์เชิงลึกและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และ (2) เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบกับการดำเนินการรอบ 14 เชิงกลยุทธ์และการปฏิบัติงานของของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

5. การติดตามการรายงานระดับภูมิภาคและระดับโลก

เพื่อตอบสนองต่อข้อมติของสมัชชาอนามัยโลก WHA 72.2 และเพื่อติดตามความคืบหน้าทั่วโลกของประเทศสมาชิก WHO ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า รายการมาตรการที่แนะนำสำหรับการรายงานระดับภูมิภาคและระดับโลก ประกอบด้วย ชุดย่อยที่จำกัดของตัวชี้วัดที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญสำหรับการติดตามระดับภูมิภาคและระดับโลก

ตามที่ระบุไว้ก่อนหน้านี้ แนวทางนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดภาระของการรายงานในระดับประเทศโดยเพิ่มการเชื่อมโยงให้สูงสุดด้วยกระบวนการตรวจสอบระดับโลกที่จัดตั้งขึ้น รวมถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ ตัวชี้วัดหลายตัวที่เลือกสำหรับการรายงานทั่วโลกจึงได้รับการรายงานในระดับหนึ่งแล้วผ่านความพยายามในการเฝ้าติดตามที่มีอยู่ทั่วโลกสำหรับตัวชี้วัดการเฝ้าติดตามโครงการทั่วไปของ WHO ครั้งที่ 13 และความพยายามในการเฝ้าติดตามระดับภูมิภาคและระดับโลกอื่น ๆ (เช่น ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพของ OECD ฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกของ WHO เป็นต้น) ตัวบ่งชี้อื่น ๆ ถือเป็นสิ่งใหม่สำหรับการรายงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั่วโลก สำหรับตัวชี้วัดเหล่านี้ยังใหม่ต่อการรายงานทั่วโลก ทุกความพยายามจะถูกนำไปที่การรายงานกระแสหลักเกี่ยวกับตัวชี้วัดเหล่านี้ภายในแบบฝึกหัดการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการกำกับดูแลข้อมูลของ WHO

ความเชื่อมโยงระหว่างกรอบการตรวจสอบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ตามกรอบการ (พัฒนาที่ยั่งยืน คาดว่าประเทศต่าง ๆ จะรายงานความคืบหน้าของ ติดตามการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเกี่ยวกับความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น และ ด้านการคุ้มครองทางการเงิน กรอบงานการตรวจสอบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เสนอมีการเชื่อมโยงอย่างสมบูรณ์กับดัชนีความครอบคลุมบริการ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า สำหรับเป้าหมาย ซึ่งเน้นที่ความครอบคลุมของบริการผลลัพธ์ และผลลัพธ์ที่สำคัญของบริการปฐมภูมิที่จำเป็น กรอบงานการติดตามตรวจสอบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยองค์ประกอบสามในสี่องค์ประกอบแรกของดัชนีความครอบคลุมบริการของของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมตัวบ่งชี้ความครอบคลุมสำหรับสุขภาพและโภชนาการการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิด เด็กและวัยรุ่น การควบคุมโรคติดต่อ และการควบคุม

โรคไม่ติดต่อ องค์ประกอบที่สี่ของดัชนีความครอบคลุมบริการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ความสามารถในการให้บริการและการเข้าถึง ยังได้รับการกล่าวถึงในกรอบงานการตรวจสอบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านตัวบ่งชี้ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์

ดัชนีความครอบคลุมของบริการ เป็นการวัดผลสรุปที่มีประโยชน์ของการทำงานโดยรวมของบริการสุขภาพ แต่เป็นการติดตามตัวชี้วัดของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำเสนอในกรอบนี้ ซึ่งสามารถช่วยระบุความคืบหน้าและความท้าทายในด้านการลงทุน เวชภัณฑ์ ความต้องการและคุณภาพการดูแลในระดับชาติและระดับภูมิภาค เพื่อช่วยในการวิเคราะห์นี้ เสนอตัวบ่งชี้ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สามารถติดตามได้ทั่วโลกเพื่อเสริมดัชนีความครอบคลุมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

WHO ร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพพหุภาคีและพันธมิตรอื่น ๆ จะทบทวนและปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประจำทุกปี ผลลัพธ์จะเปิดเผยต่อสาธารณะผ่านรายงานและฐานข้อมูลทั่วโลกของ WHO ตลอดจนผ่านการเผยแพร่รายงานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับโลกฉบับแรกซึ่งกำหนดไว้สำหรับปี 2565 รายงานชั่วคราวเกี่ยวกับความคืบหน้าและประสิทธิภาพของของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันจะเผยแพร่ใน รายงานการติดตามตรวจสอบทั่วโลกของ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าฉบับต่อไป WHO ผ่านเครือข่ายสำนักงานระดับภูมิภาคและระดับประเทศจะทำงานร่วมกับประเทศสมาชิกเพื่อสนับสนุนการรวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์ในการเฝ้าติดตามประเทศ

2.4.2 แนวคิดการประเมินการดำเนินงานตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานของ รพ.สต. ภายใต้การถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทั้งในส่วนของบริการ สุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษา พยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัยที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่ง ทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การใช้บริการของ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ยังคงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ ศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการตั้งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนเป็น 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในกรุงเทพฯ รองลงมาคือ ภาคกลางมีโรงพยาบาลเอกชนประมาณร้อยละ 30.00

จากความแตกต่างด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจของพื้นที่นี้เองที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการกระจายสถานบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาล โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด กล่าวคือ มี 1 เตียง ต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มี 1 เตียง ต่อประชากรเพียง 223 คน หรือ ต่างกันถึง 3 เท่า ส่วนหนึ่งของความแตกต่างดังกล่าวเกิดขึ้นจากการมีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ มากกว่าภาคอื่น ๆ และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเตียงมากกว่า 200 เตียง ถึง 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ในภูมิภาค มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในระดับจังหวัดก็มีความแตกต่างในด้านการกระจายด้วยเช่นเดียวกัน โดยจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจต่ำ จะมีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่าจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ดีกว่าถึงแม้จะอยู่ในภาคเดียวกัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากการมีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค การมีความแตกต่างของสถานบริการสุขภาพนั้น มีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างของการใช้บริการสุขภาพตามมา โดยจังหวัดที่มีจำนวนเตียงมากกว่าก็จะมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่มากกว่าด้วย หรือหมายถึงการ เข้าถึงบริการและใช้บริการที่มากกว่านั่นเอง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ ในระดับหนึ่ง

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนโดยการจัดระบบสุขภาพ ที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพ ออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการ แต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและ เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

การจัดระบบบริการที่ไม่คำนึงถึงความสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด รอยต่อการเชื่อมโยง ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง รวมถึง ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ภาคีเครือข่าย ชุมชน จึงมีความสำคัญอย่างมากภายใต้ปัจจัยทางด้านสุขภาพที่ เปลี่ยนแปลงไป เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี การเติบโตของชุมชนเมืองและสังคมวัยสูงอายุ โรคอุบัติใหม่ หรือโรคเรื้อรัง วิทยาการทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการ เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีทิศทางชัดเจนเป็น ระบบ ตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของ ประเทศได้ทันท่วงที มีกรอบแนวคิด 3 ประการ คือ

1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการแทนการขยายโรงพยาบาล เป็นรายแห่ง เพื่อการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน ขจัดสภาพการแข่งขันกัน ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network)” เชื่อมโยงบริการ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน

2) แต่ละจังหวัดจะต้องมี “เครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network)” ที่สามารถรองรับการส่งต่อตามมาตรฐานระดับจังหวัดได้อย่างสมบูรณ์ อย่างน้อย 1 เครือข่าย

3) ให้มีการจัด “ระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade)” ของระบบบริการ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และ ระดับสูง เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชน จะเข้าถึงบริการที่ได้ มาตรฐาน ทั่วถึงเป็นธรรม

- โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น (First-Level Referral Hospital) ประกอบด้วย เครือข่ายบริการทุติยภูมิ มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ F1/ F2/ F3

- โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (Mid-Level Referral Hospital) ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการ ทุติยภูมิ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ M1/ M2

- โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (High–Level Referral Hospital) มีหน้าที่รับผู้ป่วย ส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดกลาง แบ่งเป็น 2 ระดับ (1) โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นแม่ข่ายของเครือข่ายบริการ ระดับจังหวัดกำหนดให้เป็น โรงพยาบาลระดับ S (Standard-Level Referral Hospital) และ (2) โรงพยาบาลศูนย์ ที่รับส่งต่อจากเครือข่ายบริการระดับจังหวัด กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ A (Advance-Level Referral Hospital)

เพื่อให้เป็นไปตามกรอบแนวคิดข้างต้น ทิศทางการพัฒนาระบบบริการและเป้าหมายใน 5 ปี จึงให้ความสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประเด็น (Key Strategic Areas) ดังนี้

1) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น (ทั้งเขตเมืองที่ตั้งของตัวจังหวัด และเขตเมืองอื่น ๆ) ครอบคลุมประชากรชุมชน เมืองทั่วประเทศร้อยละ 100.0 ให้มีขีดความสามารถระดับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อรองรับการเติบโตของชุมชนเมืองและประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งจะมีภาระของการดูแลโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นมาก

2) การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ซึ่งมี 5 สาขา (โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด การบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ) เพื่อรองรับระบบส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนใช้เทคโนโลยีระดับสูงและราคาแพง กระจายครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศอย่างทั่วถึง

3) การพัฒนาโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่ง เติบโตอย่างมีทิศทาง มีภารกิจหน้าที่ชัดเจน มีจังหวะก้าว และเกื้อหนุนซึ่งกันและกันภายในเครือข่าย

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1) จัดระดับกรอบสถานบริการจาก โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ 3.1, 3.2) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ 2.3) โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ 2.1, 2.2, 2.3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เดี่ยว/เครือข่าย) เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไป (S, M1) โรงพยาบาลชุมชน (M2, F1, F2, F3) ศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง (P1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (P2) ตามขีดความสามารถ ความเชี่ยวชาญหลัก ความเชี่ยวชาญระดับสูง และบทบาทใหม่ ในระบบเครือข่าย

2) กำหนดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ประกอบด้วย เกณฑ์การพิจารณายกฐานะโรงพยาบาลชุมชน 2.2, 2.3 เป็น โรงพยาบาลทั่วไป เกณฑ์การจัดระดับสถานบริการระดับทุติยภูมิ (M2, F1, F2, F3) เกณฑ์ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง

3) จัดระดับสถานบริการสาธารณสุขสู่โครงสร้างตามกรอบใหม่ และกำหนดสถานบริการ เพื่อพัฒนา เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดให้มีโรงพยาบาลที่มี ขีดความสามารถอย่างน้อย ระดับ 3 ของศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง 4 สาขาในทุกจังหวัด เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในจังหวัดมี ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการพื้นฐานภายใต้คณะทำงานพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง และคณะทำงานพิจารณาการจัดระดับสถานบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2555 เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ได้ดำเนินการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพ เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เข้าด้วยกันตามสภาพ ข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการเป็น ตัวขวางกั้น แต่ละเครือข่ายดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน ครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย ดูแลระบบบริการ การจัดสรรทรัพยากร การเงินการคลัง การส่งต่อภายในเครือข่ายฯ เพื่อสร้าง ระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ และให้โรงพยาบาลประเมินความต้องการ โดยอาศัยข้อมูลสภาพภูมิศาสตร์และประชากร ขนาดของปัญหาสุขภาพ แบบแผนการเจ็บป่วย ปริมาณผู้ป่วยที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับสูง จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อภายในเขต การสูญเสียสุขภาวะมาจัดทำแผนพัฒนาที่เป็น Demand-Based Planning เป็น ภาพรวมของเครือข่าย ประกอบด้วย การลงทุนด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทีมงาน งบประมาณ เสนอกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบแผนความต้องการพัฒนาฯ และในปีงบประมาณ 2556 - 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับทิศทางการดำเนินงานที่เน้นด้านการ รักษาและเป็นความต้องการของผู้ให้บริการฝ่ายเดียวมาสู่การจัดบริการที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพตามบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข โดยนำ Six Building Blocks ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health System Framework) เป็นกรอบ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป้าประสงค์ “บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน” เป้าหมายคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย มาตรฐานการบริการ การเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่าย โดยการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา ดังนี้ (1) หัวใจ (2) มะเร็ง (3) อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน (4) ทารกแรกเกิด (5) สุขภาพจิตและจิตเวช (6) ตาและไต (7) ระบบบริการปฐมภูมิ (8) ทันตกรรม (9) สาขาตา และ (10) โรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดในสมอง) และจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามสาขาที่กำหนด เพื่อให้สถานบริการ สุขภาพใช้เป็นกรอบในการพัฒนาขีดความสามารถการบริการให้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการในปีต่อมา ได้เพิ่มเติมสาขาต่าง ๆ เช่น สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่าย อวัยวะฯ นำไปสู่การที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดำเนินงานที่ผ่านมาถือว่าประสบผลสำเร็จและเกิดผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพส่งมอบให้แก่ประชาชน แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น ในปีงบประมาณ 2559-2560 ยังได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับพื้นที่ เพื่อออกแบบระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีสาขาเพิ่มเติม ซึ่งใน ปัจจุบันมีทั้งหมด 19 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาทารกแรกเกิด สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สาขาสุขภาพช่องปาก สาขาตา สาขาไต สาขาโรคไม่ติดต่อ สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยถึงเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง สาขาการพัฒนาระบบบริการ เพื่อใช้ยาอย่างสมเหตุผล สาขาศัลยกรรม สาขายาเสพติด สาขาอายุรกรรม สาขาแม่และเด็ก และสาขาออร์โธปิดิกส์ มีการพิจารณากำหนด 1) เป้าหมายพื้นที่ในการพัฒนา (Area target) 2) ตัวชี้วัด (KPI) 3) บริการที่สำคัญเพื่อส่งมอบให้แก่ประชาชน (Service Delivery) 4) มาตรฐานขั้นต่ำในการจัดบริการ (Minimum Standard Requirements) ของสาขาต่างๆ นอกจากนั้นยังมีการปรับปรุงระบบรายงานและฐานข้อมูลที่ติดตามระบบ บริการสุขภาพร่วมกับ Health Data Center รวมถึงการจัดทำแผนการลงทุนครอบคลุมถึงปีงบประมาณ 2564 ในด้านครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง การพัฒนาบุคลากรและเป้าหมายการพัฒนา โดยมีรายละเอียดเป็นแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan) ระยะยาว เพื่อให้หน่วยบริการนำไปวางแผนและจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้เชื่อมต่อซึ่งกันและกัน

การประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาระบบบริการเป็นเรื่องปกติของหน่วยบริการผู้ให้บริการเพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด ในบริการที่ตนเองและทีมงานมอบให้ ในการพัฒนาระบบบริการนั้นในปัจจุบันต้องอาศัยภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทอย่างมากเพราะเป็นการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ของทุกภาคส่วนเข้ามาจัดการบริการร่วมกัน

เกณฑ์การประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือ รพ.สต. (PCA)

เครือข่ายบริการปฐม มีข้อมูลผลการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการบริการ การบริหาร พัฒนาคุณภาพการบริการปฐมภูมิ

ขั้นที่ 1

- รู้จักสภาพหน่วยงานของตนเองว่ามีพันธกิจ หรือบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย รวมถึงทิศทาง เป้าประสงค์ วัฒนธรรมและค่านิยมขององค์กร สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ที่สำคัญกับประชาชน ชุมชน ผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ความสัมพันธ์กับหน่วยงานภายนอก ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ
- ทราบปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ และมีการจัดการปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่สำคัญนั้น
- ประเด็นปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญที่ควรพิจารณาได้แก่

1. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและ/ หรือรุนแรงในพื้นที่ เช่น การเกิดโรคระบาด โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตามกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มมารดาทารก กลุ่มผู้ด้อยโอกาส/ ผู้พิการ กลุ่มประชากรตามภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ตามลักษณะพื้นที่หรือการประกอบอาชีพ

3. การจัดบริการรักษาพยาบาลทั้งภาวะเฉียบพลัน และเรื้อรัง และการดูแลต่อเนื่อง

4. การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกที่สำคัญ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน วัด ชมรมต่าง ๆ องค์กรภาคเอกชน ผู้นำชุมชน เป็นต้น

5. การจัดการอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อที่ปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ใช้บริการ

6. การบริหารจัดการยาเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ที่มีคุณภาพ ปลอดภัยตามมาตรฐาน

7. การบริการด้านชันสูตร ให้ได้มาตรฐาน ถูกต้องเหมาะสม

8. การจัดการเกี่ยวกับเครื่องมืออุปกรณ์ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการบริการให้เพียงพอ พร้อมใช้ เที่ยงตรงและปลอดภัย

9. การบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลตังแต่การสรรหา พัฒนาบุคลากร การสร้างเสริมขวัญกำลังใจ

การประเมินในขั้นที่ 1 นี้ให้พิจารณาว่าหน่วยบริการทราบปัญหาที่สำคัญของพื้นที่และ/ หรือประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงาน และมีการนำปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ นั้นนำมาแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา ซึ่งผลลัพธ์อาจยังไม่เป็นที่น่าพอใจก็ได้เป็นพัฒนาในเชิงการตั้งรับ

ขั้นที่ 2

- ผ่านขั้นที่ 1
- มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงแล้วนำไปวางระบบ แนวทาง มาตรการป้องกัน การเกิดปัญหา/ ความเสี่ยงนั้น ๆ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
- มีการใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา/ ความเสี่ยงนั้น ๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาเชิงการป้องกัน

ขั้นที่ 3

- ผ่านขั้นที่ 2
- ครอบคลุมระบบงานและแนวทางที่สำคัญและมีการนำเอามาตรฐาน PCA สู่การปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี มีผลลัพธ์ที่ยอมรับได้
- มีการนำข้อมูลมาใช้ในการวัดวิเคราะห์วางแผนและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ
- มีการพัฒนาเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการเรียนรู้ PDCA/ CQI จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า การประเมินให้พิจารณาว่าหน่วยบริการมีการพัฒนาต่อยอดจากการพัฒนาในขั้นที่ผ่านมาแล้วมีการปรับปรุงระบบงาน แนวทาง มาตรการต่าง ๆ ที่วางไว้โดยนำผลการดำเนินงานมาใช้ในการทบทวนเพื่อทำได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น มีการหมุนวงล้อ PDCA/ CQI ในระบบงาน แนวทาง มาตรการ ดังกล่าวและครอบคลุมระบบที่สำคัญ ๆ ของหน่วยงาน เริ่มนำเอาเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิมาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานและมีผลลัพธ์การดำเนินงานบางระบบดียอมรับได้

2.4.3 บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (2564) ได้กล่าวถึง บทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

1. การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ

1.1 ให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

1.2 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

1.3 องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจใช้กลไกและแนวทางการประสานแผนพัฒนาองค์กรส่วนท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย และ/ หรือแนวทางการทำความตกลงร่วมมือกันจัดทำบริการสาธารณะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง โดยอนุโลม เพื่อบูรณาการโครงการและกิจกรรมตามแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ ตำบลในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยอาจพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบงบประมาณที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ ตำบลจัดสรรให้แก่โครงการและกิจกรรมนั้นโดยคำนึงถึงสถานภาพทางด้านการเงิน การคลังขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชนเป็นหลักทั้งนี้ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เกี่ยวกับงบประมาณที่จะสมทบโครงการและกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ ตำบลในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ก่อนบรรจุหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

1.4 ให้ทุกสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งในฐานะหน่วยบริการ หรือในฐานะเครือข่าย หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องดำเนินการขึ้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และกรอบระยะเวลาของกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

1.5 ให้ทุกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพิจารณาจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ตามแนวทางของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

1.6 ให้การปฏิบัติหน้าที่ ราชการของบุคลากรสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอยู่ภายใต้บังคับกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.7 ให้ทุกสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยึดถือปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยอนุโลม จนกว่าหลักเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะมีผลบังคับใช้

1.8 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ช่วยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ภายใน 6 ปี นับตั้งแต่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.9 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาจจัดตั้ง "กลุ่มพื้นที่สุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด" เพื่อรับผิดชอบประสานงานและกำกับดูแลสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

1.10 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาจจัดให้มี "คณะกรรมการบริหารสถานบริการสาธารณสุข" เพื่อรับผิดชอบและกำกับการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

2. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

2.1 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัด (Monitoring and Evaluation Protocol: M & E Protocol) และคู่มือการพัฒนาคุณภาพสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Quality Assurance Manual) ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

2.2 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) สามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานที่ ประกอบด้วยหลายภาคส่วนตามความจำเป็นและเหมาะสมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อดำเนินการประเมินผลสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้

2.3 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด คณะกรรมการตรวจราชการแบบบูรณาการของจังหวัดและคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2.4 การดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหากเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา มีความพร้อมและประสงค์ขอรับถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แก่เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

สรุปได้ว่า การถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะต้องคำนึงถึงการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากมีการเปลี่ยนการบังคับบัญชาตามโครงสร้างใหม่ แต่ก็จะต้องมีการประสานงานและขอความร่วมมือจากต้นสังกัดเดิมในการดูแลหน่วยงานนี้อยู่การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งมีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ไม่ใช่กรรมการ โดยตำแหน่งในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธานกรรมการ ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ 1) การพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน 2) การควบคุมโรคติดต่อ 3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ 6) การบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะต้องดำเนินงานดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 อีกด้วย ดังนั้นจะต้องมีรูปแบบการพัฒนาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วย

2.4.4 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และตัวชี้วัด

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ ไปจนถึงระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน อาทิ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ วาระการพัฒนา บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคมและระบบการเมือง

แนวคิดของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ทำให้เห็นความซับซ้อนของปัญหาและมีกระบวนทัศน์ใหม่ในการดูแลสุขภาพประชาชน สามประการสำคัญ ได้แก่ (1) การมองปัจจัยการเกิดโรคและความเจ็บป่วยไปไกลว่าปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรม (2) การพิจารณาปัจจัยองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงทุกอายุของบุคคลนั้น ๆ และ (3) การเพิ่มบทบาทการป้องกันโรค (Prevention) มากกว่าการรักษาพยาบาล ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ มีอิทธิพลสำคัญต่อประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งคือความแตกต่างของสถานะสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมและหลีกเลี่ยงได้ทั้งเกิดขึ้นภายในและระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่มีรายได้ระดับใด สุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนนั้นจะแปรผันไปตามลำดับชั้นของสังคม ยิ่งสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้นอยู่ระดับล่างเท่าไร ก็จะมีแนวโน้มที่จะสุขภาพแย่ลงไปด้วย

กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของคณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพระดับโลก (The Commission on Social Determinants of Health: CSDH) องค์การอนามัยโลกได้แต่งตั้งคณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกาหนดสุขภาพขึ้นในปี 2005 เพื่อดำเนินการศึกษาหาหลักฐานและแนวทางในการจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ สร้างการขับเคลื่อนเพื่อให้โลกบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คณะกรรมาธิการฯ ได้พัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่กระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ซึ่งเชื่อมโยงกับปัจจัยสองระดับคือ (1) Structural Determinants หรือ ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (Socioeconomic and Political Context) อาทิ การกระจายทางรายได้ เพศ เชื้อชาติ ความพิการ และโครงสร้างการกำกับดูแลของภาครัฐ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นตัวกำหนดตำแหน่งและสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมให้กับบุคคล (Socioeconomic Position) เช่น ลำดับชนชั้นตามรายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ ที่ล้วนส่งผลต่อการมีสิทธิมีเสียงและการเข้าถึงทรัพยากรของบุคคลเหล่านั้น และ (2) Intermediary Determinants หรือ ปัจจัยตัวกลาง/ ปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ สภาพจิตใจ พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งล้วนเป็นผลลัพธ์มาจากการมีปัจจัยเชิงโครงสร้าง บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอีกทอดหนึ่ง เช่น การเข้าถึงอาหารที่ดีและมีคุณภาพ ประเภทงานที่ทำ ระดับความเครียดจากสภาพแวดล้อม จนนำไปสู่ผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ สุขภาวะ และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

นอกจากนั้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลที่ดีขึ้นหรือแย่ลงยัง “ส่งผลย้อนกลับ” ต่อสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้น ๆ เป็นวงจรด้วยเช่น การเจ็บป่วยทำให้คนจนลงเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเสียอาชีพ ส่งผลให้สถานภาพทางสังคมต่ำลง ในทางกลับกันการมีสุขภาพดีเพิ่มโอกาสในการหาเงินและยกระดับที่ทางในสังคมได้ หรือในภาพใหญ่ หากมีการกำหนดนโยบายลดการจ้างงานและลดรายได้ ทำให้สภาพความเป็นอยู่ของผู้คนแย่ลง จนอาจเกิดโรคระบาดที่ในทำนองเดียวกันสามารถ “ย้อนกลับ” มาส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของสถาบันทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองได้

ในระดับบริบททางสังคมและการเมือง (Socioeconomic and Political Context) องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกากำหนดปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การคมนาคม ในขณะที่กฎบัตรออตตาวา การศึกษาของ Dahlgren and Whitehead และการศึกษาของ Raphael และคณะ เน้นไปที่ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความมั่นคงทางอาหาร และการมีน้ำดื่ม น้ำใช้และประเด็นสันติภาพและความปลอดภัยในสังคม

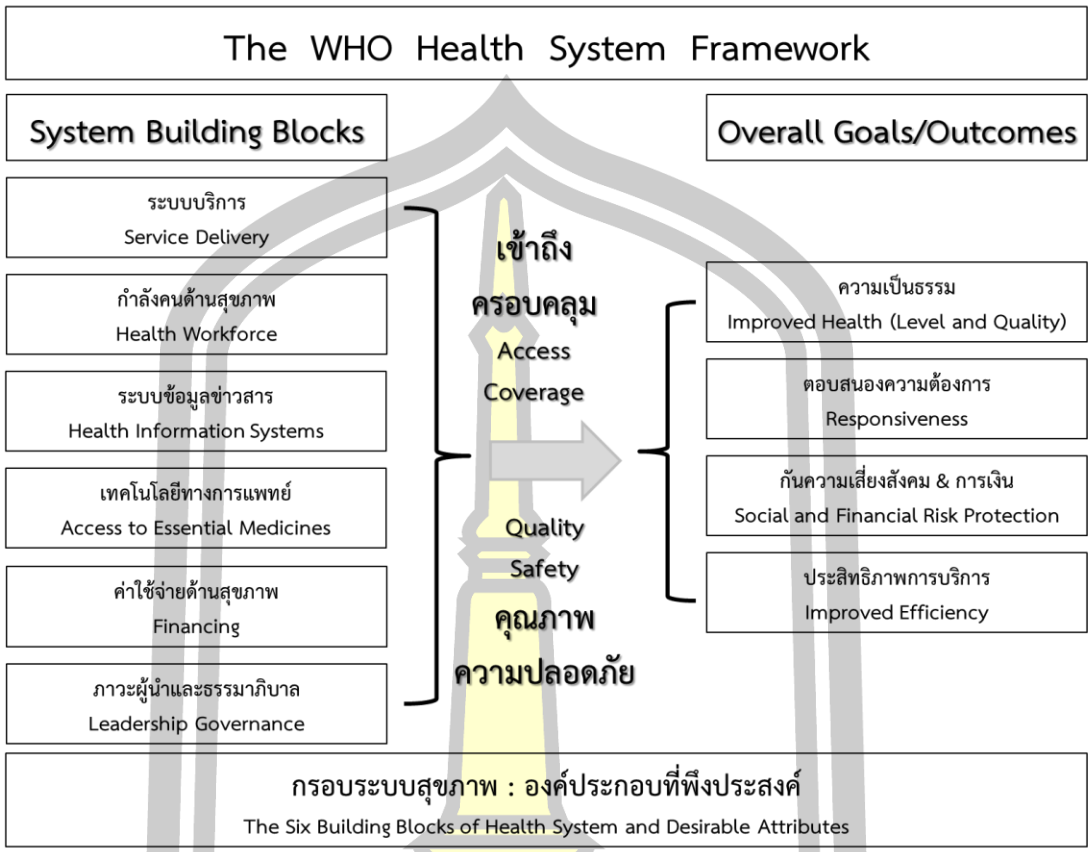
ในระดับ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic Position) ทุกการศึกษาต่างกำหนดปัจจัยร่วมกัน คือ การศึกษา การมีงานทำ รายได้ ทั้งกฎบัตรออตตาวา องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา ยังให้ความสำคัญการสนับสนุนหรือการกีดกันทางสังคมและทางเศรษฐกิจ จากความแตกต่างทางเพศหรือเชื้อชาติอีกด้วย

ในระดับ ปัจจัยตัวกลาง/ปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ กฎบัตรออตตาวา ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ Dahlgren and Whitehead และการศึกษาของ Raphael และคณะ กำหนดปัจจัยร่วมกันคือ ที่อยู่อาศัย โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสนใจในปัจจัยด้านอาหาร ชีวิตในวัยเด็ก การเสพติด ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันเป็นผลมาจากระบบเศรษฐกิจและการเมืองของโลก นโยบายการพัฒนาและโครงการทางสังคมที่อยู่เหนืออำนาจการควบคุมของปัจเจกบุคคล ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลก

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวัดผล ดังนี้



ที่มา : World Health Organization (2010) Monitoring the Building Blocks of Health Systems.

รูปภาพที่ 1 กรอบการจัดการระบบสุขภาพ ตามแนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน

1. ระบบบริการ (Service Delivery)

- การบริการที่จำเป็นพื้นฐานที่ประชาชนหรือผู้รับบริการควรได้รับ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
- การส่งเสริมและสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับชุมชน

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

- จำนวนบุคลากร รวมทั้งอาสาสมัคร และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน
- ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และรับผิดชอบงานให้บริการสุขภาพ
- ความสามารถและศักยภาพในการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ เช่น สมรรถนะการทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพ การประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)

- ข้อมูลสารสนเทศที่ถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจในการปรับปรุงระบบสุขภาพและนำเอาไปปรับใช้ ควบคุม ดำเนินการทำวิจัยเพื่อพัฒนา แก้ไข ในประเด็นปัญหาต่าง ๆ

- ข้อมูลที่เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรค (Incidence of Disease) ความชุกของโรค (Prevalence of Disease)

- อัตราป่วย และอัตราตาย

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)

- การเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ซึ่งต้องมีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา

- การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ เน้นมาตรการ “การใช้ยาอย่างเหมาะสม”

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)

- กลไกการคลังสุขภาพจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- การจัดสรรงบประมาณและระบบการให้บริการด้านสุขภาพจากการขึ้นทะเบียนสิทธิ

- การสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)

- การดำเนินงานของคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

- การดำเนินงานของคณะกรรมการที่ดูแลการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

โดยมีเป้าหมายการการประเมินเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)
2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)
3. ด้านความเสี่ยงสังคม & การเงิน (Social and Financial Risk Protection)
4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) โดยหลักการให้คะแนนจะยึดข้อความเป็นหลัก

สรุปได้ว่า คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) อาจจัดให้มี "คณะกรรมการบริหารสถานบริการสาธารณสุข" เพื่อรับผิดชอบและกำกับการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งสามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานที่ ประกอบด้วยหลายภาคส่วนตามความจำเป็นและ

เหมาะสมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อดำเนินการประเมินผลสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จะใช้แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) จากผู้เข้าร่วมการวิจัย ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยการประเมินผล 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเป็นธรรม 2) ด้านการตอบสนองความต้องการ 3) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน และ 4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ เพื่อให้มีการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดบริการสุขภาพได้ตรงกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

2.6 การวิจัยแบบผสานวิธี

การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยได้รับอิทธิพลมาจากปรัชญาปฏิบัตินิยมที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันในการดำเนินการวิจัย เพื่อหาคำตอบของการวิจัยที่มีความครอบคลุม ลุ่มลึกและชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา การวิจัยแบบผสมผสานสามารถจำแนกได้ 12 แบบแผน เช่น แบบแผนที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคู่ขนานกัน โดยให้ความสำคัญกับทั้งสองวิธีอย่างเท่าเทียมกัน แบบแผนที่ดำเนินการไปตามลำดับก่อนหลัง โดยให้ความสำคัญกับวิธีวิจัยวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักแบบแผนที่ใช้วิธีวิจัยวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกันหรือที่เรียกว่าแบบแผนรองรับภายใน เป็นต้น การจะเลือกใช้แบบแผนใดจะต้องคำนึงถึงคำถามวิจัยเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามนักวิจัย ก็ไม่ควรนำวิธีวิทยาแบบใดแบบหนึ่งไปใช้อย่างผิวเผิน แต่จะต้องฝึกฝนตนเองให้มีความความเชี่ยวชาญทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเลือกใช้วิธีรวบรวมข้อมูลและการแปลความหมายข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ ในขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณนักวิจัยจะแปลความหมายข้อมูลจากหลักฐานที่รวบรวมมาได้แม้จะไม่ครอบคลุมก็ตาม ดังนั้นการวิจัยแบบผสมผสานจึงน่าจะทำให้ได้คำตอบที่ครอบคลุมที่สุด

Creswell, Plano, Clark, Gutman and Hanson ให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) หมายถึง การวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหรือวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือเป็นลำดับก่อนหลังก็ได้ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลเป็นอันดับแรกและเกี่ยวข้องกับการบูรณาการข้อมูล ณ จุดหนึ่งจุดใดในกระบวนการวิจัย

2.6.1 ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีความสำคัญตามแนวคิดของ Greene and others; Trocim; Creswell; Punch; Viedero มี ดังนี้

1. ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2. การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

3. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

4. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถนำจุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคูณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

5. สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงานแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

2.6.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ เช่น Creswell & Clark (2007); Creswell (2013) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

1. เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดี่ยว (Mono Method Research)

2. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆ ในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

3. เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

4. เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติ ขัดแย้งหรือเป็นทัศนะใหม่

5. เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย

6. เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวาง ลุ่มลึกมากขึ้น

7. เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.6.3 ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากทัศนะของ Teddlie, C. & Tashakkori, A (2003); Johnson & Christensen (2014) สามารถสรุปลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

1. ใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิธีวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัย

2. รวมหรือผสมผสานข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3. ใช้แนวคิดเชิงปรัชญาหรือกระบวนทัศน์หลากหลายร่วมกัน (Paradigm Pluralism)

4. เน้นความหลากหลายในทุกระดับของกระบวนการ

5. ยึดคำถามหรือปัญหาวิจัยเป็นหลักในการกำหนดวิธีการที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

6. ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธี เพื่อเสริมซึ่งกันและกันลักษณะทั้ง 6 ข้อดังกล่าวข้างต้นเรียกรวมกันว่า "การผสมผสานวิธีวิทยา" (Methodological Eclecticism) ซึ่งหมายถึง การเลือกสรรและการบูรณาการวิธีวิทยาที่เหมาะสมที่สุด จากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ

2.6.4 แบบแผนการวิจัย

จากทัศนะของ Morse (2003); Jchnson & Onwuegbuzie (2004); (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการวิจัยสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) Brannen (2005); Creswell & Clark (2011) สามารถและแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนรูปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมีทั้งแบบที่ทำวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่า แบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการวิจัยสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-less Dominant Design) และแบบแผ่นรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่าง ๆ ง่ายขึ้น ขออธิบายความหมายของข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในแต่ละแบบแผนดังนี้

QL หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

AL หมายถึง วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

AN หมายถึง วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง

คู่ขนาน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน ดำเนินการวิจัยระยะเดียว

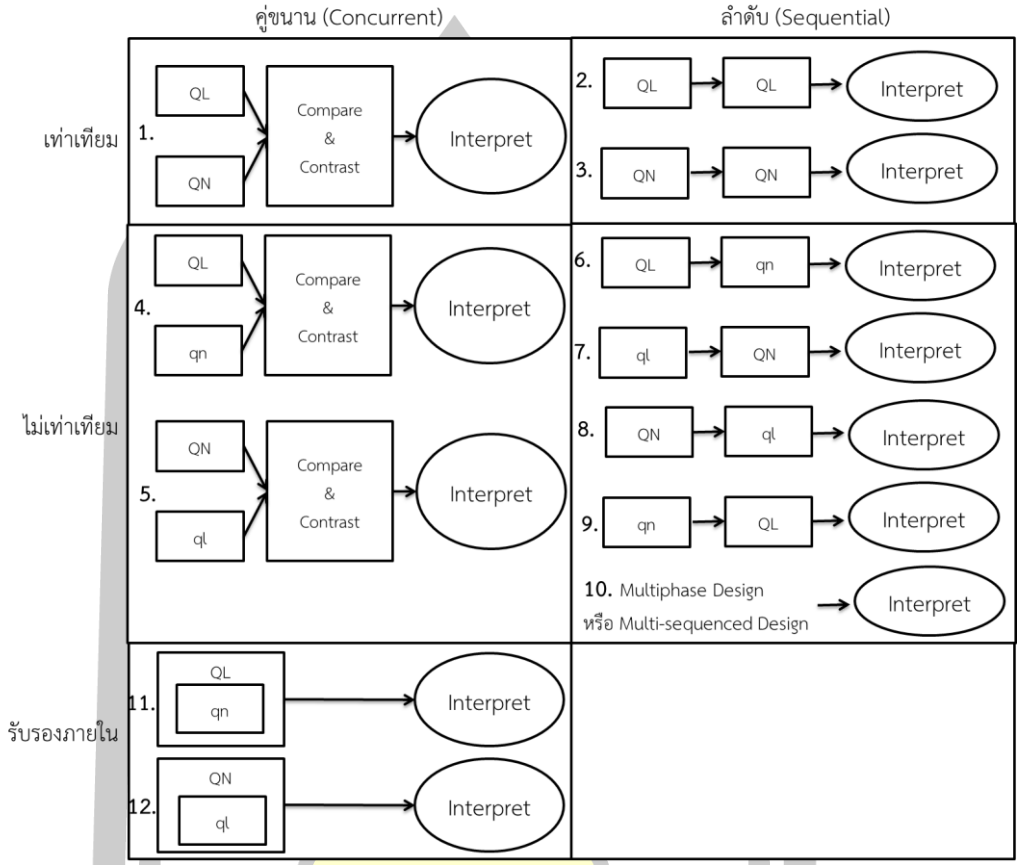
ลำดับขั้น หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะแบบแผนการวิจัยแบบผสม

เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลักอย่างเท่าเทียมกันไม่เท่าทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกัน นิยมใช้แบบแผนนี้ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว (แบบดั้งเดิม) หรือสองระยะก็ตาม

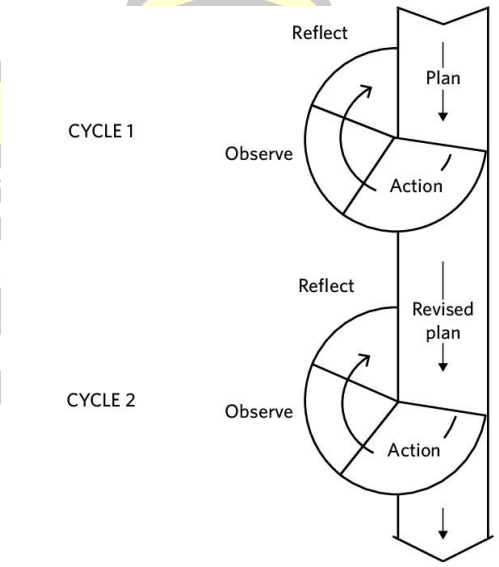
แม้การวิจัยแบบผสมผสานจะมีหลายแบบแผน แต่ก็มิได้หมายความว่า นักวิจัยจะต้องยึดติดกับแบบแผนใดแบบแผนหนึ่งแต่จะต้องมีศิลปะในการเลือกและผสมผสานวิธีวิทยาและวิธีรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดกับความมุ่งหมายของการวิจัยภายใต้ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่มีหรือเป็นอยู่ทั้ง 12 แบบแผนเป็นดังนี้

แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผนดังนี้



ที่มา : Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Creswell & Clark, 2011

รูปภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัยแบบผสมผสานทั้ง 12 แบบแผน



รูปภาพที่ 3 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.5 ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน สรุปได้ดังนี้

ข้อดี

1. ทำให้สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม ซึ่งวิธีเชิงปริมาณหรือวิธีเชิงคุณภาพอย่างเดียวไม่สามารถตอบได้

2. ทำให้ได้ผลการวิจัยที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาอย่างลุ่มลึกและกว้างขวาง

3. ทำให้นักวิจัยมีโลกทัศน์ทางวิชาการกว้างขวางสอดคล้องกับความเป็นจริงของสังคม หรือเรื่องที่ศึกษามากกว่าการยึดมั่นกับโลกทัศน์เชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียว

4. ทำให้นักวิจัยตั้งคำถามวิจัยและความมุ่งหมายของการวิจัยได้หลากหลายและสามารถใช้วิธีเก็บข้อมูลอย่างหลากหลายในการหาคำตอบ

5. การใช้กลยุทธ์การวิจัยที่หลากหลายจะช่วยเพิ่มความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และถือเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา (Methodological Triangulation)

ข้อจำกัด

1. มีความยุ่งยากในการดำเนินการวิจัยโดยเฉพาะกรณีที่นักวิจัยได้รับการฝึกมาเฉพาะการทำวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงด้านเดียว

2. สิ้นเปลืองทรัพยากร งบประมาณ และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

3. หากผลการวิจัยมีความขัดแย้งกันจะเกิดความยากในการสรุป เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้อ่านและการนำไปใช้

4. นักวิจัยต้องมีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

5. อาจใช้การวิจัยแบบผสมผสานแบบผิด ๆ ตามความนิยม เช่น เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบผิวเผินหรือสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยไม่พิจารณาหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การวิจัยรูปแบบผสานวิธี มีพื้นฐานมาจากปรัชญาหรือกระบวนทัศน์การวิจัยแบบปฏิบัตินิยมการวิจัยแบบผสมผสานอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การผสมผสานวิธีที่ใช้รวบรวมข้อมูลและการผสมผสานรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งอาจผสมผสานในอัตราส่วนเท่ากันหรือผสมผสานแบบมีวิธีหลักและวิธีรองตลอดจนการผสมผสานในระยะเดียวกันของการวิจัยหรือต่างระยะกันการวิจัยแบบผสมผสานแบ่งได้เป็น 12 แบบแผน การจะนำแบบแผนใดไปใช้จะต้องคำนึงถึงคำถามวิจัยเป็นสำคัญ กล่าวคือ ต้องเป็นแบบแผนที่สามารถทำให้ได้คำตอบในปัญหาวิจัยได้ดีที่สุด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบแผนการออกแบบการวิจัยเป็นลำดับ (Sequential Designs) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็นระยะ ๆ (Phases) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนในระยะที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงคุณภาพในระยะที่สอง ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้เสริมหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูล

ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรุฬห์ รุจนธำรง และคณะ (2565) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณในมุมมองผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินทั้งเงินงบประมาณเงินนอกงบประมาณและเงินกองทุนอื่น ๆ และศึกษาสถาณการณ์ รูปแบบ กลไกการบริหารจัดการงบประมาณ สอน. และ รพ.สต. ของแหล่งกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ และเปรียบเทียบผลที่จะเกิดขึ้นของแหล่งกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ ในการจัดสรรงบให้กับ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสู่ อปท. ผลการศึกษาพบว่า สอน.และ รพ.สต. มีแหล่งเงินเพื่อการบริหารจัดการให้กับประชาชนในความรับผิดชอบจากหลายแหล่ง โดยแหล่งเงินหลักได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านจากสถานะการเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนอยู่กับหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งการบริหารจัดการงบประมาณแต่ละส่วนจะเป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุนและแนวทางการจัดสรรงบประมาณควรแบ่งเป็นสองระยะคือระยะเปลี่ยนผ่าน เสนอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตกลงกับโรงพยาบาลคู่สัญญาเดิมในการรับงบประมาณเพื่อความคล่องตัวและระยะหลังควรพิจารณาหาหน่วยบริการคู่สัญญาที่เป็นหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือหน่วยงานที่รับถ่ายโอนเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการในระยะยาว ข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการเงินที่ได้รับเหมาจ่ายรายหัวเพื่อไปขับเคลื่อนบริการในระยะเปลี่ยนผ่านดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาระเบียบเงินบำรุงให้ครอบคลุมการบริหารจัดการในสถานพยาบาลที่ออกไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาต้องพิจารณาวัตถุประสงค์ในการจัดซื้อเพื่อจัดบริการให้กับประชาชน

ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2565) ได้ศึกษารายงานการวิจัยการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า 1) องค์ประกอบของมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย (1) ปัจจัยกำหนดระบบสุขภาพ (2) การให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุม 5 ภารกิจ ป้องกัน ส่งเสริม รักษา (ทั้งในภาวะเฉียบพลัน และเรื้อรัง) ฟื้นฟูสุขภาพและดูแลแบบประคับประคองโดยให้การดูแลครอบคลุมในทุกช่วงวัยและ (3) การบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ 2) แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เป็นมาตรฐานที่มีคุณภาพมากที่สุดตอนนี้แต่ก็ยังพบข้อจำกัดบางประการได้แก่ เกณฑ์การประเมินบางข้อไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 3) สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิควรมีการรับรองจากองค์กรภายนอกที่มีสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช ที่มีองค์ความรู้ในการประเมินเข้าใจระบบการทำงานและไม่ได้เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยมีรูปแบบทั้งการประมินโดยผู้ประเมินภายในองค์กร (internal audit)

และการรับรองจาก องค์กรภายนอก (external audit) 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำลังจะถ่ายโอนภารกิจให้ อบจ.มีความพร้อมทางด้านโครงสร้างในการให้บริการอยู่ในระดับพอดีหรือมาก แต่ความพร้อมของจำนวนบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุนยังมีความพร้อมในระดับน้อย 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่คิดว่ามีการบริการตามมาตรฐานการบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนในทุก ๆ งาน ยกเว้นบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรมและกายภาพบำบัดที่สามารถให้บริการได้ลดลง

อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2565) ได้ศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า การบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการปฏิบัติตามหน้าที่และภารกิจตามคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภาระกิจฯ บุคลากรด้านสุขภาพสามารถให้บริการได้เต็มที่มีอัตรากำลังที่ทำงานสอดคล้องตามโครงสร้างอัตรากำลังที่ระบุในคู่มือฯ มองเห็นความก้าวหน้าในสายอาชีพ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอัตรากำลังในระยะยาวองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะทำกรอบกำลังและจัดสรรกรอบกำลังให้มีบุคลากรด้านสุขภาพครบทุกสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พร้อมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากรเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเพื่อวางแผนการหาความก้าวหน้ารายบุคคลให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ

วราภรณ์ ผ่องอวย และคณะ (2565) ได้ศึกษาช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจโดยยังไม่ประสบความสำเร็จพบว่ามีช่องว่างทางด้านกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กฎหมายวิชาชีพที่กำหนดงานรักษาพยาบาล การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ และอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย ด้านโครงสร้างองค์กรด้านบุคลากร ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุข

สิทธิโชค ลิ้มสุวัฒน์ และคณะ (2565) ได้ศึกษาปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความล่าช้าการถ่ายโอนในจังหวัดนครราชสีมาได้ผ่านกลไกและกระบวนการภายใต้หลักการ หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ ยังติดขัดเรื่องระยะเวลาที่กระชั้นชิด การสื่อสารไม่ชัดเจนของทั้งสองหน่วยงาน จากพื้นที่ใหญ่ความหลากหลายของประชากรในจังหวัดทำให้ทราบถึงอุปสรรคในการพัฒนากระจายอำนาจ ปัจจัยที่ทำให้การถ่ายโอนประสบความสำเร็จอย่างมีคุณภาพคือปัจจัยอะไรที่ทำให้การถ่ายโอนภารกิจได้ตามแผนและระยะเวลาที่กำหนดถึงแม้ไม่มากแต่สามารถดำเนินงานให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการปฏิวัติรัฐประหารที่เกิดขึ้นบ่อยและไม่ค่อยมีใครได้ศึกษาเป็นสิ่งที่ฉุดรั้งการถ่ายโอนอำนาจสู่ท้องถิ่นทำให้เกิดการพัฒนาช้า ควรมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการถ่ายโอนฯ และมีการประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะให้มากยิ่งขึ้น องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นควรมีการจัดตั้งกลวิธานที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายเพื่อติดตามสนับสนุนการถ่ายโอนโดยมีกระบวนการชี้แจงสร้างความเข้าใจกับทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่อง ก่อน ระหว่าง และหลังการถ่ายโอนระดับพื้นที่ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

เริงชาติ ศรีขจรวงศ์ (2565) ได้ศึกษาความพร้อมขององค์การบริการส่วนจังหวัดกับภารกิจรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ข้อดีของการถ่ายโอนคือสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นสามารถบูรณนาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น บุคลากรมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพมากยิ่งขึ้น ส่วนข้อเสียคือ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพภาพจะขาดความเชื่อมโยงกันในภาพรวม และความไม่แน่นอนในทางการเมืองอาจส่งผลต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ (2565) ได้ศึกษากฎหมายที่น่าสนใจ หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า นอกเหนือจากรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2542 หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังมีประกาศ คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต.อีกประมาณ 13 ฉบับ ได้แก่ 1) ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น 2) คำสั่งคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน 3) หนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องข้อตกลงการจัดสรรเงินระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามกฎหมายกระจายอำนาจฯ งบประมาณ 2566 4) ข้อตกลงการจัดสรรเงิน รพ.สต. ถ่ายโอน ประสานเขต 5) สรุปมติคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน 6) หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การมอบอำนาจในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ

ตุลยวดี หล่อตระกูล และคณะ (2564) ได้ศึกษาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการได้รับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า สภาพปัจจุบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีความเห็นโดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) มากกว่าขนาดเล็ก ปัจจัยความพร้อมทั้ง 4 ด้านส่งผลเชิงบวกต่อความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ ยังขาดบุคลากรและผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญ ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังต้องพัฒนาความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจในระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและทักษะที่จำเป็น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางแห่งยังไม่มีความประสงค์ถ่ายโอนมายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นงคราญ สกุณาพงศ์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาการประเมินผลกระบวนการโครงการพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขแบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พ.ศ.2562 พบว่า ด้านกระบวนการบริหารจัดการ การปฏิบัติงานต่อโครงการทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีการวางแผนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์สาธารณสุขแบบบูรณาการ ทั้งแผนกิจกรรม แผนการใช้งบประมาณ ได้รับทราบนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมในการถ่ายทอดนโยบาย ความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ สู่การปฏิบัติให้กับหน่วยงานในเครือข่าย การจัดทำข้อตกลงคำรับรองการปฏิบัติราชการทำให้แนวทางการดำเนินงาน การกำกับติดตามและการประเมินผลงานมีความชัดเจนยิ่งขึ้น จุดแข็งที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการที่สำคัญคือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานโครงการ การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ควรมีการจัดสรรงบประมาณในด้านการบริหารจัดการโครงการให้เหมาะสมและเพียงพอ ด้านระบบการนอเทศงาน ควรมีการจัดทำแผนการนิเทศงานในเชิงคุณภาพตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ด้านการกำกับติดตามงาน ควรมีการติดตามแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นประเด็นที่เป็นปัญหาในระดับพื้นที่ การประเมินผลงาน ควรมีการชี้แจงเจ้าหน้าที่รับผิดชอบให้ได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินในแต่ละตัวชี้วัดตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

นภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาระดับความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสร้างรูปแบบความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามกับบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน บุคลากรสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจและระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ ปัจจัยนโยบาย ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยการบริหารงานบุคคลและปัจจัยงบประมาณ ส่วนรูปแบบความสำเร็จในการถ่ายโอนภาคกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ปัจจัยนโยบาย ปัจจัยการบริหารงานบุคคล ปัจจัยงบประมาณ ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยโครงสร้างการบริหารงาน ปัจจัยความสัมพันธ์ ปัจจัยความเชื่อมั่น ปัจจัยขนาดขององค์กร ปัจจัยสิทธิประโยชน์และปัจจัยค่านิยมร่วม

เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา (2563) ได้ศึกษาเรื่องข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามภารกิจถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือควรพัฒนารูปแบบของการยื่นคำข้อตั้งงบรายจ่ายมีอิสระและเกิดความคล่องตัว ควรจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเงินอุดหนุนทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามภารกิจที่ถ่ายโอนในจำนวนที่แน่นอนตามปริมาณงานและจำแนกตามประเภทขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ การจัดสรรงบสำหรับเป็นงบลงทุนเพื่อยกระดับความสามารถให้บริการ

ควรจัดสรรในลักษณะเงินอุดหนุนเฉพาะด้านควรจัดสรรเงินอุดหนุนเพิ่มเติมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ตั้งในเขตเมืองใหญ่ที่ต้องรับภาระให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการนอกพื้นที่เกินขีดความสามารถ ควรทบทวนศึกษาวิเคราะห์โครงร้างรายได้และรายจ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เหมาะสมในอนาคตและส่งเสริมสนับสนุนให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับการพัฒนาตามแนวทางมาตรฐานของ รพ.สต.ติดดาว เพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ พร้อมทั้งพัฒนาระบบวิธีการงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง และการบัญชีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยการปรับปรุงแก้ไขระเบียบที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภายใต้รูปแบบการปกครองตนเองตามหลักการกระจายอำนาจ

รัตนจันทร์ นาดี และคณะ (2563) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กรอบและตัวชี้วัดนิเทศงานควรครอบคลุมงานนโยบายและปัญหาของพื้นที่ และไม่ควรมีจำนวนมากเกินไป ควรนิเทศงานตามกำหนด และมีผู้นิเทศครบตามประเด็นการนิเทศงานโดยมุ่งสร้างความเข้าใจในมาตรฐานการนิเทศงานสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้รับนิเทศมากกว่าเน้นติดตามข้อมูลเชิงปริมาณ ควรเน้นหลักการเสริมพลังผู้นิเทศควรเป็นโค้ช และพิจารณากระบวนการนิเทศงานอย่างไรให้ผู้นิเทศงานและผู้รับนิเทศมีความสุข

เสกสรร ตันติวนิช (2563) ได้ศึกษาแนวคิดกระบวนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแนวโน้มการปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต พบว่า การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐในระบบประชาธิปไตย สำหรับประเทศไทยมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบเด่นชัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา โดยาศใช้แผ่นกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการในเรื่องถ่ายโอนภารสัดส่วนภาษีและอากร และรายได้ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ด้วยการปกครองส่วนท้องถิ่นกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจภายนอก สภาพแวดล้อมทางการเมือง และการเมืองในชุมชนท้องถิ่น

ตุลยวดี หล่อตระกูล และคณะ (2563) ได้ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา: สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ท้องถิ่น ระดับความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยภาพรวมเห็นด้วยในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน และด้านการบริหารจัดการเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง พบว่า อยู่ในระดับน้อยทุกด้าน

กฤษดา แสวงดี และคณะ (2562) ได้ศึกษาการศึกษาภาระงาน ความเพียงพอของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน อัตรากำลังบุคลากรที่มีในปัจจุบันและบุคลากรทุกตำแหน่งมีการใช้เวลาปฏิบัติงานมากกว่าร้อยละ 30 ในการทำรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการทำงานด้านบริหาร รวมถึงเอกสารอื่น ๆ

เช่น งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน การบันทึกข้อมูล เป็นต้น ทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดลง ในขณะเดียวกันบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกขาดขวัญกำลังใจที่ทำงานหนัก แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลาและไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ส่วนรูปแบบการบริการกรอบอัตรากำลังคนประกอบด้วย การบูรณาการทำงาน การสร้างแนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน การถ่ายดอนภาระงานบางอย่าง การจัดระบบการบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพโดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน

ปนิตา ธีรสฤษกุล และคณะ (2561) ได้ศึกษาการประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าสถานบริการสาธารณสุขมีผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี ประชาชนผู้มารับบริการที่มีเพศ อายุและจำนวนครั้งที่มารับบริการที่ต่างกัน มีความเห็นต่อผลการดำเนินงานในภาพรวมองค์ประกอบระบบสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 3 สามารถตอบสนองต่อสุขภาพของประชาชนได้ดีแต่ต้องพัฒนาในบางองค์ประกอบของระบบสุขภาพ

สุภัชญา สุนันต๊ะ (2561) ได้ศึกษาความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อบทบาท ด้านการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพ ของชุมชนท้องถิ่นที่สำคัญ คือ ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความพร้อมของชุมชน พบว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงควรมีการสร้างทัศนคติและกระตุ้นความกระตือรือร้นของประชาชนในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญของงานด้านสาธารณสุข และให้ มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และท้องถิ่นควรมีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนกว่าการสนับสนุนเพียงงบประมาณในรายโครงการเท่านั้น

อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี (2558) ได้ศึกษาความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพกรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในประเทศไทย พบว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความโดดเด่นด้านการจัดการสุขภาพ มีความพร้อมเชิงองค์การที่สูงกว่าองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ เนื่องจากมีผู้บริหารที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่องานด้านสาธารณสุขและมีเจตคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและหน่วยงานภายนอกพื้นที่ นอกจากนี้องค์กรปกครองท้องถิ่น เหล่านี้ยังมีโครงสร้างองค์กรและระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอีกด้วย ในขณะที่ภาคประชาชนขององค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีความโดดเด่นด้านสุขภาพก็มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง และมีการรวมกลุ่มและองค์กรทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านสุขภาพมากกว่าภาคประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองท้องถิ่น ที่นำมาเปรียบเทียบ

สมยศ แสงมะโน (2557) ได้ศึกษา ปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สาเหตุที่ทำให้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ยังไม่เสร็จเรียบร้อย เรียงตามลำดับระดับความสำคัญของสาเหตุจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดสรร

งบประมาณในการจ้างบุคลากร รายได้มีไม่เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ งบประมาณที่ได้รับ จากรัฐบาลไม่เพียงพอ การจัดหางบประมาณเพิ่มเติมเพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานมีขีดจำกัดในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข 2) บุคลากรมีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงานของตน อัตรากำลังระยะยาวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรไว้รองรับบำเหน็จบำนาญ ความก้าวหน้าเกี่ยวกับตำแหน่งงานของตน ความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหางบประมาณเพิ่มเติมสำหรับจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข สวัสดิการที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ความพอเพียงของงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข รายได้ที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ผลตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน ความซ้ำซ้อนของตำแหน่งงาน 3) การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเตรียมการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ไม่ผลักดันและกระตุ้นให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนในช่วงเวลาที่กฎหมายกำหนด และ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีนโยบายรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

อัญญารัตน์ ไสยจรัญ และคณะ (2557) ได้ศึกษากลยุทธ์การสร้างความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองแปน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัญหาความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลหนองแปน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างการบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการบริหาร ด้านที่มีปัญหาความพร้อมสูงสุด คือ ด้านโครงสร้างการบริหาร กลยุทธ์การสร้างความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขคือ ด้านโครงสร้างการบริหาร ควรมีการเพิ่มกรอบอัตราด้านการสาธารณสุข ได้แก่ กองสาธารณสุขและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข เพื่อให้มีหน่วยงานหรือฝ่ายงานรับผิดชอบในด้านการสาธารณสุขโดยตรง ด้านบุคลากร ควรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและส่งเสริมสร้างศักยภาพด้านการวางแผนอย่างจริงจัง เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการสาธารณสุข ด้านงบประมาณ ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 5-10 ของรายได้เฉลี่ยต่อปี เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข และด้านการบริหาร ผู้บริหารต้องความสำคัญในการจัดการด้านสุขภาพ เร่งรัดเสริมสร้างศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นทั้งในด้านกระบวนการวางแผน

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และมโน มณีฉาย (2556) ได้ศึกษาโครงการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่มีหน้าที่จัดการระบบสุขภาพระดับตำบลภายใต้แผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พบว่าการกระจายอำนาจของประเทศในกลุ่มอาเซียนเกือบทั้งหมดจะมุ่งไปสู่ระดับที่เทียบเท่ากับอำเภอของไทยมีเพียงประเทศฟิลิปปินส์เท่านั้นที่พยายามกระจายอำนาจไปสู่ระดับที่เทียบได้กับตำบลของไทย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพระดับตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขพบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังขาดของไม่พร้อมในด้านประมาณและองค์ความรู้ด้านสุขภาพและความเต็มใจของผู้ให้และผู้รับ บริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันมีผลต่อการเลือกรูปแบบที่ใช้ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับตำบล ความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการระหว่างนายกอบต.กับบุคลากรรพ.สต มีความสำคัญต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับตำบล

สงกรานต์ บุญมา และศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ (2556) ได้ศึกษา การบริหารจัดการสถานีอนามัยบ้านสันนาเม็งหลังถ่ายโอนภารกิจจากสาธารณสุข : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้าน สันนาเม็ง มีการบริหารจัดการดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากเทศบาลตำบลสันนาเม็งมีนโยบายสนับสนุนการบริหารจัดการ สถานีอนามัย และมีศักยภาพการบริหารจัดการตามมิติด้านประสิทธิผล ด้านประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาองค์กร และด้านคุณภาพ แต่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขและความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุนจากเครือข่ายการให้บริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและศึกษาแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขจากหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริหารจัดการให้เป็นสถานีอนามัยต้นแบบของการถ่ายโอนภารกิจ

พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2556) ได้ศึกษาการวิจัยและพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดน่าน พบว่า รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพองค์กรปกครองท้องถิ่น จำเป็นต้องมีโครงสร้างในการจัดการระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรท้องถิ่นแต่ละระดับ บุคลากรของ อปท.จะต้องมีความรู้ความสามารถ มีความเข้าใจในบทบาทอำนาจหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานตามภารกิจของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นจะต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์อยู่เสมอ และการจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพของ อปท. เนื่องด้วยพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บังคับใช้ หลังจากทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์กฎหมายดังกล่าวแล้วพบว่าเป็นคู่มือการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสามารถลดปัญหาอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ได้

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2556) ได้ศึกษาการถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่ท้องถิ่น : การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน และข้อเสนอเชิงนโยบาย พบว่า ผลที่เกิดจากการถ่ายโอนแตกต่างกัน เป็นไปตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ในภาพรวม ๆ บทบาทการทำงานของสถานีอนามัยในพื้นที่ถ่ายโอนประมาณสองในสามไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการถ่ายโอน เพียงหนึ่งในสี่ที่สามารถทำงานได้ตามอุดมคติคือ ทั้งการบริการรักษาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อันเป็นหน้าที่พื้นฐาน การตอบโจทย์นโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคิดค้นพัฒนางานที่ตอบโจทย์ความต้องการสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ในด้านการบริหารจัดการพบปัญหาการเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนการถ่ายโอนที่ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในการทำงานร่วมกันของทั้งสองฝ่าย การบริหารจัดการเรื่องตำแหน่ง การเลื่อนขั้น โอกาสในการพัฒนาทางวิชาการ การสนับสนุนทรัพยากรจาก CUP ยังคงเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น ยังไม่มีการสร้างระบบหรือโครงสร้างการบริหารที่รองรับการถ่ายโอนอย่างชัดเจน ต่างฝ่ายต่างเรียนรู้และตีความระเบียบกฎเกณฑ์ไปตามบริบทของตนเองเกือบทั้งหมด ยังไม่มีการบรรจุเจ้าหน้าที่ครบกรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ มองในเชิงผลกระทบของการถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่ท้องถิ่นต่อสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงบริการความเป็นธรรม อนุมานจากรูปธรรมของ

การถ่ายโอนที่เกิดขึ้นจริงได้ว่า ผลกระทบแตกต่างกันไปตามพื้นที่ในพื้นที่ ๆ การถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่นสามารถจับมือกันได้อย่างดี มักก่อให้เกิดบริการสุขภาพที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย แต่พื้นที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ รูปแบบบริการไม่แตกต่างไปจากเดิม

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ (2554) ได้ศึกษาการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต พบว่า แผนดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้ อปท. ภายในปี 2553 จนกระทั่งปัจจุบันซึ่งถ่วงเลยมาแล้ว 10 ปี ความคืบหน้ายังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ และยังพบปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานอยู่มากพอสมควร ที่ผ่านมามีการถ่ายโอนสถานีอนามัยนำร่องไปแล้ว 28 แห่ง จากที่ได้มีการตั้งเป้าไว้ 35 แห่ง ซึ่งจากจำนวนที่ถ่ายโอนไปแล้วนั้นบางแห่งก็ประสบความสำเร็จสามารถดำเนินงานต่อไปได้ แต่บางแห่งก็พบปัญหาในการคำเนินงานมากมาย เช่น ความไม่ชัดเจนในนโยบาย แนวทางการคำเนินงาน และกรประสานงานระหว่างพื้นที่ รวมถึงการส่งต่อและการส่งกลับทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน ดังนั้นเพื่อให้กระบนการกระจายอำนางด้านสาธารณสุข สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของรัฐธรรมนูญนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขหรือกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนหน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ ต้องหันหน้าเข้าหากัน ร่วมมือ และหาทางออกที่ดีร่วมกันต่อไป

ชัยยยนต์ มาไชยนาม (2554) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมและแนวทางเตรียมความพร้อมและแนวทางเตรียมความพร้อมในการรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบลวังนกแอ่น อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ในด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านบริหารจัดการ และด้านทรัพย์สิน พบว่า 1องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ แต่ส่วนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังขอให้มีการชะลอการถ่ายโอนไว้ก่อน 2 แนวทางการเตรียมความพร้อม อยากให้มีการจัดเวทีเสวนาหรือประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารจัดการบริหารจัดแก่บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความชัดเจนในการปฏิบัติงานและควรสนับสนุนความรู้ทางวิชาการสาธารณสุขเพื่อพัฒนางานและบุคลากร 3 ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือองค์การบริหารส่วนตำบลวังนกแอ่นควรจัดตั้งคณะทำงานเตรียมความพร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อร่วมกันศึกษาแนวทางการปฏิบัติงาน ระเบียบ กฎหมาย และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ และติดตามข่าวสารของการถ่ายโอนภารกิจเป็นระยะ ๆ อีกทั้งควรจัดทำโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเชื่อมันในการรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในระยะต่อไป

ปรีดา แต้อารักษ์ (2553) ได้ศึกษา สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ พบว่า หากไม่ถ่ายโอนสถานพยาบาล อปท.อาจฟ้องร้องหรือเร่งรัดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย หรือจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขขึ้นเองโดยไม่รอการถ่ายโอน หรือ อปท.อาจร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารสถานีอนามัยก็ได้ เมื่อพิจารณาหลักการและวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจที่คาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร มีความทั่วถึงและเป็นธรรมในการบริการ มีการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แต่ก็อาจเกิดปัญหาไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scales) เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่าง

เขตพื้นที่ต่าง ๆ มีการแทรกแซงทางการเมือง และอาจขาดความเชื่อมโยงของระบบบริการแต่ละระดับ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การสนับสนุนทางวิชาการ ความก้าวหน้า การโยกย้าย ฯลฯ ซึ่งในการเน้นถึงวัตถุประสงค์ด้านใด ๆ ก็จะมีข้อจำกัดและข้อโต้แย้งเสมอ และไม่ว่าจะดำเนินการรูปแบบใดจะมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดควบคู่กันเสมอ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบมีข้อดีด้านความใกล้ชิดปัญหา ความคล่องตัวในพื้นที่รับผิดชอบ แต่อาจต้องแลกเรื่องประสิทธิภาพการดำเนินการบางด้านที่ต้องการการจัดการร่วมกัน

ปราโมทย์ นวลประสงค์ (2552) ได้ศึกษาทัศนคติต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดการศึกษาให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่จังหวัดระยอง พบว่า ประเด็นที่จะเสนอแนะผู้บริหารองค์การบริหารส่วน ตำบล เพื่อให้มีทัศนคติที่ดีและการดำเนินงาน ถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดการศึกษาให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นได้ผลดีขึ้น คือ 1 ควรมีการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนทั้งด้านผู้ถ่ายโอนและผู้รับโอน โดยเฉพาะบุคลากรและงบประมาณ 2 ควรมีการจูงใจให้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ทางด้านการศึกษาการด้านโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเข้ามามากขึ้น และ 3ควรส่งเสริมให้ บุคลากรเข้าอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ

จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการโอนสถานีอนามัย พบว่า การสื่อสารมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายประโยชน์กระบวนการที่จะดำเนินการข้อพึงระวังและแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการถ่ายโอนปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการถ่ายโอนให้ลุล่วง ได้มี 2 ด้านด้านหนึ่งคือแรงจูงใจเช่นมีงบประมาณในการทำงานมากขึ้นมีอัตราตำแหน่งมากขึ้นหรือมีความก้าวหน้าสูงขึ้นหรือมีสายบังคับบัญชาที่สั้นลงทำให้ปฏิบัติงาน ได้สะดวกยิ่งขึ้นอีกด้านหนึ่งคือคุณสมบัติที่มีอยู่หรือความพร้อมที่บังเกิดขึ้นในระหว่างเตรียมการเช่นมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันอยู่แล้วผู้นำมีภาวะผู้นำสูงมีการประชาสัมพันธ์อย่างดีเยี่ยมมีการระดมการมีส่วนร่วมอย่างได้ผล ประสบการณ์การกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยนำร่องนี้มีข้อคิดเห็นข้อเสนอว่าการทำความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวข้างต้นต้องเกิดในทุกระดับตั้งแต่นโยบายส่วนกลางจนถึงระดับท้องถิ่นการถ่ายโอนไม่ควรดำเนินการแบบเร่งรัดเกินไปควรสื่อสารกันตลอดเวลาและร่วมหาทางของที่ดีที่สุด

กาสัก ต๊ะขันหมาก และคณะ (2551) ได้ศึกษาการสรุปบทเรียนและติดตามผลการพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา : การถ่ายโอนสถานีอนามัยเขาสามยอด ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของ สอ.มีการทำเวทีประชาคมชี้แจงการปรับปรุงปรับภูมิทัศน์ ปลูกไม้ดอกไม้ประดับรอบอาคาร และด้านการบริการเดิมก็ดีอยู่แล้ว เพียงแต่อยากจะเพิ่มการบริการให้ดีกว่าเดิม การสนับสนุนด้านงบประมาณ บริหารจัดการได้สะดวกขึ้น รับงานมาแล้วไม่ต้องกังวลว่าจะมีงบประมาณหรือไม่ ประสบการณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นคนทำงานอึดอัดใจลำบากต้องการอะไรก็เสนอมา สนับสนุนได้เต็มที่ ความก้าวหน้าของบุคลากรมีแนวโน้มในทิศทางที่ดีกว่าเดิม ใช้กฎเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งสามารถปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ ไม่เสียสิทธิอะไร ด้านความก้าวหน้า ด้านแผนงาน ทำให้ประชาชนอยู่ดีกินดี เป็นปัจจัยสำคัญ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้รายละ 500 บาทต่อเดือน บทเรียนหลังการถ่ายโอน สิ่งที่ทุกฝ่ายคาดหวังจากการถ่ายโอนสถานีอนามัยโดยมองเป้าหมาย

เดียวกันคือมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน คือ “ความอยู่ดีมีความสุข” บนพื้นฐานการพึ่งตนเองของชุมชนเป็นสำคัญ

ปพงค์มนัส อินทะจักร์ (2551) ได้ศึกษาการสรุปบทเรียนและติดตามผลการพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์การบริหารส่วนตำบล กรณีศึกษา: สถานีอนามัยบ่อทอง องค์การบริหารส่วนตำบลวังแขม อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความตั้งใจจริงในการที่จะรับภารกิจงานด้านสาธารณสุขไปดูแล โดยมีการเตรียมพร้อมศึกษาข้อมูลและเตรียมการรองรับ ทั้งในส่วนของโครงสร้าง งบประมาณ และแผนการดำเนินงาน จุดด้อยของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เห็นว่ามีความไม่ชัดเจนในช่วงแรก โดยเฉพาะการสื่อสารการประสานงานระหว่างส่วนกลางลงมา ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีความลังเลไม่กล้าที่จะถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่น ควรมีการศึกษาและทำความเข้าใจให้ตรงกันทั้งในระดับกระทรวงและในหน่วยงานระดับพื้นที่ และในระดับบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุภารกิจงานของการกระจายอำนาจ

วนิดา ผลากุล (2544) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านช้าง อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านช้างมีความพร้อมในด้านนโยบาย และแผนพัฒนาขององค์การบริหารส่วนตำบลด้านสุขภาพ การจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้านบุคลากรไม่มีการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ด้านงบประมาณองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านช้างมีความพร้อมทางด้านงบประมาณ ส่วนการประชาสัมพันธ์ยังไม่มีการดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ ข้อเสนอแนะ องค์การบริหารส่วนตำบลต้องสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการ จัดบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ต้องศึกษาปัญหาอุปสรรค จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่รับถ่ายโอนแล้วเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมการรับ ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในอนาคต ตลอดจนต้องทำความเข้าใจกับกองทุนหลักประกัน สุขภาพที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านช้างมีอยู่ เพื่อจะได้ดำเนินการสนองตอบต่อนโยบาย หลักประกันสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Naser Derakhshani et al. (2020) ได้ศึกษาอุปสรรคในกระบวนการและตัวขับเคลื่อนสู่ความครอบคลุมด้านสุขภาพสากลภายในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ศึกษาหัวข้อทั้งหมด 416 หัวข้อ (รวมถึงตัวบ่งชี้และปัจจัยกำหนด) ถูกดึงมาจากบทความและเอกสารที่มีสิทธิ์ 166 รายการ ตามแนวคิดที่ใกล้เคียงกัน จำนวนปัจจัยลดลงเหลือ 119 ปัจจัยเหล่านี้ถูกจัดกลุ่มเป็นแปดโดเมน: โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมและความยั่งยืนทางสังคม, โครงสร้างพื้นฐานทางการเงินและเศรษฐกิจ, สถานะสุขภาพของประชากร, การให้บริการ, ความครอบคลุม, การดูแล/ธรรมาภิบาล และการเคลื่อนไหวทั่วโลก เครื่องมือประเมินขั้นสุดท้ายประกอบด้วย 20 หมวดหมู่ย่อยที่ระบุและ 88 ตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยที่ระบุความคืบหน้าต่อ UHC มีความสัมพันธ์กัน เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถปรับและใช้งานได้ทั้งหมดหรือบางส่วนในประเทศใดก็ได้ ขอแนะนำให้ใช้เครื่องมือเป็นระยะเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่อาจขัดขวางหรือก้าวหน้าไปสู่ UHC

Berwich and Shore (2019) ได้ศึกษาคุณภาพการบริการ ในการดูแลสุขภาพ และการกำกับประเมินผลในโรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการที่มีคุณภาพจะต้องประกอบด้วย พฤติกรรมการให้บริการ ความสามารถในด้านใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพ การมีภาวะผู้นำ ระบบบริการ เทคนิคของผู้ให้บริการ ซึ่งพื้นฐาน การให้บริการที่มีคุณภาพ จะเริ่มตั้งแต่กิจกรรมการให้บริการที่พบได้ในการดูแลสุขภาพที่มีการปรับปรุงผลลัพธ์ในการบริการที่เป็นไปตามความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการสามารถลดต้ทุนในการให้บริการและมีประโยชน์

Rebekah Pratt et al. (2018) ได้ศึกษาอุปสรรคในการทำงานร่วมกันระหว่างบริการปฐมภูมิและสาธารณสุข: ประสบการณ์ในระดับท้องถิ่น พบว่า ผู้เข้าร่วมบริการปฐมภูมิและสาธารณสุขระบุอุปสรรคที่คล้ายคลึงกันในการทำงานร่วมกัน อุปสรรคในระดับสถาบันรวมถึงความท้าทายของสภาพแวดล้อมการดูแลเบื้องต้น ซึ่งผู้ให้บริการรู้สึกหนักใจและทรัพยากรตึงตัว ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงระบบ ขาดความเป็นหุ้นส่วน และความท้าทายทางภูมิศาสตร์ อุปสรรคในการทำงานร่วมกัน ได้แก่ การตระหนักรู้ซึ่งกันและกัน การสื่อสาร การแบ่งปันข้อมูล ความสามารถ การขาดทรัพยากร และการจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากร ซึ่งอุปสรรคบางประการในการทำงานร่วมกัน (เช่น การเปลี่ยนแปลงการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล ความต้องการเวลาของผู้ให้บริการ) จำเป็นต้องเปลี่ยนระบบเพื่อก้าวข้าม ในขณะที่อุปสรรคอื่น ๆ (เช่น การขาดลำดับความสำคัญร่วมกันและความตระหนักรู้ซึ่งกันและกัน) สามารถจัดการได้ผ่านแนวทางการศึกษาโดยไม่ต้องเพิ่มทรัพยากรหรือทำการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ การเอาชนะอุปสรรคทั่วไปเหล่านี้อาจนำไปสู่การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Kane, Miyawaki and Finch (2015) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของการดูแลรักษา ซึ่งในการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วยมิติความพึงพอใจด้านคุณภาพการดูแลรักษาคุณภาพการบริการ ของโรงพยาบาลและเวลาให้การดูแลรักษาของแพทย์โดยสอบถามผู้รับบริการ จานวน 2,116 คน ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีระดับสูงแต่ในการให้บริการดูแลรักษาต้องปรับปรุงให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

Mehdi Zanganeh Baygi, et al. (2015) ได้ศึกษามิติโครงสร้างและบริบทของระบบสาธารณสุขมูลฐานของอิหร่านในระดับท้องถิ่น พบว่า ระบบสาธารณสุขมูลฐานในท้องถิ่นในอิหร่านมีโครงสร้างทางกล แต่ในมิติบริบท ผลลัพธ์แสดงให้เห็นประเภทต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างมิติโครงสร้างและบริบท ($r = 0.642$, ค่า $P < 0.001$) มิติเป้าหมายและวัฒนธรรมมีผลกระทบมากที่สุดต่อมิติโครงสร้าง สรุป: เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในเป้าหมายและกลยุทธ์ของระบบสุขภาพของอิหร่านในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ขอแนะนำอย่างเร่งด่วนให้ปฏิรูปโครงสร้างปัจจุบันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบ

Vahid Yazdi-Feyzabadi et al. (2015) ได้ศึกษา ระบบข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น: ความท้าทายและอุปสรรคจากมุมมองของผู้ให้บริการในท้องถิ่นเกี่ยวกับพื้นที่ในอิหร่าน พบว่า ความท้าทายขององค์กรที่ระบุถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม: โครงสร้าง HIS และแบบจำลองปัจจุบันของ PHC ในเขตเมือง นอกจากนี้ ความท้าทายเชิงโครงสร้างยังจำแนกเป็นโครงสร้างการจัดการ HIS (ทรัพยากรระบบข้อมูล รวมถึงมนุษย์ วัสดุสิ้นเปลือง และกฎขององค์กร)

และกระบวนการข้อมูล ซึ่ง HIS ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อมีความสอดคล้องและความสมบูรณ์ระหว่างแง่มุมของมนุษย์ วัสดุสิ้นเปลือง และกระบวนการ ดังนั้น การแทรกแซงที่หลากหลายรวมถึงการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ การขจัดอุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐาน การแต่งตั้งพนักงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และการลงทุนเพิ่มเติมเพื่อให้บริการในเขตเมืองจึงเป็นข้อกำหนดพื้นฐานที่สุดของ HIS คุณภาพสูงใน PHC

Phudit Tejativaddhana et al. (2013) ได้ศึกษาความท้าทายและอุปสรรคในการส่งมอบบริการสาธารณสุขมูลฐานระดับอำเภอ: การศึกษาในจังหวัดเดียวของไทย พบว่า ความยั่งยืนของการให้บริการ PHC ภายใต้การบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชนเป็นปัญหา เนื่องจากมีอุปสรรคในระดับนโยบายและการปฏิบัติงาน และการเข้าถึง PHC สำหรับพลเมืองทุกคนอาจไม่สามารถทำได้จนกว่าจะมีการจัดการอุปสรรคเหล่านี้ นอกจากนี้ แม้ว่า PHC จะต้องได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในอุตสาหกรรมสุขภาพและรัฐบาล แต่บทบาทและความรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการบริการสุขภาพในระดับอำเภอจำเป็นต้องได้รับการชี้แจง

Zipkin et al. (2012) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทที่ประเทศอิสราเอล (Israel) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในพื้นที่ จำนวน 110 คน ในหมู่บ้านเกษตรกรรม 2 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุขถ้าแพทย์ใช้เวลาตรวจรักษาและพูดคุยกับผู้ป่วยเวลานาน ๆ

Convimsky (2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับและประเมินผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 445 คน โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในระดับสูง และการกำกับและประเมินผลมีความสัมพันธ์กับความพึงใจในการบริการของเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลที่ได้นำไปสู่การปรับปรุงนโยบายและแผนคุณภาพการดูแลที่ต้องพิจารณาถึงความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม สรุปได้ว่า การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐในระบบประชาธิปไตย สำหรับประเทศไทยมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบเด่นชัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา โดยใช้แผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีแผนดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้อปท. ซึ่งจากจำนวนที่ถ่ายโอนไปแล้วนั้น บางแห่งก็ประสบความสำเร็จ สามารถดำเนินงานต่อไปได้ แต่บางแห่งก็พบปัญหาในการดำเนินงานมากมาย เช่น ความไม่ชัดเจนในนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างพื้นที่ รวมถึงการส่งต่อและการส่งกลับ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน ดังนั้น เพื่อให้กระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของรัฐธรรมนูญนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขหรือกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ ต้องหันหน้าเข้าหากัน ร่วมมือ

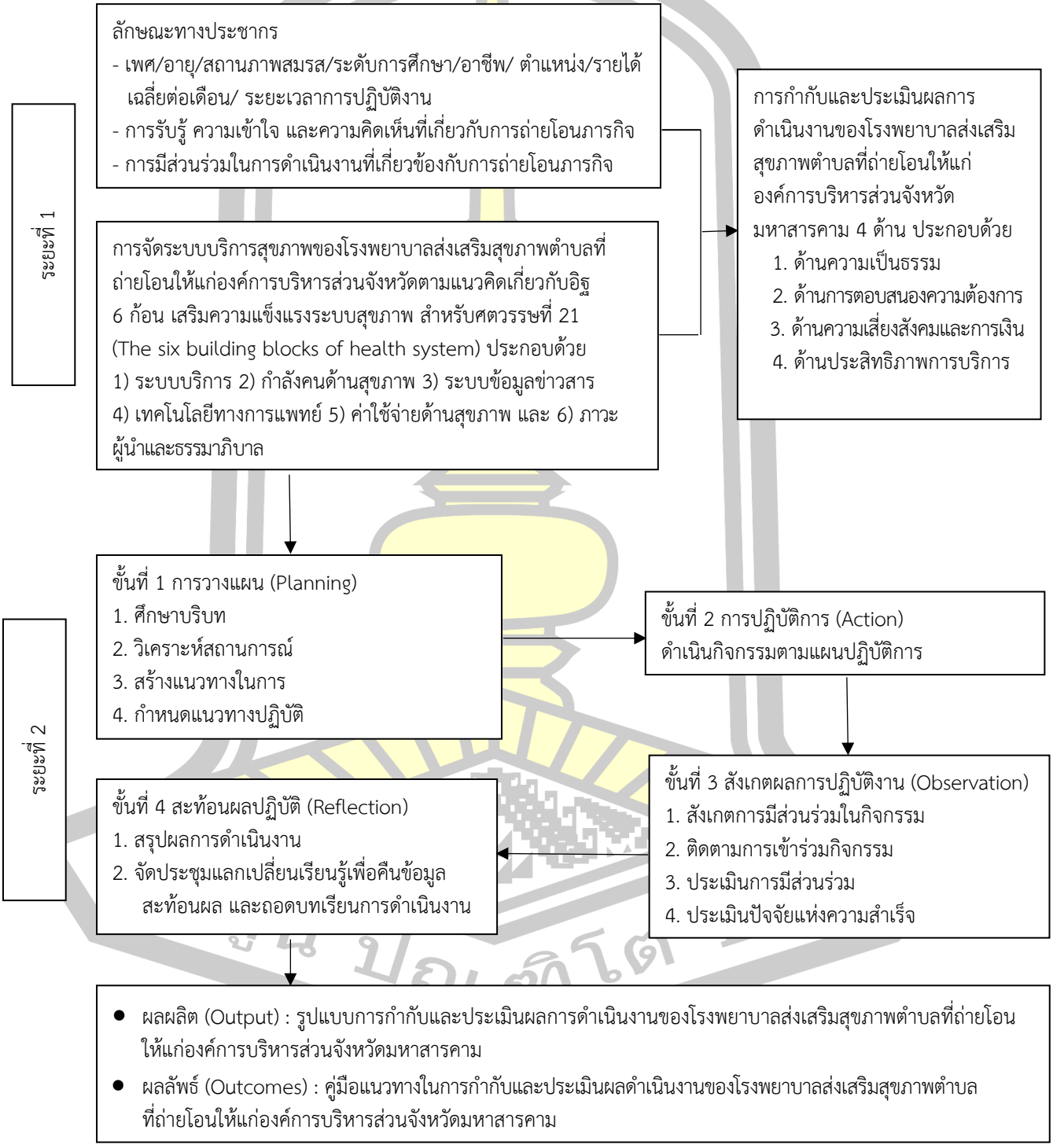
และหาทางออกที่ดีร่วมกันต่อไป ซึ่งข้อดีของการถ่ายโอนคือ สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ลดภาระของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลกำลังคน ท้องถิ่นสามารถบูรณาการงานด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ประชาชนจะได้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น บุคลากรมีโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพมากยิ่งขึ้น ส่วนข้อเสียคือ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพจะขาดความเชื่อมโยงกันในภาพรวม และความไม่แน่นอนในทางการเมืองอาจส่งผลต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความเชื่อมโยงกันในการทำหน้าที่ของส่วนราชการกับท้องถิ่น หลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่วนราชการทั้งหลายยังต้องมีหน้าที่กำกับดูแล ช่วยเหลือทางด้านเทคนิควิชาการ ซึ่งเปรียบเสมือนการทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่น แต่ปรากฏว่า ไม่มีกลไก/วิธีคิดในการร่วมมือกันทำงานในลักษณะที่ชัดเจน ท้องถิ่นต้องช่วยตัวเอง ผลเสียจึงเกิดแก่ประชาชน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้มีการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถจัดบริการสุขภาพได้ตรงกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่อไป และการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จะเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานกำกับและประเมินการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม



บทที่ 3
วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 พื้นที่ในการวิจัย
3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988: 11-15) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

3.2 พื้นที่ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 128 แห่ง

3.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research; MMR) แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988: 11-15) เพื่อศึกษาการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 128 แห่ง ดังนี้

ประชากรสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

- บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 คน ทั้งหมด 128 แห่ง รวมเป็นประชากรทั้งสิ้น 128 คน

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 คน (ประกอบด้วยผู้บริหาร นักวิชาการ พยาบาล และเจ้าพนักงานสาธารณสุข)
2. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 3 คน (ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข)
3. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 3 คน (ประกอบด้วยผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง)
4. ผู้บริหารที่ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 2 คน (ประกอบด้วยนายกหรือรองนายก และปลัด อบจ.)
5. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 3 คน (ประกอบด้วยผู้อำนวยการกอง นักวิชาการ และพยาบาล)
6. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชกรรม โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จำนวน 3 คน (ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายเวชกรรม นักวิชาการ และพยาบาล)
7. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 2 คน

8. สมัชชาสุขภาพจังหวัด และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 คน

9. ประชาชนที่ได้รับเคยการดูแลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 คน

10. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จำนวน 2 คน

11. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 2 คน

- รวมเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 30 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรจาก กสพ./ พชอ./ อบจ./ สสอ./ สสจ./ รพช./ สอน. และ รพ.สต. ที่มีความประสงค์จะถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2. เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อสม. หมอประจำบ้าน

3. เป็นประชาชนที่ได้รับเคยการดูแลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

กำหนดเกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

2. ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม

3. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2566 ถึง มกราคม 2567 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research)

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาและสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาค้นหว้า

2) สร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือเพื่อการวิจัย

4) ประสานผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย

5) วิเคราะห์บริบทและคุณลักษณะทั่วไปของจังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปฏิบัติการ

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนการพัฒนาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

3) กำหนดแผนการดำเนินงานการพัฒนาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

- การดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

1) จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

2) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมจาการสัมภาษณ์กลุ่มย่อย

2.4 ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

- จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการพัฒนา และถอดบทเรียนเพื่อหารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสนทนากลุ่ม

3.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

3.5.2.1 แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง ไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว ซึ่งข้อคำถามจะมีข้อความที่แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แสดงความเห็นคล้อยตาม (Favorable statement) โดยหลักการให้คะแนนจะยึดข้อความเป็นหลัก ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ
3 คะแนน	เป็นประจำ
2 คะแนน	เป็นบางครั้ง
1 คะแนน	ไม่เคย

การแปลผล พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997) คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการดำเนินการ
2.34 – 3.00	ระดับมาก
1.67 – 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) 2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) 3. ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) 4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง ไม่เคย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว ซึ่งข้อคำถามจะมีข้อความที่แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แสดงความเห็นคล้อยตาม (Favorable Statement) โดยหลักการให้คะแนนจะยึดข้อความเป็นหลัก ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ
3 คะแนน	เป็นประจำ
2 คะแนน	เป็นบางครั้ง
1 คะแนน	ไม่เคย

การแปลผล พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997) คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการดำเนินการ
2.34 – 3.00	ระดับมาก
1.67 – 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีผลต่อการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ด้านที่ 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงาน ด้านที่ 3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และด้านที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ ซึ่งข้อคำถามจะมีข้อความที่แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แสดงความเห็นคล้อยตาม (Favorable statement) โดยหลักการให้คะแนนจะยึดข้อความเป็นหลัก ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ
3 คะแนน	มาก
2 คะแนน	ปานกลาง
1 คะแนน	น้อย

การแปลผล พิจารณาคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997) คิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/ จำนวนชั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการดำเนินการ
2.34 – 3.00	ระดับมาก
1.67 – 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ระดับน้อย

3.5.2.2 แบบสังเกตการณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3.5.3 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.3.1 ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.5.3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการศึกษา เพื่อให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์

3.5.3.3 กำหนดข้อคำถาม

3.5.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 5 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา การครอบคลุมเนื้อหา และความชัดเจนของการใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ถ้าข้อคำถามวัดได้ตรงจุดประสงค์	ได้	+1	คะแนน
ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดตรงจุดประสงค์หรือไม่	ได้	0	คะแนน
ถ้าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงจุดประสงค์	ได้	-1	คะแนน

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ประเมินมากรอกลงในแบบวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์เพื่อหาค่าเฉลี่ย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อใช้สูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence)

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม มีดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 – 1.00 คัดเลือกไว้ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์มีความเหมาะสมสู่การนำไปใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คน

1) นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

2) นายประเสริฐ ไหลหาโคตร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

3) ดร.ศิริลักษณ์ ยะสูงเนิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

4) นายธนกร จันทาคืมบง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

5) ดร.ชยพล ยะวร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

3.5.3.5 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาคือ ผู้เกี่ยวข้องการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของบุคลากรที่คล้ายคลึงกัน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของแบบสอบถามด้านการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่ากับ 0.981 ด้านแบบสอบถามการประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ 0.982 และด้านการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ 0.949

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.6.1 ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

3.6.2 ผู้วิจัย ชี้แจงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อทำความเข้าใจถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการศึกษาวิจัย

3.6.3 ประชุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงแนวทาง และวิธีการดำเนินงาน

3.6.4 ผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการมีส่วนร่วม

3.6.5 เก็บรวมรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ บันทึกการประชุมการสนทนากลุ่ม

3.6.6 ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับแผนการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

3.6.7 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผล และคืนข้อมูล

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร การจัดระบบบริการสุขภาพของส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) และการกำกับและประเมินผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

1.2 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับละประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรด้วย Multiple Linear Regression

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการดำเนินงานดังนี้

2.1 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้หลังจากได้แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว จึงได้สร้างแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง หลังจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวมรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา หลักจากทำการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งผู้ศึกษาจะทำการจดบันทึก และตรวจสอบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบข้อมูล ดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากภคสนาม และข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเวลา สถานที่ บุคคล และเนื้อหาที่แตกต่างกัน ว่าถ้าหากเวลาต่างกันข้อมูลที่ได้จะเหมือนกันหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ต่างสถานที่กันเหมือนกันหรือไม่ และหากบุคคลเปลี่ยนไปข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ หากได้ข้อมูลเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการและข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อรวมรวบข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาจะใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่กับการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย หากข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ผู้ศึกษาจะเข้าไปทำการเก็บข้อมูลอีกครั้ง และหากข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแล้วปรากฏ

ว่าเป็นข้อมูลที่เหมือนกันก็น่าเชื่อถือว่า เป็นข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลักษณะการเขียนรายงานการวิจัยเชิงพรรณนา

2.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ จะเป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) ซึ่งได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึก

2) การวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุป ด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจาการสัมภาษณ์

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้ที่รับผิดชอบงานการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จะต้องเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมการวิจัย และจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้ร่วมวิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายที่นำมาศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษาและผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใด ๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ มีการเคารพในสิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนถ้าผู้ร่วมวิจัยยินดีให้ทำการศึกษาและร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ถือข้อมูลที่ได้มาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นความลับและไม่นำไปเปิดเผย และในการที่จะถ่ายภาพและบันทึกเทปผู้วิจัยจะขออนุญาตก่อนโดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับอนุมัติใบรับรองเลขที่ 066-443/2566 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธุ์ 2566 และมุ่งสร้างสัมพันธภาพให้เท่าเทียมกันดังนี้

3.8.1 ต้องพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุกรายโดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ การตอบรับหรือปฏิเสธการผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.8.2 รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมประชุม วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.8.3 ต้องเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวการปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.8.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

3.8.5 อาสาสมัครวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.8.6 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยรวบรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

4.2 ผลการศึกษากระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

4.3 ผลการศึกษาผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

4.4 ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

4.1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

จากข้อมูลแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ส่วนที่ 3 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และส่วนที่ 4 ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

1) ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.1 มีอายุเฉลี่ย 33.71 ปี (S.D.=5.49) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.6 อาชีพ รับราชการ ร้อยละ 68.0 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 80.5 เป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน ร้อยละ 87.5 และส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารของการถ่ายโอน ร้อยละ 87.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากร (N= 128)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
สอน./ รพ.สต. ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	
ถ่ายโอน	128 (100)
บุคลากรถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	
ถ่ายโอน	128 (100)
เพศ	
ชาย	28 (21.9)
หญิง	100 (78.1)
อายุ (ปี)	
23-33	68 (53.1)
34-44	54 (42.2)
ตั้งแต่ 45	6 (4.7)
(Mean = 33.71, S.D. = 5.49, Min = 23, Max = 52)	
อายุราชการ (ปี)	
1-10	9 (7.0)
11-21	99 (77.3)
ตั้งแต่ 22	20 (15.6)
(Mean = 6.95, S.D. = 6.50, Min = 1, Max = 29)	
สถานภาพสมรส	
โสด	60 (46.9)
สมรส	66 (51.6)
หย่าร้าง	2 (1.6)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1 (0.8)
ปริญญาตรี	87 (68.0)
ปริญญาโท	40 (31.2)
อาชีพ	
ข้าราชการ	114 (89.1)
พนักงานราชการ	8 (6.3)
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1 (0.8)
ลูกจ้างชั่วคราว	5 (3.9)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากร (N= 128) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 15,000	9 (7.0)
15,000-29,999	99 (77.3)
ตั้งแต่ 30,000	20 (15.6)
(Median = 22,000, S.D. = 8,738.52, Min = 13,000, Max = 60,000)	
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)	
1-10	88 (68.8)
11-21	32 (25.0)
22 ขึ้นไป	8 (6.2)
(Mean = 8.79, S.D. = 6.2, Min = 1, Max = 29)	
ตำแหน่ง	
ผู้อำนวยการ สอน./ รพ.สต.	6 (4.7)
นักวิชาการสาธารณสุข	103 (80.5)
พยาบาลวิชาชีพ	7 (5.5)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	3 (2.3)
นักวิชาการ/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	8 (6.3)
แพทย์แผนไทย	1 (0.8)
ลักษณะของตำแหน่งงานในปัจจุบัน	
ผู้บริหาร	7 (5.5)
หัวหน้างาน	9 (7.0)
เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน	112 (87.5)
ประสบการณ์การฝึกอบรมหรือการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ หรือการถ่ายโอน	
เคยอบรม	77 (60.2)
ไม่เคยอบรม	51 (39.8)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละลักษณะทางประชากร (N= 128) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่	
เป็นคณะกรรมกรรมการหรือคณะอนุกรรมการจังหวัดมหาสารคาม	3 (2.3)
เป็นคณะกรรมกรรมการหรือคณะอนุกรรมการ ระดับสสจ./สสอ.	22 (17.2)
ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้เป็นผู้ทำงานหน้าที่แทน	23 (18.0)
ไม่ได้เป็นคณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการ หรือได้รับมอบหมาย	80 (62.5)
การรับข้อมูลข่าวสารของการถ่ายโอน	
ไม่เคย	112 (87.5)
เคย จากแหล่งข้อมูล	16 (12.5)
หนังสือราชการ	33 (25.8)
สื่อสังคมออนไลน์	50 (39.1)
คนใกล้ชิด	43 (33.6)
คนในครอบครัว	2 (1.6)

2) การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The six building blocks of health system พบว่า ด้านระบบบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S.D.=0.17) ด้านกำลังคน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 (S.D.=0.27) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 (S.D.=0.18) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (S.D.=0.22) ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 (S.D.=0.23) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (S.D.=0.34) และภาพรวมการจัดระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (S.D.=0.17) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ระบบบริการ (Service delivery)						
1) ด้านการจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว				**2.90**	**0.17**	**มาก**
1. เน้นความรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ	0 (0.0)	1 (0.8)	127 (99.2)	2.99	0.08	มาก
2. จัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค	0 (0.0)	6 (4.7)	122 (95.3)	2.95	0.21	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ระบบบริการ (Service delivery) (ต่อ)						
1) ด้านการจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว (ต่อ)						
3. เน้นความรับผิดชอบด้านการป้องกันโรค	0 (0.0)	1 (0.8)	127 (99.2)	2.99	0.09	มาก
4. จัดบริการในชุมชน (การบริการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพคัดกรองโรค การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานอาชีวอนามัย)	0 (0.0)	2 (1.6)	126 (98.4)	2.98	0.12	มาก
5. จัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้บริการครอบคลุมเชิงรับ	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.8)	2.90	0.30	มาก
6. เน้นความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก
7. จัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้บริการครอบคลุมเชิงรุก	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
8. จัดบริการเป็นคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ครบวงจร	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ระบบบริการ (Service delivery) (ต่อ)						
2) ด้านสุขภาพจิต และจิตสังคม						
9. ให้การดูแลทางสังคมและจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน/วัยสูงอายุ	0 (0.0)	8 (6.3)	93 (93.8)	2.94	0.24	มาก
10. จัดให้ความรู้ คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
11. มีการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิต (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติและกลุ่มเสี่ยง พัฒนาโรงเรียนพ่อแม่ หรือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน)	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.26	มาก
12. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต เป็นระยะ	0 (0.0)	12 (9.4)	116 (90.6)	2.91	0.29	มาก
13. มีการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชและมีแนวทางจัดการเบื้องต้น	0 (0.0)	19 (14.8)	109 (85.2)	2.85	0.36	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ระบบบริการ (Service delivery) (ต่อ)						
3) ด้านการส่งต่อและการติดตาม						
14. มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและมีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
15. มีระบบรับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ รพศ./รพท./รพช./ศสม./รพ.สต.	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
4) ด้านการบริการกายภาพบำบัด						
16. จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมบำบัด แนะนำการจัดการตารางกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจจัยทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล	0 (0.0)	9 (7.0)	119 (93.0)	2.93	0.26	มาก
17. มีการส่งเสริม และป้องกัน ให้การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะผิดปกติในการเคลื่อนไหว	0 (0.0)	24 (18.8)	104 (81.3)	2.88	0.32	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ระบบบริการ (Service delivery) (ต่อ)						
4) ด้านการบริการกายภาพบำบัด						
18. มีการฟื้นฟูสมรรถภาพให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ	0 (0.0	20 (15.6)	108 (84.4)	2.84	0.36	มาก
19. มีการรักษาพยาบาลด้านการบำบัดรักษาความบกพร่อง ความผิดปกติ ความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหว	0 (0.0)	15 (11.7)	113 (88.3)	2.81	0.39	มาก
20. มีการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเฉพาะทาง	0 (0.0)	23 (18.0)	105 (82.0)	2.82	0.38	มาก
5) ด้านการบริการแพทย์แผนไทย						
21. มีการติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่กลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งญาติที่ดูแล ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้านการบริการแพทย์แผนไทย	0 (0.0)	14 (10.9)	114 (89.1)	2.89	0.31	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ระบบบริการ (Service delivery) (ต่อ)						
6) ด้านการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย						
22. มีการจัดการสุขลักษณะของอาคาร ไม่ให้มีสภาพรกรุงรังจนอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นเหตุให้เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ให้โทษ	0 (0.0)	8 (6.3)	120 (93.8)	2.94	0.24	มาก
23. มีการวางระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.9)	2.90	0.30	มาก
24. มีการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ ป้องกันอันตรายจากเชื้อโรคที่เกิดจากสัตว์	0 (0.0)	24 (18.8)	104 (81.3)	2.81	0.39	มาก
25. มีการควบคุมและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ	0 (0.0)	8 (6.3)	120 (93.8)	2.94	0.24	มาก

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)				**2.85**	**0.27**	**มาก**
26. มีกิจกรรมเพื่อสร้างความผูกพันและความพึงพอใจเพื่อการคงอยู่ของบุคลากรและสร้างความร่วมมือของบุคลากร	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก
27. มีการบริหารงานบุคคลในการสืบทอดตำแหน่งในการก้าวหน้าทางอาชีพ	0 (0.0)	30 (23.4)	98 (76.6)	2.87	0.34	มาก
28. มีกรอบอัตรากำลังของแต่ละกลุ่มงานภายในสอน.และ รพ.สต.เป็นไปตามขนาดของสอน. และ รพ.สต.	0 (0.0)	17 (13.3)	111 (86.7)	2.77	0.43	มาก
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health information system)				**2.94**	**0.18**	**มาก**
29. ใช้โปรแกรมประมวลผลเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูล เช่น JHCIS, HOSxP PCU, My PCU	0 (0.0)	4 (3.1)	124 (96.9)	2.97	0.18	มาก
30. ใช้ระบบสารสนเทศในการติดตามและประเมินผลจัดการเวชระเบียนกระบวนการ รักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to essential medicines)				**2.90**	**0.22**	**มาก**
31. มีการใช้ยาอย่างปลอดภัย และมีความสมเหตุผล ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องวิธีการใช้ยา ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่เกิดจากยา	0 (0.0)	3 (2.3)	125 (97.7)	2.98	0.15	มาก
32. มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์และหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ใช้ยา	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
33. มีการทำงานร่วมกับเภสัชกรในการจัดยาและส่งมอบยา	0 (0.0)	7 (5.5)	212 (94.5)	2.95	0.23	มาก
34. มีการตรวจสอบรายการยาที่เบิก ขนาด จำนวน lot exp.date	0 (0.0)	6 (4.7)	122 (95.3)	2.95	0.21	มาก
35. มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา	0 (0.0)	12 (9.4)	116 (90.6)	2.91	0.29	มาก

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to essential medicines) (ต่อ)						
36. มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาและผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง	0 (0.0)	14 (10.9)	114 (89.1)	2.89	0.31	มาก
37. มีการจัดทำสรุปมูลค่าการเบิกจ่ายยาและวัสดุการแพทย์ของ ศสช และ รพ.สต. รายงวดและรายปี	0 (0.0)	20 (15.6)	108 (84.4)	2.84	0.37	มาก
38. มีแนวทางการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามแผนการเบิก	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.8)	2.90	0.30	มาก
39. มีการจัดทำแผนการจัดซื้อยารายปีทุกปีร่วมกับ รพ. โดยผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์	0 (0.0)	19 (14.8)	109 (85.2)	2.85	0.36	มาก
40. มีระบบการรายงาน กรณีที่มีการสูญหายหรือมีความผิดปกติของการใช้ยากลุ่มนี้	0 (0.0)	20 (15.6)	108 (84.4)	2.84	0.37	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health financing)				**2.92**	**0.23**	**มาก**
41. ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0 (0.0)	5 (3.9)	123 (96.1)	2.96	0.19	มาก
42. ได้รับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง	0 (0.0)	15 (11.7)	113 (88.3)	2.88	0.32	มาก
43. ได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.8)	2.90	0.30	มาก
44. ได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น	0 (0.0)	43 (33.6)	85 (66.4)	2.94	0.24	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership governance)				**2.74**	**0.34**	**มาก**
45. มีการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และที่เกี่ยวข้อง	0 (0.0)	12 (9.4)	116 (90.6)	2.91	0.29	มาก
46. มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) กำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	0 (0.0)	33 (25.8)	95 (74.2)	2.74	0.44	มาก
47. มีการกำหนดขั้นตอน/แนวทางการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	0 (0.0)	43 (33.6)	85 (66.4)	2.66	0.47	มาก

ตารางที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128) (ต่อ)

การจัดบริการ	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership governance) (ต่อ)						
48. มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจระหว่าง อบจ. และ สสจ. ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัด รพ.สต.	0 (0.0)	29 (22.7)	99 (77.3)	2.77	0.42	มาก
49. มีคู่มือการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	0 (0.0)	38 (29.7)	90 (70.3)	2.70	0.46	มาก
50. มีการสรุปผลและรายงานผลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	0 (0.0)	45 (35.2)	83 (64.8)	2.65	0.48	มาก
ภาพรวม				**2.90**	**0.17**	**มาก**

พุทธปัญญาปณิโต ชีเว

ระดับการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The six building blocks of health system พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.4 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการจัดระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128)

	ระดับการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	**จำนวน (ร้อยละ)**
มาก	(คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00)	126 (98.4)
ปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33)	2 (1.6)
น้อย	(คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)	0 (0.0)
	(Mean = 2.98 , S.D. = 0.12, Min = 2, Max = 3)	

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The six building blocks of health system

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The six building blocks of health system พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส (*p*-value <0.001) ตำแหน่ง (*p*-value=0.019) การเป็นคณะกรรมการ (*p*-value=0.023) แหล่งข้อมูลข่าวสาร (*p*-value=0.024) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (N= 128)

	การจัดระบบบริการสุขภาพ	
	χ^2	*p*-value
เพศ	1.635	0.442
สถานภาพสมรส	18.227	<0.001*
การศึกษา	2.581	0.275
อาชีพ	5.034	0.081
ตำแหน่ง	7.905	0.019*
ลักษณะงาน	4.644	0.098
ประสบการณ์การฝึกอบรม	5.293	0.071
การเป็นคณะกรรมการ	7.529	0.023*
การรับข้อมูลข่าวสาร	0.060	0.970
แหล่งข้อมูลข่าวสาร	7.478	0.024*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ด้านความเป็นธรรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 (S.D.=0.24) ด้านการตอบสนองความต้องการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S.D.=0.23) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 (S.D.=0.25) ด้านประสิทธิภาพการให้บริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (S.D.=0.23) และการประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S.D.=0.24) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)				**2.89**	**0.24**	**มาก**
1. มีการจัดระบบการกำกับติดตามงานทุกงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค)	0 (0.0)	6 (4.7)	122 (95.3)	2.95	0.21	มาก
2. มีการกำหนดแผนการกำกับติดตามทุกงานไว้เป็นระยะอย่างชัดเจน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)	0 (0.0)	8 (6.3)	120 (93.8)	2.94	0.24	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)						
3. มีการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัดการกำกับติดตามงานทุกงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก
4. มีแนวทางการกำกับแลประเมินผลการดำเนินงานทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (88.3)	2.91	0.28	มาก
5. มีการนำข้อเสนอแนะ/ ข้อร้องเรียนพัฒนาการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น	0 (0.0)	21 (16.4)	107 (83.6)	2.84	0.37	มาก
6. เปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)	0 (0.0)	15 (11.7)	113 (88.3)	2.88	0.32	มาก
7. มีการถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.8)	2.90	0.30	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) (ต่อ)						
8. มีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และมีการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	0 (0.0)	22 (17.2)	106 (82.8)	2.83	0.37	มาก
9. มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย มาตรฐานและตัวชี้วัดในการกำกับติดตามงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค)	0 (0.0)	17 (13.3)	111 (86.7)	2.87	0.34	มาก
10. มีการกำหนดและการถ่ายทอดทิศทางการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีม	0 (0.0)	15 (11.7)	113 (88.3)	2.88	0.32	มาก
2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)				**2.91**	**0.23**	**มาก**
11. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน	0 (0.0)	6 (4.7)	122 (95.3)	2.95	0.21	มาก
12. มีขั้นตอน/แนวทาง การจัดส่งข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ	0 (0.0)	7 (5.5)	121 (94.5)	2.95	0.23	มาก
13. มีการวิเคราะห์และจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	18 (14.1)	110 (85.9)	2.86	0.35	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) (ต่อ)						
14. มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (ตามปัญหาสำคัญของพื้นที่) เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.95	0.21	มาก
15. มีการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน/ ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	9 (7.0)	119 (93.0)	2.93	0.25	มาก
16. มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาชุมชนและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมคิด/วางแผนเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	7 (5.5)	121 (94.5)	2.95	0.23	มาก
17. มีการจัดทำแผนงานเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม	0 (0.0)	7 (5.5)	121 (94.5)	2.95	0.23	มาก
18. มีการวิเคราะห์ผลการกำกับติดตามด้านการบริหารงานวิชาการเพื่อนำมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้งานนั้น ๆ มีความสมบูรณ์มากขึ้น	0 (0.0)	15 (11.7)	113 (88.3)	2.88	0.32	มาก
19. มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	18 (14.1)	110 (85.9)	2.86	0.35	มาก
20. มีการจัดระบบเครือข่ายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการ	0 (0.0)	21 (16.4)	107 (83.6)	2.84	0.37	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
3. ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection)				**2.90**	**0.25**	**มาก**
21. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับการจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	7 (5.5)	121 (94.5)	2.95	0.23	มาก
22. มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก
23. มีการพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่าย เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	12 (9.4)	116 (90.6)	2.91	0.29	มาก
24. มีการวิเคราะห์และจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานและการบริหารงานงบประมาณ	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.8)	2.90	0.30	มาก
25. มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากรพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.26	มาก
26. มีกิจกรรมการสร้างความพึงพอและความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.28	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
3. ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) (ต่อ)						
27. มีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	13 (10.2)	115 (89.8)	2.90	0.30	มาก
28. มีการจัดระบบเครือข่ายด้านการบริหารงบประมาณ	0 (0.0)	15 (11.7)	113 (88.3)	2.88	0.32	มาก
29. มีผลการวิเคราะห์องค์กรและการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	11 (8.6)	117 (91.4)	2.91	0.81	มาก
30. มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานด้านงบประมาณ	0 (0.0)	25 (19.5)	103 (80.5)	2.80	0.40	มาก
4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)				**2.93**	**0.23**	**มาก**
31. มีการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
32. มีระบบการประเมินผลและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนหลังรับบริการส่งเสริมสุขภาพ	0 (0.0)	7 (5.5)	121 (94.5)	2.95	0.23	มาก

ตารางที่ 5 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การประเมิน	ระดับการปฏิบัติ			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)						
33. มีรายงานความก้าวหน้าการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
34. มีการวิเคราะห์ผลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงงานนั้น ๆ	0 (0.0)	10 (7.8)	118 (92.2)	2.92	0.27	มาก
35. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงาน CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน	0 (0.0)	9 (7.0)	119 (93.0)	2.94	0.24	มาก
36. มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	0 (0.0)	6 (4.7)	122 (95.3)	2.95	0.21	มาก
37. มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานคุณภาพการบริการ	0 (0.0)	8 (6.3)	120 (93.8)	2.94	024	มาก
38. มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการ	0 (0.0)	9 (7.0)	119 (93.0)	2.93	0.26	มาก
39. มีการใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้	0 (0.0)	9 (7.0)	119 (93.0)	2.93	0.26	มาก
40. มีการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกมิติ	0 (0.0)	9 (7.0)	119 (93.0)	2.93	0.26	มาก
ภาพรวม				**2.91**	**0.24**	**มาก**

ระดับการประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามกรอบแนวคิด The six building blocks of health system พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)

ระดับการประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม		**จำนวน (ร้อยละ)**
มาก	(คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00)	119 (93.0)
ปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33)	9 (7.0)
น้อย	(คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)	0 (0.0)
(Mean = 2.92 , S.D. = 0.26, Min = 2, Max = 3)		

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม แยกรายด้าน พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (*p*-value=0.014) สถานภาพสมรส (*p*-value<0.001) การศึกษา (*p*-value=0.0043) ตำแหน่ง (*p*-value<0.001) ลักษณะงาน (*p*-value<0.001) และประสบการณ์การฝึกอบรม (*p*-value=0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม แยกรายด้าน (N= 128)

	การกำกับและประเมินผล	
	χ^2	***p*-value**
เพศ	8.570	0.014*
สถานภาพสมรส	16.924	<0.001*
การศึกษา	6.287	0.043*
อาชีพ	4.135	0.126
ตำแหน่ง	28.042	<0.001*
ลักษณะงาน	35.738	<0.001*
ประสบการณ์การฝึกอบรม	13.538	0.001*
การเป็นคณะกรรมการ	3.612	0.164
การรับข้อมูลข่าวสาร	0.398	0.820
แหล่งข้อมูลข่าวสาร	4.249	0.119

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

4) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ด้านการตัดสินใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 (S.D.= 0.52) ด้านการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 (S.D.= 0.51) ด้านการรับผลประโยชน์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 (S.D.= 0.53) ด้านการติดตามและประเมินผล ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 (S.D.= 0.58) และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 (S.D.= 0.54) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การตัดสินใจ				**2.28**	**0.52**	**ปานกลาง**
1. รับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	19 (14.8)	64 (50.0)	45 (35.2)	2.20	0.68	ปานกลาง
2. การค้นหาปัญหา อุปสรรคในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	8 (6.3)	71 (55.5)	49 (38.3)	2.32	0.58	ปานกลาง
3. แสดงความคิดเห็นในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาของการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	8 (6.3)	79 (61.7)	41 (32.0)	2.26	0.57	ปานกลาง

ตารางที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การตัดสินใจ (ต่อ)						
4. ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	13 (10.2)	62 (48.4)	53 (41.4)	2.31	0.65	ปานกลาง
5. การจัดทำแผนงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	12 (9.4)	66 (51.6)	50 (39.1)	2.30	0.63	ปานกลาง
2. การดำเนินงาน				**2.34**	**0.51**	**มาก**
6. ประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	15 (11.7)	59 (46.1)	54 (42.2)	2.30	0.67	ปานกลาง
7. การติดต่อ ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	7 (5.5)	68 (53.1)	53 (41.4)	2.36	0.59	มาก
8. การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	7 (5.5)	64 (50.0)	57 (44.5)	2.39	0.59	มาก
9. การกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	7 (5.5)	65 (50.8)	56 (43.8)	2.38	0.59	มาก

ตารางที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
2. การดำเนินงาน (ต่อ)						
10. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสอน./ รพ.สต.	11 (8.6)	75 (58.6)	42 (32.8)	2.24	0.60	ปานกลาง
3. การรับผลประโยชน์				**2.24**	**0.53**	**ปานกลาง**
11. การนำเสนอปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็นการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	11 (8.6)	74 (57.8)	43 (33.6)	2.25	0.60	ปานกลาง
12. การพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	9 (7.0)	70 (54.7)	49 (38.3)	2.31	0.59	ปานกลาง
13. การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน และแก้ไขปัญหาในการการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	15 (11.7)	73 (57.0)	40 (32.3)	2.20	0.62	ปานกลาง
14. การกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	14 (10.9)	68 (53.1)	46 (35.9)	2.25	0.64	ปานกลาง
15. การนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	15 (11.7)	76 (59.4)	37 (28.9)	2.17	0.61	ปานกลาง

ตารางที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128) (ต่อ)

ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม			ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
4. การติดตามและประเมินผล				**2.21**	**0.58**	**ปานกลาง**
16. การติดตาม ประเมินผลแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	15 (11.7)	65 (50.8)	48 (37.5)	2.26	0.65	ปานกลาง
17. วิเคราะห์ผลของแผนงานและการสรุปผลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./ รพ.สต.	15 (11.7)	70 (54.7)	43 (33.6)	2.22	0.64	ปานกลาง
18. การนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	19 (14.8)	76 (59.4)	33 (25.8)	2.11	0.63	ปานกลาง
19. การชี้แจงผลการดำเนินงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสอน./ รพ.สต.	13 (10.2)	64 (50.0)	51 (39.8)	2.30	0.64	ปานกลาง
20. ขยายผลการดำเนินงานโดยสนับสนุนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานในสอน./ รพ.สต.	20 (15.6)	69 (53.9)	39 (30.5)	2.15	0.67	ปานกลาง
ภาพรวม				**2.27**	**0.54**	**ปานกลาง**

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)

ระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน		จำนวน (ร้อยละ)
มาก	(คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00)	58 (45.3)
ปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33)	56 (43.8)
น้อย	(คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)	14 (10.9)
(Mean = 2.34 , S.D. = 0.67, Min = 1, Max = 3)		

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (p-value=0.011) ตำแหน่ง (p-value=0.046) ลักษณะงาน (p-value=0.025) ประสบการณ์การฝึกอบรม (p-value=0.016) การเป็นคณะกรรมการ (p-value=0.023) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (p-value=0.001) และแหล่งข้อมูลข่าวสาร (p-value=0.019) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)

	การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องกับการกำกับและประเมินผล	
	χ^2	*p*-value
เพศ	9.005	0.011*
สถานภาพสมรส	3.473	0.176
การศึกษา	0.189	0.910
อาชีพ	0.090	0.956
ตำแหน่ง	6.137	0.046*
ลักษณะงาน	7.403	0.025*
ประสบการณ์การฝึกอบรม	8.269	0.016*
การเป็นคณะกรรมการ	7.575	0.023*
การรับข้อมูลข่าวสาร	14.213	0.001*
แหล่งข้อมูลข่าวสาร	7.883	0.019

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ได้ดำเนินงานจัดการประชุมเสนอความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ 7 มีนาคม 2566 ณ ห้องประชุมกันทรวิชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สรุปผลการประชุม ได้ดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The six building blocks of health system) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวัดผลการกำกับและประเมินผล มีดังนี้

1. ระบบบริการ (Service Delivery)

“...มุมมองในการประเมินควรมีการออกแบบเรื่อง Service Delivery ระหว่างปฐมภูมิกับทุติยภูมิ ยกตัวอย่างเรื่องของการคัดกรองหรือการที่จะต้องดูแลระหว่าง ปฐมภูมิกับทุติยภูมิ ให้ออกแบบรูปแบบการประเมินร่วมกันในแต่ละปีว่าคัดกรองเป็นยังไง ส่งต่อยังไงไม่ให้แยกขาดจากกัน ได้คุยกันหรือว่าได้ส่งต่อข้อมูลจะได้บอกว่าการคัดกรองปีนี้เป็นยังไง มีปัญหาอุปสรรคอะไรยังไงไหม อันนี้เรื่องของเชิงป้องกันที่จะส่งต่อน่าจะมีรูปแบบพิเศษในการประเมินร่วมกัน เพื่อดูแลประชาชนได้ดีอย่างต่อเนื่อง สรุปคืออยากให้ผู้ให้บริการคนที่ 1 และ 2 พูดคุยกันอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะรักษาผู้มาใช้บริการได้อย่างถูกต้องและไม่เสียเวลา...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...การศึกษาครั้งนี้ใช้หลักของ Six Building Blocks ในเรื่อง Service Delivery ของการประเมินผลอยากให้ใช้ระบบการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้วยโดยใช้หลัก KPI เพื่อใช้กำกับในการประเมินผลด้วย และเมื่อ รพ.สต. ถ่ายโอนมายัง อบจ. ควรมีหลักของ รพ.สต. ติดดาว เพื่อที่จะสร้างความหน้าเชื่อถือในการดำเนินงานให้แก่ประชาชนผู้เข้ามารับบริการอีกด้วยและลดผลกระทบให้แก่ประชาชนน้อยที่สุด โดยมีคณะกรรมการในการประเมินระดับอำเภอ ควรมีทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. และผู้มีส่วนได้เสียร่วมไปถึงประชาชนด้วย และควรให้ท่านนายอำเภอช่วยในการดูแลกำกับในการดำเนินงานด้วย...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 2, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...การประเมินงานตัวชี้วัดที่จะมาประเมิน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ส่วนในคณะกรรมการประเมินงานจะเป็นหน่วยงานไหนก็ได้ อาจเป็น สสจ. สสอ. หรือ รพช. ก็ได้ แต่อยากได้ความชัดเจนที่ตรงกับกรอบหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพจริง ๆ โดยให้ดูที่บริบทตามที่พยาบาลวิชาชีพจะทำได้ อาทิ มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบ 24 หมู่บ้าน ทำ NCD 1 ครั้ง 160 คนที่หนูต้องดูแลลูกฉีดวัคซีนเด็ก EPI เดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20-30 คน รวมแล้วเดือนละ 60 คน อันนี้คือสิ่งที่ต้องทำต้องดูแลประชากรในหมู่บ้านดูแลและนอกจากนั้นต้องมาดูแลเรื่องการเงินด้วย แล้วเวลาที่จะชี้วัดมาวัดต้องดูว่าองค์กรของหน่วยงานพร้อมที่จะรับการประเมินหรือยัง อันนี้คือประเด็นที่ 1 ประเด็นที่ 2 ในการที่จะมาประเมินอยากให้นึกถึงทรัพยากรในการทำงานด้วย เช่น ในการทำงานมีใน รพ.สต. ขนาดเล็กมีพยาบาลวิชีพ 1 คนแต่ต้องดูแลผู้ป่วย 160 คน แต่ บาง รพ.สต. ที่มีขนาดใหญ่ มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คนแต่กับดูแลผู้ป่วย 160 คน หรือในโรงพยาบาลจะมีหน่วยที่แยกในการดูแลผู้ป่วยอาจจะดูแลผู้ป่วย

10 คน ต่อ 1 พยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นแล้วในการประเมินมันจะสามารถใช้มาตรวัดเดียวกันได้ไหม เพราะทุกที่ทำงานอย่างเต็มที่แล้วแต่ไม่อาจเพียงพอต่อเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่หรืออาจจะเป็นการคัดกรองที่ต้องได้ร้อยละ 90 ขึ้นไปตรงนี้ทาง รพ.สต. ทำให้ได้ร้อยละ 90 แต่จะได้ประสิทธิภาพประสิทธิผลไหมตรงนี้ก็อยากให้มีความชัดเจนแล้วก็ประเมินได้ทั้งปริมาณและคุณภาพด้วยไม่ติดว่าใครจะมาประเมินแต่ตัวชี้วัดอยากให้มีคุณภาพและจับต้องได้จริงอันนี้คือมิติของการประเมิน..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 11, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านระบบบริการ ควรประเมินการให้บริการตามกรอบ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กรอบแนวคิดของ Six Building Blocks และใช้ระบบการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้วยโดยใช้หลัก KPI เพื่อกำกับและประเมินผล โดยจังหวัดมหาสารคามมีอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (ตัวชี้วัดการบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2566 ในกรอบงานบริการระดับปฐมภูมิ ตามบทบาท ภารกิจของ รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน 76 ตัวชี้วัด) เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการนิเทศงาน คู่มือการกำกับผลการดำเนินงาน และคู่มือประกอบการทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ซึ่งคณะกรรมการในการประเมินระดับอำเภอ ควรมีทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้มีส่วนได้เสียร่วมไปถึงประชาชนด้วย

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

"...ถ้า รพ.สต. มีความพร้อม จะต้องขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเร็วที่สุดที่ รพ.สต. ต้องปรับตัว เพราะจะเกี่ยวกับการเกลี่ยอัตรากำลังตอนนี้ใช้อยู่กับโรงพยาบาลอยู่ ถ้า รพ.สต. รู้แล้วสามารถยื่นข้อเสนอ ขอสนับสนุนจากกระทรวงได้ เพราะผู้บริหารมีแนวคิดเราจะต้องเดินไปด้วยกัน เพราะฉะนั้นการขอความร่วมมือในเรื่องของทรัพยากรในระยะแรกยังเอื้อกันเยอะ..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...Health Workforce ในระยะแรกอยากให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการสนับสนุนในเรื่องของทรัพยากรด้านกำลังคน หลังจาก 3 ปี ให้ อบจ. เตรียมความพร้อมในด้านบุคลากรก่อน..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 2, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากร เมื่อถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. จะเกิดผลกระทบคือ รพ.สต. ขาดหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนในเรื่องของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ดังนั้น รพ.สต. จะต้องดำเนินงานเองเกือบทั้งหมด จึงทำให้งานส่งเสริมสุขภาพอาจทำได้ยากขึ้นและบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ลดลงระหว่างเพื่อนร่วมงาน จึงอยากให้ หน่วยแพทย์ เทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร เข้ามาอยู่เหมือนเดิมเพื่อที่จะสร้างความเข้มแข็งให้ รพ.สต...."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 3, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...หลังจากถ่ายโอนน่าจะใช้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป็นหลักซึ่งต่อเนื่องไปเพราะฉะนั้นการที่ประเมินก็ต้องไปควบคู่กับ พ.ร.บ. ที่ รพ.สต. จะใช้เพื่อพัฒนางานบริการว่ามีอะไรบ้าง ถ้า พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ก็จะเชื่อมทั้ง 6 ข้อ ตั้งขึ้นมาว่าพื้นฐานเลยจะต้องทำกรอบการประเมินได้ อย่างเช่นระบบบริการกำลังคน จะต้องมีเท่าไหร่ตามขนาด SML..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 15, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ควรประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกลี่ยอัตรากำลังพื้นฐาน ต้องทำกรอบการประเมินได้ อย่างเช่น ระบบบริการกำลังคน จะต้องมีจำนวนเท่าไหร่ตามขนาด SML ซึ่งสามารถยื่นข้อเสนอขอสนับสนุนจากกระทรวงได้ โดยองค์ประกอบคณะกรรมการนิเทศ การกำกับ และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ให้แบ่งเป็นทีมรายอำเภอ โดยให้ อบจ. กำหนดประธานคณะกรรมการของแต่ละอำเภอ ซึ่งมีทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. และผู้มีส่วนได้เสีย และให้นายอำเภอช่วยในการดูแลกำกับในการดำเนินงานด้วย

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)

"...เมื่อได้กระบวนการหรือแนวทางในการดำเนินงานจะสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นเพื่อไปจัดทำแผนสุขภาพของแต่ละตำบลที่ รพ.สต. เป็นผู้จัดทำแผนได้อย่างไรเพื่อที่จะขับเคลื่อนสุขภาพตำบล แต่อย่างไร ก็ตามควรมีเกณฑ์ในการดำเนินงานที่เป็นหลักสากลคือ ควรมี สสจ. สสอ. รพช. กระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ทั้งหน่วยงาน อบจ. เพื่อที่จะได้เกิดข้อตกลงร่วมกันในการประเมินและสร้างทิศทางในการดำเนินงานชัดเจนและเสนอคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)...."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 4, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...เรื่องฐานข้อมูล ในการประชุมอนุกรรมการ กสพ. ด้านยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แจ้งว่าสามารถใช้ได้ทุกโปรแกรม แต่สุดท้ายคือต้องส่งเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพราะว่าตามกฎหมายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่เป็นข้อมูลด้านสุขภาพของจังหวัดสุดแล้วกติกาการก็คือต้องส่งเข้าสำหนักงานสาสุขจังหวัดเหมือนเดิม..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 4, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...ระบบข้อมูลปัจจุบันได้เปลี่ยนระบบมาใช้เป็นระบบ My CPU ซึ่งมีความกังวลว่า ยังไม่ตอบโจทย์เท่าโปรมแกรมเดิม..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 13, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ปัจจุบัน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้เปลี่ยนระบบมาใช้เป็นระบบ My CPU ซึ่งยังมีความกังวลว่า ยังไม่ตอบโจทย์เท่าโปรมแกรมเดิม การประเมินด้านระบบข้อมูลข่าวสาร จังหวัดมหาสารคามมีอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ได้กำหนดรูปแบบให้ รพ.สต. และ สอน. ทุกแห่ง ต้องส่งออก 43 แฟ้ม รูปแบบ Zip ไฟล์ ตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัจจุบันตามมาตรฐานส่งออก Version 2.4 จำนวน 53 ไฟล์ โดยส่ง 43 แฟ้มเข้า HDC on Cloud ของจังหวัด

มหาสารคาม (https://mkm.hdc.moph.go.th/) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และสามารถส่งได้ทุกวันส่งอย่างช้าไม่เกิน 30 วัน หลังวันให้บริการสุดท้ายของเดือน HDC นำเข้าข้อมูลและประมวลผลข้อมูลทุกวัน

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)

"...อุปกรณ์เครื่องมือเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่เวลาเราประชุมในจังหวัดจะพูดกันบ่อยคือยกตัวอย่างเช่น ทันตกรรมก็จะพูดเรื่องยูนิตทำฟัน รพ.สต. นี้ชำรุด จะมีมิติของเครื่องมือด้วยเพราะว่าคงไม่ต้องไปรอว่าผลลัพธ์กับประชาชนกันขึ้นทะเบียนเป็นยังไง แต่เฉพาะหน้าของการบริการว่าจะต้องไม่เกิดผลกระทบต่อประชาชน..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...ได้รับการสนับสนุนในเรื่องของเวชภัณฑ์อยู่ แต่จะมีปัญหาในเรื่องของค่าบริการค่าตอบแทนในการดำเนินงานออกให้บริการนอกพื้นที่ ควรจะทำอย่างไร เบิกเงินที่ไหน และยังไม่ได้ย้าย รพ.สต. ไปสู่ อบจ.ทำให้หน่วยงานที่ยังไม่ย้ายมีบุคลากรที่ไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดปัญหาในด้านการใช้บริการที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทั้งที่ รพ.สต. สามารถดำเนินงานช่วยเหลือด้านนี้ได้เลย..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 13, วันที่อ7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...ในการดำเนินงานตาม Six Building Blocks ในอดีต รพ.สต. มีการประชุมกับกรรมการกรรมการ CUP Board (โรงพยาบาลชุมชน) แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็น คปสอ. โดยมี ผอ.รพ.สต. เป็นคณะกรรมการ ในปีงบประมาณ 2566 ในการดำเนินงานมีแนวโน้มความสัมพันธมิตรที่ลดลงและในทุกปีที่มีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีในการเลือกใช้งบประมาณมีการตัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ลดลงในเขตของอำเภอ เพราะทรัพยากรที่ลดลง แต่ในระยะการถ่ายโอน รพ.สต. ก็ยังมีการสนับสนุนเรื่องของแพทย์ครอบครัวและเวชภัณฑ์อยู่..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 14, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การบริการว่าจะต้องไม่เกิดผลกระทบต่อประชาชน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ยังได้รับการสนับสนุนในเรื่องของเวชภัณฑ์อยู่ แต่จะมีปัญหาในเรื่องของค่าบริการค่าตอบแทนในการดำเนินงานออกให้บริการนอกพื้นที่ ในการดำเนินงานตาม Six building blocks ในอดีต รพ.สต. มีการประชุมกับคณะกรรมการ CUP Board แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็น คปสอ. โดยมี ผอ.รพ.สต. เป็นคณะกรรมการ ในปีงบประมาณ 2566 ในการดำเนินงานมีแนวโน้มความสัมพันธมิตรที่ลดลงและในทุกปีที่มีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีในการเลือกใช้งบประมาณมีการตัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ลดลงในเขตของอำเภอ เพราะทรัพยากรที่ลดลง แต่ในระยะการถ่ายโอน รพ.สต. ก็ยังมีการสนับสนุนเรื่องของแพทย์ครอบครัวและเวชภัณฑ์อยู่

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)

"...ถ้า รพ.สต. มีความพร้อม ในปีถัดไปจะโอนเงินให้รับเองกับ สปสช. เพราะฉะนั้นในเรื่องที่จะต้องขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเร็วที่สุดที่ รพ.สต. ต้องปรับตัว เพราะจะเกี่ยวกับการเกลี่ยอัตรากำลังตอนนี้ใช้อยู่กับโรงพยาบาลอยู่ ถ้า รพ.สต. รู้แล้วเขาสามารถยื่นข้อเสนอขอสนับสนุนจากกระทรวงได้เพราะผู้บริหารมีแนวคิดเราจะต้องเดินไปด้วยกัน เพราะฉะนั้นการขอความร่วมมือในเรื่องของทรัพยากรในระยะแรกยังเอื้อกันเยอะ..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...เมื่อ รพ.สต. ได้รับการถ่ายโอนไปให้ อบจ. ยังไม่มีระเบียบส่วนกลางในการดำเนินงาน อาทิ รูปแบบเอกสาร แล้วทำให้ รพ.สต. เมื่อได้รับการถ่านโอน จะทำให้อำนาจมาอยู่ที่ รพ.สต. ทั้งหมด จึงเกิดความท้าทายในดำเนินการในช่วงแรกแต่นี้จะเป็นก้าวแรกสู่การพัฒนา รพ.สต. มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสู่การพัฒนาชุมชน..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 7, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

"...การถ่ายโอนมา รพ.สต. มา อบจ. แล้วการบริหารงบประมาณเราอาจจะต้องบริหารด้วยตนเองลำพัง แค่เงินตามขนาด SML อย่าง รพ.สต. ขนาดใหญ่จะได้ 1 ล้านบาทต่อปี แต่จากการทำงานที่ผ่านมามีรายจ่ายเดือนละ 1 แสนบาท ซึ่งเงิน 1 ล้านบาทที่ได้มาอาจไม่เพียงพอต่อ 1 ปี ดังนั้นการจัดเก็บรายได้สำหรับ รพ.สต. ก็เป็นเรื่องที่จำเป็น ดังนั้นต้องมาคุยและตกลงกันเรื่องของเงินด้วยซึ่งมันก็จะมีประเด็นอีก อย่างเช่น นำส่งเป็นผู้ป่วย NCD นำส่งเจาะเลือด กำหนดว่าถ้าเจาะและนำส่งแบบ EMS 80 บาท ซึ่งระบุชัดเจนอยู่แล้วว่า ค่าเจาะและนำส่งแต่ในแนวปฏิบัติของคือผู้ป่วยที่เจาะและนำส่ง รพ.สต. เอาไปนำส่งโรงพยาบาลโรงพยาบาลเป็นผู้ออกหน่วยงาน ถึงแม้ กสพ. จ่ายคืนจ่ายคืนโรงพยาบาลก็ตาม แต่ตรงนี้อยากได้ความชัดเจนเพราะว่าการจัดเก็บรายได้สำหรับ รพ.สต. จะเป็นยังไงในอนาคต..."

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 11, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ควรมีระเบียบและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่ง รพ.สต. ได้รับการถ่ายโอนไปให้ อบจ. ยังไม่มีระเบียบส่วนกลางในการดำเนินงาน อาทิ รูปแบบเอกสาร แล้วทำให้ รพ.สต. เมื่อได้รับการถ่านโอน จะทำให้อำนาจมาอยู่ที่ รพ.สต. ทั้งหมด จึงเกิดความท้าทายในดำเนินการในช่วงแรกแต่นี้จะเป็นก้าวแรกสู่การพัฒนา รพ.สต. มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสู่การพัฒนาชุมชน

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)

"...ในอดีต รพ.สต. มีการดำเนินงานที่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานที่มีผลการประเมินที่อยู่ในระดับดีอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อ รพ.สต. ที่ถูกถ่ายโอนไปยัง อปท. แล้วจะมีการประเมินแบบใด เพื่อที่จะนำแบบประเมินนั้นไปเปรียบเทียบกับผลประเมินที่อยู่ภายใต้ในหน่วยงานเดิม เพื่อที่จะแสดงให้เห็นแนวทางในการพัฒนา รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. อย่างเป็นรูปธรรมที่ดีกว่าหน่วยงานเดิม ในการจัดประเมินผลของ อบจ. ควรแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ในระยะแรกควรประเมินว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. มีการดำเนินการมากน้อยแค่ไหนจากที่กระทรวงสาธารณสุขเคยทำไว้ได้ ระยะที่สอง แหล่งที่มาของงบประมาณทรัพยากรในการดำเนินการทำงาน รพ.สต. เพียงพอต่อการพัฒนาของประชาชนในพื้นที่หรือไม่ภายใต้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หรือความคาดหวังของประชาชน ระยะที่สามคือการสร้างความน่าเชื่อถือให้ประชาชนมีความมั่นใจในการใช้บริการ โดยควรใช้ระยะเวลาในการพัฒนา 3 ปี

รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. จะต้องมีแบบประเมินให้ชัดเจนในเรื่องตรงนี้ก่อน ด้วยการติดตามและประเมินผล มีบทบาท คือมีความแข็งแรงในการประเมินมากที่สุดก็คือ อบจ. ดังนั้นภายในกำลังจะเสนอเหมือนกันว่า กองสาธารณสุขจะต้องปรับในเรื่องของการประเมินแบบเหมือนเป็นงานประจำของ รพ.สต.อาจจะออกแบบระบบไอทีหรืออะไรก็ได้เพื่อให้เห็นว่าในมิติ 6 ด้านที่สนใจแต่ละไตรมาสของปีงบประมาณไปถึงไหนแล้ว บาง รพ.สต. เหลืออยู่คนเดียว ไม่จำเป็นเอาคนภายนอกไปดูแล้วมาบอก รพ.สต. ต้องรู้ status ตัวเอง ตั้งแต่ตอนนี้แล้ว ใช้เทคโนโลยีหรืออะไรก็ได้แผนกของการ

ประเมิน ส่วนความร่วมมือภายนอกค่อยใช้โอกาสที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นทีม คปสอ. ความร่วมมือหน่วยงานเดิม หรือว่าสิ่งอื่นที่เราจะไปประเมินในเชิงคุณภาพที่เราต้องการพัฒนาหรือมาสะท้อนให้ตัวกรองเขาได้เห็นเหมือนกันเป็นการลดต้นทุนของการใช้ข้อมูลจากอื่นมาทำให้เห็นว่าผลการทำงานของ รพสต. ของกองสาธารณสุข ไปถึงไหนแล้ว ส่วนคณะกรรมการ กสพ. ก็อาจจะเป็นว่าด้วยเรื่องบทบาทที่ถูกแต่งตั้งไว้แล้ว หน้าที่ทำอะไรได้บ้าง ก็คงจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทาง อบจ. หรือกองการสาธารณสุขนำเอามาใช้ได้ ต้องทำเรื่องของการประเมิน แล้วก็กลับเปลี่ยนให้เร็วที่สุด...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในการทำงานบูรณาการระดับอำเภอ ควรมีหน่วยงานคณะกรรมประเมินสุขภาพพื้นที่และมีนายอำเภอ ภาครัฐ มาทำงานร่วมกัน เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานรูปแบบเก่าและใหม่เพื่อสร้างแนวทางในการทำงาน...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 2, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในการประเมินสุขภาพระบบสุขภาพอำเภอควรจะแป็คณะกรรมการขับเคลื่อนอำเภอเป็นผู้ดูแลเพื่อให้เห็นความต่อเนื่องในการทำงาน ในกรณีการประเมินขึ้นทะเบียนของหน่วยงาน อาทิ รพ.สต. ติดดาว ควรเป็นคณะกรรมการที่ไขว้อำเภอได้แต่เหนือสิ่งอื่นใดควรต้องยังคงความสัมพันธ์ในการดำเนินงานของระบบ...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 3, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ใช้แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนสุขภาพของ จังหวัดมหาสารคาม โดนการนำมาเพื่อสร้างเป็นตัวชี้วัดมีทั้งหมด 76 ตัวชี้วัด ถึงแม้จะมีรายละเอียดชัดเจนต่อการที่ รพ.สต. ไปทำงานครบทั้ง 76 ตัวชี้วัด อาจเป็นไปได้อยาก เพราะขาดแคลนทรัพยากรทางด้านบุคลากรอยู่มากแต่ถ้า อบจ. ควรมีประเด็นที่จะดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน และจะดำเนินการเป้าหมายนั้นให้มีประสิทธิภาพอย่างไร...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 4, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...แบบแผนในการประเมินควรที่จะประเมินทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ถ่ายโอนด้วยเพื่อสร้างความเป็นมาตรฐานเดียวกัน...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 5, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...คณะกรรมการจังหวัดมหาสารคาม ควรมีการเร่งของการทำ MOU ในระดับจังหวัดหรือบทบาทหน้าของ รพ.สต. ให้ชัดเจนมีอะไรบ้าง และในการประเมินผลควรมีแผนประเมินแบบใดในช่วงแรกนั้นคณะกรรมการชุดประเมินควรประกอบด้วย ผู้บริหารในสายงาน คือ กองการสาธารณสุขของ อบจ. ผู้ประสานงานอาจจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงาน และส่วนสุดท้ายคือผู้ที่มีส่วนได้เสีย จะเป็นองค์กรอิสระ อาทิ อาจารย์มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานจัดตั้งขึ้นมา และคณะกรรมการชุดต่อก็แล้วแต่สถานการณ์ เพื่อที่จะได้กำหนดทิศทางในการทำงานที่ชัดเจนไม่ใช่แค่งานที่เป็นกิจวัตรที่ทำเป็นประจำอยู่แล้วในการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ทั้งหมด...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 8, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...การประเมินงานตัวชี้วัดที่จะมาประเมิน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ส่วนในคณะกรรมการประเมินงานจะเป็นหน่วยงานไหนก็ได้ อาจเป็น สสจ. สสอ. หรือ รพช. ก็ได้ แต่อยากได้ความชัดเจนที่ตรงกับกรอบหน้าที่จริง ๆ สำหรับการประเมินงานถ้าไม่มีกรอบการปฏิบัติงานให้ชัดเจน ก็จะทำไม่ได้ชัดเจน...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 11, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในการดำเนินงานตาม Six Building Blocks ในอดีต รพ.สต. มีการประชุมกับกรรมการกรรมการ CUP Board (โรงพยาบาลชุมชน) แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็น คปสอ. โดยมี ผอ. รพ.สต. เป็นคณะกรรมการ ในปีงบประมาณ 2566 ในการดำเนินงานมีแนวโน้มความสัมพันธมิตรที่ลดลงและในทุกปีที่มีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีในการเลือกใช้งบประมาณมีการตัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ลดลงในเขตของอำเภอ เพราะทรัพยากรที่ลดลง แต่ในระยะการถ่ายโอน รพ.สต. ก็ยังมีการสนับสนุนเรื่องของแพทย์ครอบครัวและเวชภัณฑ์อยู่...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 14, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในส่วนของของการประเมินมองว่าถ้าหลัก ๆ ในเมื่อ รพ.สต. ขึ้นกับ อบจ. หน่วยงานที่จะประเมินหลักก็ต้องเป็น อบจ. กองการสาธารณสุขอยู่แล้ว เป็นการประเมินภายในก็เหมือนกับที่ สสจ. ลงไปประเมินตาม KPI ในแต่ละปี อบจ. ต้องทำต้องจัดตั้งการหาคนที่จะเข้ามาประเมินตรงนี้ร่วมกับ อบจ. การประเมินเป็นการประเมินภายใน เพราะว่า รพ.สต. อยู่ภายใต้ อบจ. ในส่วนของจาก 6 ข้อ ถ้าเราได้แตกย่อยแล้วเราค่อยไปดูอีกทีหนึ่งว่าข้อไหนหรือมาตรฐานไหนถึงจะใช้ร่วมกับส่วนอื่น เช่นบางข้อ อบจ. กับทีมที่ตั้งขึ้นมา อาจจะประเมินเองไม่ได้ทั้งหมดจึงจะเป็นอาศัยใน อำเภอหรือว่าโรงพยาบาล สสอ. ที่อยู่ในพื้นที่ อันนี้ก็เห็นด้วยในเรื่องของการมีทีมในพื้นที่จะมาช่วยแต่ไม่ใช่ว่าจะมาประเมินทั้งหมดเพราะยังไงช่วงนี้เราอาจจะมองไม่ชัดแต่อนาคตแน่นอนแล้วก็จะโตขึ้น อบจ. ยากที่จะอยู่ภายใต้อำเภอทั้งหมด มันก็จะกลายเป็นการประสานมากกว่าจะไม่ใช่เรื่องการประเมินในส่วนของอื่น โดยมองออกเป็น 2 แบบคือประเมินภายในแล้วก็ประเมินบุคคลด้วยภายนอกเหมือนที่เคยมีต้องทำให้ชัดตรงนี้ทาง อบจ. และในส่วนอื่นไม่ชัดเจนในเรื่องที่จะใช้ประเมินจะทำกระทบแน่นอนกับประชาชน...”

(ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 15, วันที่ 7 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เสนอรูปแบบการประเมินผล ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ควรแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรก : รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมาสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากเดิม มากน้อยแค่ไหน ระยะสอง : สามารถที่จะพัฒนา หรือต่อเนื่องให้ดีขึ้นอย่างไร ภายใต้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยเพิ่มเรื่องบุคลากร เทคโนโลยี เพื่อเตรียมความพร้อมให้สู่ระดับที่ดีกว่า ระยะสาม : ทำให้ประชาชน มั่นใจ ได้อย่างไร เพื่อที่จะได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่ โดยดำเนินงานตาม Six Building Blocks ซึ่งแบบแผนในการประเมินควรที่จะประเมินทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ถ่ายโอนด้วยเพื่อสร้างความเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยทำงานบูรณาการระดับอำเภอ ควรมีหน่วยงานคณะกรรมสุขภาพพื้นที่ และมีนายอำเภอ ภาครัฐ มาทำงานร่วมกัน เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานรูปแบบเก่าและใหม่เพื่อสร้างแนวทางในการทำงาน

4.1.6 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม

สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็น ครั้งที่ 1 “ข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม” เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2566 เวลา 08.30-12.00 น. ณ ห้องประชุมกันทรวิชัย ชั้น 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวัดผลการกำกับและประเมินผล ดังนี้

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
1.ระบบบริการ (Service Delivery)	- กำหนด ระบบการบริการที่ใช้ประเมินที่ตรงกับภารกิจของการบริการปฐมภูมิ - กำหนด KPI ที่ใช้ประเมินโดยการมีส่วนร่วมกับตัวแทนรพ.สต. เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมิน - กำหนดเกณฑ์ KPI ที่เทียบเคียงกับกระทรวงสาธารณสุข และตามบริบทปัญหาพื้นที่	- รอบแรก ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดในภาพรวมระดับจังหวัด - รอบนิเทศงาน ถอดบทเรียนการดำเนินงานปีที่ผ่านมา และรับฟังการดำเนินงานปัจจุบัน ชี้แจง KPI - รอบประเมินผล โดยประเมินผลตาม KPI ที่กำหนดขึ้น - ติดตามเยี่ยม และให้กำลังใจ ในพื้นที่	ปีละ 1 ครั้ง	- ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. หรือตัวแทน - จนท.รพ. ที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ - ตัวแทนกรรมการ ผอ.รพ.สต. ในอำเภอและต่างอำเภอ

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
	- มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการเน้นการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกัน ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ทั้งในสถานบริการและในชุมชน - ข้อมูลภาวะสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุ - ฐานข้อมูลสารสนเทศของ รพ.สต. เช่น โปรแกรม HosxP, My PCU และ 43 แฟ้ม - ให้บริการผู้ป่วย แบบองค์รวม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และบำบัด สุขภาพประชาชนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม - ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนครบทุกกลุ่มวัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และอำเภอ	- ประสานการติดตาม เช่น ทางไลน์ - สำรวจความพึงพอใจของประชาชนด้านการ - ทีมพี่เลี้ยงติดตามเยี่ยมพื้นที่ เน้นการให้กำลังใจ รพ.สต. และแนะนำในส่วนที่ควรเพิ่มเติม - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการได้รับบริการเข้ามีส่วนร่วมในการประเมิน		

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	- สำรวจข้อมูลบุคลากรที่เป็นปัจจุบัน - จัดหาบุคลากรให้เพียงพอตามกรอบ ของขนาด รพ.สต. - รวบรวมข้อมูลโดยใช้ระบบ IT - จัดทำ KPI ประเมินรายบุคคลที่ชัดเจนตรงกับสมรรถนะวิชาชีพ - จัดบุคลากร ให้ตรงกับความสามารถ และงาน - ผลงานสะสมของตนเอง - การได้รับพัฒนาความรู้และอบรมอย่างต่อเนื่อง - งานที่ได้รับผิดชอบ ตรงต่อความสามารถของตน	- ประเมิน KPI รายบุคคล - ประเมินจากผลลัพธ์ของงาน - ประเมิน แบบ 360 องศา - ประเมินสรมรรถนะของบุคลากร - มีการพัฒนาความรู้ต่อเนื่อง	ปีละ 2 ครั้ง ปีละ 1 ครั้ง	- ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. หรือตัวแทน - กรรมการที่เป็นตัวแทนของ จนท.รพ.สต. - จนท.รพ. ที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ - กรรมการ ผอ.รพ.สต. ต่างอำเภอ

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้วยโปรแกรมที่ทันสมัย ให้สอดคล้องสามารถเรียกเก็บได้และสามารถประมวลผลการดูแล การให้บริการได้ - มีการสื่อสารงานด้านสุขภาพและการประสานงาน ผ่านทุกช่องทาง เช่น กลุ่มไลน์ - นำระบบสารสนเทศมาประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานต่าง ๆ - มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง - มีการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพแก่ชุมชนให้รับทราบ	- ดึงข้อมูลเพื่อประมวลผล - ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานจากฐานข้อมูล - มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสม่ำเสมอ - ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ต่อเนื่อง และได้เข้าร่วมกิจกกรมโครงการ ด้านสุขภาพ	ทุกเดือน	- ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. - ตัวแทนกรรมการ ผอ.รพ.สต. ในอำเภอและต่างอำเภอ - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)	- สำรวจศักยภาพของ รพ.สต. ในการให้บริการเพื่อสรรหาอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอ - มีการประเมินผลโดยการสอบทาน สอบเทียบการใช้งาน ให้มีคุณภาพพร้อมให้บริการ - อุปกรณ์การแพทย์มีการประเมินผลโดยการสอบทานการใช้งาน ให้มีคุณภาพพร้อมให้บริการ	- การนิเทศ - การติดตามในพื้นที่ รพ.สต. - ส่งอุปกรณ์การแพทย์สอบทาน	ปีละ 2 ครั้ง	- ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ - ตัวแทนกรรมการ ผอ.รพ.สต. ในอำเภอและต่างอำเภอ

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้วยโปรแกรมที่ทันสมัย ให้สอดคล้องสามารถประมวลผลการดูแล การให้บริการ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ - ลดการใช้จ่ายยาที่ไม่จำเป็นหรือลดการจ่ายยาซ้ำซ้อน - ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตัวเองเบื้องต้น ลดการพึ่งพายาที่ไม่จำเป็น - กำหนดบัญชียาและเวชภัณฑ์และแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการนั้น ๆ - สรุปมูลค่าการใช้จ่ายยาในแต่ละเดือน - ยอดการเบิกยาและเวชภัณฑ์	- ดึงข้อมูลเพื่อประมวลผล - ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานจากฐานข้อมูล - รายงานการจ่ายยาค่าใช้จ่ายในการเบิกเวชภัณฑ์ยา - มูลค่าการใช้ยาในแต่ละเดือน - รายงานลูกหนี้คงค้างทุกเดือน	ปีละ 2 ครั้ง ทุกเดือน	- ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเงิน - ตัวแทนกรรมการ ผอ.รพ.สต. ในอำเภอและต่างอำเภอ

ตารางที่ 11 สรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)	- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานที่ชัดเจน - จัดทำแผนการควบคุมรายรับ รายจ่าย - จัดทำแผน Planfin - มีการทำเอกสาร คำสั่งแต่งตั้งชัดเจน - ยึดหลักความโปร่งใสหลักธรรมภิบาล - การเข้าอบรมความรู้ต่อเนื่องด้านการเงิน การคลัง พัสดุ	- การนิเทศและประเมินจาก QR CR - ติดตามการจัดทำรายงานการเงิน และพัสดุ ครุภัณฑ์ - การติดตามจากผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสอบภายใน - ติดตามการจัดทำรายงานการเงิน และพัสดุ ครุภัณฑ์ - ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์ในแต่ละตัวชี้วัดของงานนั้น ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย	ปีละ 2 ครั้ง ทุกเดือน	- ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. - เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเงิน - ตัวแทนกรรมการ ผอ.รพ.สต. ในอำเภอและต่างอำเภอ

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. เรื่องถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ควรมีการจัดระบบบริการที่ชัดเจนและเตรียมความพร้อมให้มากกว่านี้ เช่น เรื่องการจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายวัน รายเดือน หรือลูกจ้างเหมาจ่าย เนื่องจากพบปัญหาที่ผ่านมาคือ ไม่มีระเบียบว่าจ้างลูกจ้างของทาง อบจ. เช่น ลูกจ้าง พกส. ไม่มีในกระทรวงมหาดไทย จึงทำให้ต้องมาทำเอกสารเกี่ยวกับการจ้างลูกจ้าง พกส. ขึ้น ซึ่งทำให้ลูกจ้างเสียขวัญและกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากไม่มีความชัดเจนในระเบียบก่อนย้ายกระทรวง

2. เรื่องการให้บริการคนไข้โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิต มีบางอำเภอที่ รพ.สต. ไม่ได้ให้บริการ ในส่วนนี้ เนื่องจากทางแม่เครือข่ายออกให้บริการด้วยตนเอง แต่ในบางครั้งเกิดปัญหาว่าคนไข้ยาหมดแต่ทาง รพ.สต. ไม่มียาโรคเรื้อรังสำรองไว้ที่ รพ.สต. เลยเกิดปัญหาผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการให้บริการ จึงอยากให้คำนึงถึงความสำคัญของคนไข้เป็นหลัก แต่ในส่วนของอำเภอยางสีสุราชเรายังให้บริการปกติเหมือนเดิมทุกอย่างทั้งเรื่องการดูแลคนไข้ ยาและเวชภัณฑ์ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สูงขึ้น

3. สิ่งที่ดีที่ถ่ายโอนไปคือเรื่องของความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่มีกำลังใจในการทำงานต่อไป

4.1.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม

ได้ดำเนินงานในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามในวันที่ 14 มีนาคม 2566 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมกันทรวิชัย ชั้น 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) 2) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) 3) ด้านความเสี่ยงสังคม & การเงิน (Social and Financial Risk Protection) และ 4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) ผลการประชุมเสนอความคิดเห็นมีดังนี้

1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)

“...อยากให้มีทุกภาคส่วนทั้ง รพ.สต./ ภาคประชาชน/ ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 2, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...คณะกรรมการที่จะออกประเมิน มองว่ากองการสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดยังไม่มีประสบการณ์ ในช่วงแรกอยากให้ ผอ.รพ.สต. ประเมินลูกน้องตนเอง โดยเสนอรูปแบบให้มีตัวแทนแต่ละอำเภอ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 6, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ประเด็นในการเสนอการออกนิเทศติดตามประเมินผล ควรจะมีตัวแทนจากทุกอำเภอใน รพ.สต. ทุกแห่ง หรือว่าผู้มีความเชี่ยวชาญในพื้นที่ของแต่ละอำเภอร่วมด้วยในการออกประเมินทุกครั้ง หรือว่าประเมินผลในส่วนอื่นก็ได้ ให้มีสัดส่วนของบุคลากรที่ออกจากการประเมินผลการดำเนินงานของระหว่างฝ่ายสาธารณสุขจังหวัดกับฝ่ายของกองสาธารณสุขเนี้ยใกล้เคียงกัน...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 6, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...คณะอนุกรรมการด้านยุทธศาสตร์ (อ.กสพ.) ได้มีการประชุม และเสนอทีมประเมินในส่วนของ สสจ. และ ฝั่งละ 5 คน แต่ต้องดูว่าเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินเป็นยังไง หรือ KPI ที่จะใช้ประเมิน อยากให้มีเวทีพูดคุย ข้อตกลงร่วมกันของทีมประเมิน...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 8, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ประเด็นเรื่องของจัดทีมประเมิน เราบอกว่าตกลงกันฝ่ายละ 5 ต่ออำเภอ ความเป็นไปได้ก็คือ ในส่วนฝ่ายของ อบจ. ก็คงจะเป็น รพ.สต. นั่นแหละเกือบทั้งหมด แต่ในส่วนของสาธารณสุขจังหวัด เชื่อว่าตัวแทนจากสาธารณสุขจังหวัดไม่เกินหนึ่งคนต่อทีม ส่วนใหญ่จะจะเป็นของ CUP คือโรงพยาบาลของ สสอ. มันเป็นโรงพยาบาลของทีมเขา โรงพยาบาลมันต้องใช้เยอะ จะเป็นโรงพยาบาลมาร่วมด้วย ก็จะเป็น 5 เหมือนกัน แต่ที่สำคัญคือตอนนี้ผมกลัวคือเรื่องเครื่องมือที่จะใช้ประเมิน ก็คือตอนนี้เราก็ยังไม่สามารถใช้การได้ คือแผนของเรา ครับอันที่สองก็ KPI ที่จะใช้ประเมินแล้วก็หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เราจะใช้ประเมิน มันก็ยังไม่คุยกัน ประเด็นนี้พอดีผมไม่ได้เป็น คสก. ก็คงเรียนดำเนินท่านอาจารย์ที่เป็น คสก. ที่เราต้องมีเวทีในการพูดคุยทำข้อตกลงของทีมประเมินกันอีกพอสมควรถึงจะเดินได้นะครับก็คงจะนำพิจารณาครับผม...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 8, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ทิศทางการดำเนินงานของ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจน ในช่วงแรกอยากให้ประเมินผลกระทบต่อประชาชน ระบบบริการที่เปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างไรบ้าง อยากให้เป็นลักษณะของการนิเทศงานระหว่าง รพ./ สสอ. มากกว่า...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 15, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...กสพ. น่าจะเป็นคนกำหนดนโยบายมากกว่านโยบายในเรื่องของ ทิศทางการทำงานส่วนการประเมินนี้ ไม่ต้องมากำหนดให้ว่าต้องประเมินแบบนั้นแบบนี้ว่าให้เอาไม่เอา...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 15, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...เครื่องมือในการประเมินนะครับก็ต้องเป็นระดมความคิดเห็นกันก่อนว่าจะเอายังไงเพราะว่าบ้างบางอย่างนี้เรายังไม่เพราะว่าจริง ๆ ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 15, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...การดำเนินงานในช่วงแรกของการถ่ายโอนมีปัญหาในเรื่องการทำงานเหมือนถูกกีดกันไม่มีใครมาสั่งการเหมือนเดิม ลักษณะการทำงานใช้วิธีการชวนกันทำ เป็นผู้คิดริเริ่มเอง ในส่วนการดำเนินงานตามภารกิจ ไม่หนักใจ เพราะมีมาตรฐานการดำเนินงานอยู่แล้ว...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 17, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ความพร้อมของแต่ละที่ไม่เหมือนกัน บุคลากรยังไม่ครบตามกรอบ SML สถานการณ์ยังขาดคน ยังไม่รู้เลยว่าจะได้คนตามกรอบไหม...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 19, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านความเป็นธรรม ควรให้ทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน รูปแบบการประเมินควรเป็นการประเมินในแต่ละอำเภอ ต้องการให้มีเวทีเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนกันระหว่างทีมประเมิน เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินร่วมกัน โดยในระยะแรกทิศทางการดำเนินงานของ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจน อยากให้ประเมินผลกระทบต่อประชาชน ระบบบริการที่เปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างไรบ้าง อยากให้เป็นลักษณะของการนิเทศงาน

2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)

“...กองการสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องขยายองค์กร ขยายกรอบเพิ่มบุคลากรที่สามารถควบคุมกำกับได้...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 6, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในการวางแผนในท่ามกลางที่จะออกประเมินเราในฝ่ายของกองสาธารณสุขบุคลากร มีน้อยนะครับ มีบุคลากรไม่กี่คน แล้วก็เป็นบุคคลที่พึ่งย้ายมาหรือบรรจุใหม่ ยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงาน สมมติว่าถ้าเขาออกมานิเทศติดตามงานเรา มันก็จะมีข่ายที่เป็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ในกรณีแบบนี้ ในของกองสาธารณสุขเราจะแก้ไขปัญหายังไง ถ้าจะออกมานิเทศติดตามหรือประเมินผลการดำเนินงาน เพราะว่าเหมือนว่าลักษณะการนิเทศการทำงานหรือประเมินผลการทำงานจะเหมือนลักษณะว่าให้ ผอ.รพ.สต. ทุกแห่ง เป็นคนประเมินผลการทำงานลูกน้องตัวเอง เหมือนที่กับชี้แจงในทุกอำเภอเนอะ อันเนี้ยก็เหมือน ผอ.รพ.สต. ทุกแห่งประเมินลูกน้องตัวเองในการทำงานผลการดำเนินงานเอ่อคลองสาสุขต้องขยายโอกาสขยายกรอบหรือขยายเป็นสำนักหรือเป็นฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งจะมีบุคลากรเข้ามาเพิ่มมากขึ้น ในส่วนนี้นะเหมือนกับแก้ไขปัญหาในการออกติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้ก็ถ้าแบบนั้นก็ต่อไปก็คือจะเป็นลักษณะเหมือนกับเฉพาะหน่วยงานของ สสจ. แต่กองสาธารณสุขของเราที่เป็นผู้บังคับบัญชาเราก็จะน้อยลงก็ที่ออกไปนิเทศงานก็เสนอส่วนนี้ด้วย...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 6, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ประเด็นเรื่องของ นอกจากเครื่องมือแล้ว คงต้องมีการพัฒนาทีมผู้ประเมินด้วยครับ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...การทำแผนปฏิบัติการต้องดูความต้องการของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีการบูรณาการแผนปฏิบัติการกับแผนสุขภาพตำบล...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...เกณฑ์ตัวชี้วัดเกิดจากเวทีอนุกรรมการแผนยุทธศาสตร์ของ อบจ. ซึ่งเกิดจากตัวแทน รพ.สต. ถ่ายโอน ของทุกอำเภอส่งเข้ามา ส่วนแรกใช่ไหมครับส่วนที่สองคือตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็เสนอเข้ามาด้วย แล้วก็มีทีมฝ่ายยุทธศาสตร์เข้ามาด้วย...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...การทำแผนการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ กสพ. วิธีการประเมิน ต้องดูบริบทของการทำงานที่เปลี่ยนไป การบริหารโครงการต่าง ๆ ทำยังไง ถึงจะเดินไปด้วยกันได้...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 8, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...อบจ. มีการจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดของ อบจ. และทำร่างให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน แต่กิจกรรมให้ดำเนินการใส่เอง...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 2, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...รพ.สต. ที่ถ่ายโอนอยากได้รูปแบบ R&D คิดเอง ทำเอง ประเมินเอง มีความสุขเอง ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 15, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ยังไม่พร้อมรับการประเมิน เพราะโครงสร้างยังไม่ลงตัว มองว่าทุกอย่างยังไม่เท่าเทียมกัน เรื่องงบประมาณ ถ่ายโอนเพื่อให้มีโอกาสบริหารทรัพยากรเอง...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 17, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านการตอบสนองความต้องการ กองการสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องขยายองค์กร ขยายกรอบ เพิ่มบุคลากรที่สามารถควบคุมกำกับได้ การจัดทำแผนปฏิบัติการต้องดูความต้องการของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีการบูรณาการแผนปฏิบัติการกับแผนสุขภาพตำบลยังไม่พร้อมรับการประเมิน ในระยะแรกบางส่วนยังไม่พร้อมรับการประเมินเพราะโครงสร้างยังไม่ลงตัว การจัดสรรทรัพยากรยังไม่เท่าเทียมกัน

3. ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection)

“...การสื่อสารตอนนี้ใช้กลุ่มไลน์ของ ผอ.รพ.สต. ทุกแห่งนะครับแล้วก็ถ้าใครได้ข่าวสารก็จะ โยนข้อมูลลงไปที่นั่น ไม่ว่าจะเป็นข่าวเรื่องการส่งงานเข้าประชุมข่าวต่าง ๆ ความก้าวหน้าข้อมูลต่าง ๆ นะครับแล้วก็การรวมตัวทำงานเป็นบางงานอย่างเช่นทำเอกสารที่ต้องช่วยกันจากการจ้างลูกจ้างการทำบางทีเราก็ต้องคุยกันนะครับ ก็เอาสถานที่ที่สะดวกเป็นศูนย์กลางหมุนเวียนมีท่าขอนยางบ้างมีบ้าน สระบ้าง ตามที่จะเป็นศูนย์กลางที่จะเป็นความสะดวกหมุนเวียนกันได้นะครับแล้วก็เจ้าภาพใจดีแล้วนะครับยินดีต้อนรับเราส่วนการประสานงานก็ยังเป็น คปสอ. เรามีคำสั่ง คปสอ. ชัดเจน แต่ตอนนี้ก็คือมีตัวแทน รพ.สต. ที่โอนย้ายทั้งหมด 14 แห่งมี ผอ. เข้าไป 5 ท่าน แต่เราขอเข้าประชุมทุกแห่ง ผอ. ที่ไม่ใช่คณะกรรมการ ก็เข้าประชุมด้วยเพื่อรับทราบรายละเอียดพูดคุยแลกเปลี่ยนกันมีการประชุมแล้ว 2 นัดตั้งแต่ตุลาคม...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในความคิดของผมบางส่วนที่เราได้รับงบสนุนอย่างเช่นงบพวกเวชภัณฑ์ ยา ส่วนนี้ที่เราต้องเข้าประชุมในเวที คปสอ. นะครับ ก็เป็นส่วนจำเป็นที่เราต้องเข้าประชุม...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...งบประมาณส่วนนี้เราไม่สามารถที่จะซื้อจะจ้างได้เองซื้อยาซื้อเวชภัณฑ์คือ เภสัชใน อบจ. ก็ไม่มีใช่ไหมครับที่จะดำเนินการในการจะจัดซื้อจัดจ้างในส่วนนี้เวลาเราไปพวกยาพวกเวชภัณฑ์ต่างๆในการประชุม กกต. เราก็ไปไฟท์ที่จะเอางบประมาณส่วนนี้เข้ามาด้วยบางส่วนโรงพยาบาลก็กันงบส่วนนี้ไปเป็นของเขา...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ถ่ายทอดประสบการณ์ พอดีหลังจากที่แก้ปัญหาในเรื่องของ M Money แล้วพอเราได้เงินมาเราวางกรอบให้ รพ.สต. ที่ขาดคนเราจ้างเหมาเลยครับ แต่ตอนนี้เราจ้างไม่ได้คือพยาบาลกับแพทย์แผนไทย หาตัวลากตัวยังไงก็ไม่ได้ครับ อันนี้คือเรื่องของแต่ละองค์กรนะครับก็คือการจ้างเหมาก่อนนะครับคือให้พยาบาลกับแผนไทยก็ถ้าได้ก็เอามาจ้างเหมาก่อนครับ แล้วก็เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกพิเศษครับ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 8, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในเรื่องของการสนับสนุนในสิ่งที่พี่ท่าน ผอ. แต่ละแห่งที่พูด อย่างประสบการณ์ที่เคยเป็นคณะอนุกรรมการในการประเมินแต่ละหมวด อย่างเช่นกลุ่มการประเมินปฐมภูมิ กลุ่มยุทธศาสตร์ แม้แต่การคัดเลือกสรรหา โดยได้ผ่านเวทีนะคะผ่านเวทีของคณะอนุกรรมการ ฯ ในการคัดเลือกกรรมการที่จะเข้ามาประเมินเราในช่วงแรกที่บอกว่า จะเดินไปด้วย ขนาดเราเสนอไป เอารายชื่อของเจ้าหน้าที่ สสจ. ให้คัดคนมาอีกคนกี่คนแล้วก็เสนอเข้าไปเข้าไป “ของเขาว่าสั่น” พอตีกลับมาท่านก็เอาคนของฝั่งนั้น เพราะงั้นในเรื่องของทัศนคติในการถ่ายโอนมันก็ยังมีคำว่าห่วงและหวงอยู่ ก็เลยเห็นด้วยกับ ผอ. ชาญยุทธ ในการประเมินเฟสแรกเราจะใช้ใครมาประเมินเราโดยใช้ ผอ.รพ.สต ที่ถ่ายโอนมาประเมิน เราจะใช้เวทีหรือเครื่องมืออะไรในการที่จะประเมิน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ก็เลยอยากเสนอว่าต้องเป็นคณะผู้ทำงานที่ผ่านการถ่ายโอน โดยจะได้เสนอไปยัง กสพ. แจ้งว่าเรามีเครื่องมือการประเมินไม่ได้คิดเองทำเองไม่มีคู่มือไม่มีผู้ทรงคุณวุฒิดูและอันนี้เลยอยากสนับสนุนในเรื่องการประเมินถ้าเป็นไปได้ ก็อยากได้ ผอ.รพ.สต. ที่ถ่ายโอยและคณะผู้ทำงานมาก่อนในการประเมินเพราะช่วงแรกจังวัดของเราก็ไม่เหมือนที่อื่น อย่างเช่น จังหวัดกระบี่ท่านก็สนับสนุน ขอนแก่นก็มาร้อยเปอร์เซ็น ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 11, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...บางท่านนี้คือ CFO ท่านจะรู้ว่าเราก็หมดทิศทางเขาก็ แล้วก็กำหนดทิศทางการทำงานนี้ไปไปฝั่งของทันมามากกว่า เราจะเสียเปรียบก็ง่าย ๆ อย่างเช่นตัวงบประมาณที่ตอนแรกงบประมาณนี้เราจะไม่ได้ใช่ไหม ทีนี้เราก็ต้องแสดงว่า รพ.สต. ก็แสดงอาการนิดหน่อยนะก็ได้มา ครับอันนี้คือ ตอนแรกนะอาจารย์...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 15, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ยังไม่พร้อมรับการประเมิน เพราะโครงสร้างยังไม่ลงตัว มองว่าทุกอย่างยังไม่เท่าเทียมกัน เรื่องงบประมาณ ถ่ายโอนเพื่อให้มีโอกาสบริหารทรัพยากรเอง...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 17, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...อยากให้มีบุคลากรตามกรอบ SML เพราะในการประเมินต้องดูความพร้อมของแต่ละที่ด้วย เนื่องจากจำนวนบุคลากรและทรัพยากรแตกต่างกัน...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 19, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... เรียนท่านอาจารย์ครับในเรื่องของบางอย่างที่เรายังมีรูปแบบของการบริหารจัดการในเรื่องของ คปสอ. อยู่ ก็บางเรื่องก็ยังบูรณาการในเรื่องของการทำงานอยู่ตอนนี้ถ้าเป็นไปได้นะครับในส่วนของ อบจ. ถ้ามีความพร้อมของบุคลากรไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเภสัชเรื่องของแพทย์ถ้าเราออกมาจากรูปแบบของการบริหารที่เป็นของอัตลักษณ์ของจังหวัดเราหรือว่า อบจ. เราตรงนี้น่าจะเป็นทางนึงที่เราน่าจะตัดขาดจากทางนั้นมา...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 24, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านความเสี่ยงสังคม & การเงิน การถ่ายโอน รพ.สต. ทำให้มีโอกาสในการบริหารทรัพยากรเอง แต่ยังคงพบปัญการการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ ในระยะแรกจึงมีบางแห่งยังไม่พร้อมรับการประเมิน ควรการนิเทศงานและประเมินผลกระทบต่อระบบบริหารสุขภาพของประชาชน

4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)

“...คือบุคลากรในการทำงานบางส่วนนะครับอย่างผู้ป่วย ผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาล ซึ่งเราต้องใช้เวที คปสอ. ที่ต้องดำเนินงานกับประชาชนในพื้นที่เรา ส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังกับการรักษาพยาบาลเราไม่มีบุคลากรในบางส่วนเช่นกายภาพบำบัดเภสัชหรือทันตะแพทย์หน่วยแพทย์ที่วงมาตรวจรักษาได้ในเวทีตอนนี้มันก็เริ่มมีการดำเนินงานเพราะว่าถ้าให้ไปพร้อมกันทั้งหมดไปโรงพยาบาลโรงบาลก็คงจะรับไม่ได้เพราะข้อมูลผู้ป่วยเป็นอยู่ UC ของเรา อะไรอย่างนี้นะครับ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 7, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...คือในความคิดเห็นในเรื่องของ R&D แล้วก็รูปแบบการประเมินเป็นลักษณะของ อบจ.ที่ถ่ายโอนของจังหวัดมหาสารคามที่พัฒนาไป แล้วก็มีอาจารย์เป็นผู้พัฒนา แล้วก็ตอบสนองของ กพร. ครับที่เป็น Happinomitor คิดเองและประเมินเองด้วย...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 15, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีอิสระในการบริหารจัดการ มีเครือข่ายในการประสานงาน แต่อยากให้มีการเพิ่มโครงสร้างในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้มีการติดต่อประสานงานและมีผู้รับผิดชองงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 14, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ในการประชุมคณะอนุกรรมการด้านปฐมภูมิ เมื่อยกประเมินเรื่องการประเมินขึ้นมาเราพูดอะไรไม่ได้เลย เพราะเป็นกรรมการส่วนน้อย คณะกรรมการเขาร่างกรอบมาแล้วให้เราทำตาม ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 17, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...รูปแบบการบริหารจัดการยังต้องประสานการทำงานร่วมกันกับ CUP ยังมีปัญหาที่ประสานงานลำบากในเรื่องโซน จึงดูแลกันในอำเภออยู่...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 25, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ครับผมครับเพราะว่าบางงานบางอย่างก็มีความเกี่ยวเนื่องกันอยู่นะครับก็เลยต้องทำงานร่วมกันอยู่ นะครับแล้วก็เอ่อทางกุดรังได้เออเมื่อก่อนนี่ก็ยังอย่างที่คุณพี่เตรียมบอกว่าเราเคยคิดว่าจะทำเป็นแต่ละโซนนะครับแต่ว่า ประสานงานเป็นบริเวณกว้างอาจจะ ไม่คล่องตัวเกี่ยวกับเรื่องของการที่จะประสานงานกันน่ะครับก็เลย ทางกุดรังก็ได้ได้ประชุมกันแล้วก็มาเป็นคณะทำงานขึ้นมาก็เป็นประทาน คณะดำเดินงาน ผอ.รพ.สต. แต่ละฝ่ายจัดแบ่งตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนไปแล้วเราก็จะ นำเรียนเสนอทางนายก องค์การบริหารส่วนตำบลลงนามเป็นคำสั่ง ในการบริหาร ภายใน แต่ละอำเภอไปนะครับ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 25, วันที่ 14 มีนาคม 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านประสิทธิภาพการบริการ การจัดบริการดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมีการเพิ่มโครงสร้างบุคลากรเพื่อให้มีการติดต่อประสานงานและมีผู้รับผิดชองงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การกำกับและประเมินผล ควรมีทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้มีส่วนได้เสียร่วมไปถึงประชาชนด้วย

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

4.1.7 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ได้ดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ 22 มีนาคม 2566 ณ ห้องประชุม PH2-210 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ดำเนินการอภิปราย ได้กล่าวถึงความเป็นมาของการจัดเวทีแลกความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งวันนี้ได้เชิญวิทยากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น บรรยายเรื่อง การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ผลการประชุมเสนอความคิดเห็นมีดังนี้

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้มอบนโยบายในที่ประชุม ดังนี้

1) มอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการบริหารจัดการทุกเรื่อง

2) การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาล หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด การเชื่อมเครือข่ายทั้งโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขสุขอำเภอ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายกันเราเชื่อมกันอย่างไร้รอยต่อ

3) การประสานความร่วมมือในทุกเรื่อง ทั้งภายในและภายนอก

4) การจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากกับพี่น้องประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ทำให้การทำงานการดูแลสุขภาพของพี่น้องประชาชนเป็นไปอย่างก้าวกระโดด

5) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จะเป็นภาคีเครือข่ายในด้านการบริการ ที่จะได้รูปแบบของกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจะเป็นต้นแบบให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้ง 49 แห่ง

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

สรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 Building Blocks

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1. ประเมินการให้บริการครบ 5 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 2. ประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการ 3. ประเมินความพร้อมการจัดบริการและการพัฒนาบุคลากรด้านการให้บริการ 4. กำหนดตัวชี้วัดหรือเป้าหมายการทำงานให้ชัดเจน มีการเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อทุกหน่วย 5. ประเมินผลตาม KP ในด้านการบริหารและแนวทางการดูแล การปฏิบัติร่วมกันในส่วนท้องถิ่น 6. ประเมินผลการดำเนินงานใน HDC ตามระยะเวลาที่ประเมินรอบที่ 1 (ต.ค.65-ก.ย.66) รอบ 2 (เม.ย.66-ก.ย.66)	1. มีคู่มือมาตรฐานการจัดบริการแบบประเมินตนเองแบบประเมินอิงเกณฑ์ 2. การนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 3. ติดตามผลการดำเนินงานแต่ละโครงการ 4. ประเมินผลการดำเนินงานบางตัวชี้วัดในระบบคลังข้อมูลกลาง (HDC) 5. ประเมินทุกหน่วยบริการทุก รพ.สต.อย่างน้อยหนึ่งแห่งต่อปี 6. มีแผนการปฏิบัติงาน มีเป้าหมายมีระบบเวลาของงานและสรุปผลการดำเนินงาน	ทุก 6 เดือน	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4.กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 Building Blocks (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
	7. กำหนดมาตรฐานระบบหน่วยบริการในเป็นสากล 8. มีรูปแบบที่มาจากเกณฑ์ในการบริการ อ้างอิงตามหลักการมาตรฐาน			
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Work Force)	1. ประเมินกรอบอัตรากำลังตามขนาดหรือภาระงานตามบริบทของพื้นที่ ตามเกณฑ์ S M L 2. พัฒนาค่าตอบแทน 3. พัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ 4. จัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอกับภาระงานและจัดหาบุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน	1. ประเมินติดตามผลการดำเนินงานกับสัดส่วนงานและบุคลากร 2. ประเมินกำกับบุคลากรและตำแหน่งใน รพ.สต. 3. อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ประเมินตามโครงสร้างกำหนดกรอบ รพ.สต 4. ผลการสำรวจจำนวนบุคลากรการสำรวจหลักสูตรการอบรม	ทุก 6 เดือน	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4.กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 Building Blocks (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)	1. คู่มือมาตรฐานข้อมูลหน่วยบริการ 2. การรับรู้ของประชาชนพัฒนาการจัดการ Health Data 3. มีการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นแนวทางเดียวกัน สามารถเชื่อมโยงกันทั้งระบบสุขภาพ ลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน 4. มีกิจกรรมในการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ การให้บริการผู้ป่วยตามโปรแกรมการบันทึกข้อมูล 5. การจัดการระบบสุขภาพในโปรแกรม 6. ตามระบบข้อมูลและผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับระบบบริการ 7. มีระบบข้อมูลติดตามสามารถแก้ไขได้ 8. ความสมบูรณ์ของโปรแกรมความถูกต้องของข้อมูลระบบ E-Claim ต่าง ๆ แม่นยำความถูกต้องสูง สามารถนำมาเป็นผลงานเวชศาสตร์ได้	1. เทียบเกณฑ์มาตรฐาน 2. มีการติดตามประมวลผลข้อมูลข่าวสาร 3. การประมวลผลตามโปรแกรม เช่น HOS-xP 4. การนำข้อมลไปใช้ในการแก้ปัญหาประเมินระบบข้อมูลในส่วนข้อมูลหลังของ รพ.สต. 5. การส่งข้อมูลเพื่อมาหน่วยบริการปฐมภูมิระบบรายงาน HDC ระบบ E-Claim	ทุก 6 เดือน	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ทีม IT ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4.กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย /หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 Building Blocks (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)	1. ประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ 2. มีการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ทดแทนการชำรุดและอุปกรณ์ใหม่ที่ทันสมัยเพิ่มเติมตามแผนกลยุทธ์ 3. จัดอบรมวิชาการพัฒนาเครือข่ายและการใช้เทคโนโลยีจัดหาเสริมศักยภาพหน่วยบริการ 4. ระบบที่เชื่อมต่อการทำงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐานของการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ 5. เจ้าหน้าที่ยังขาดด้านนี้มาก มีแค่ DTX,BP อื่น ๆ	1. การประเมินผลและการสำรวจวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อุปกรณ์ทางการแพทย์ใน รพ.สต. 2. ความครอบคลุมของเครื่องมือแพทย์ 3. ติดตามความครบถ้วนครอบคลุม 4. เครื่องมือ ได้มาตรฐานมีซ่อมบำรุงทุกปี วันเดือนปีหมดอายุ	ทุก 6 เดือน	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4.กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย /หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)	1. ตรวจสอบและวิเคราะห์ต้นทุนด้านสุขภาพแต่ละกิจกรรม E-claim 2. มีการจัดสรรงบประมาณโดยการโอนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ	1. คู่มือหรือแบบวิเคราะห์ต้นทุนสุขภาพมาตรฐาน	ทุก 6 เดือน	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 Building Blocks (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
	3. มีการดำเนินการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามผลงานที่ดำเนินงาน การรับ-จ่ายงบสนับสนุนจากผู้สนับสนุนงบประมาณ 4. จัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมแต่ละบริบทให้มีโอกาสได้รักและบริการจัดการระบบหน่วยบริการ 5. มีระบบค่าเกณฑ์ค่าใช้จ่ายในระบบ รพ.สต. หน่วยบริการแต่ละอย่าง โครงการ วัสดุครุภัณฑ์ ลูกจ้างค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	2. ติดตามการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการ 3. การดูแลในระบบการบันทึกข้อมูล 4. การเบิกจ่ายงบประมาณตามงวด 5. ระบบการเงินการให้บริการด้านสุขภาพและจัดหาบุคลากรแต่ละด้าน 6. ติดตามตรวจสอบ 7. มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างแผนเงินบำรุงความถูกต้องของเอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง		2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4.กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย /หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)	1. ประเมินวิสัยทัศน์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านองค์ความรู้เศรษฐศาสตร์สุขภาพ	1. กำกับติดตามวิสัยทัศน์โดยผู้บังคับบัญชา		1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

ตารางที่ 12 ความคิดเห็นด้านการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดตามแนวคิดเกี่ยวกับ 6 building blocks (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
	2. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน/หัวหน้าหน่วยงานเกี่ยวกับภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 3. ความพึงพอใจของบุคลากรในองค์กร 4. พัฒนาศักยภาพผู้นำและจัดระบบสร้างเกณฑ์บริการทุกระดับ 5. มีการกำกับตรวจสอบในการประเมินภาวะผู้นำ บทบาทของ ผอ.รพ.สต. ในการนำองค์กรการบริหารจัดการใน รพ.สต. 6. ควบคุมติดตามประสานแก้ไขปัญหาแนวคิดใหม่ใหม่คุณธรรมนำพาให้จนสำเร็จ	2. จัดแผนการพัฒนาศักยภาพและติดตามแผนกิจกรรมนิเทศติดตาม 3. การประเมินติดตามเกณฑ์ที่กำหนดตัวชี้วัดผลงานความร่วมมือความเสียสละ		2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4.กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย /หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ควรให้มีตัวชี้วัดในการประเมินให้ชัดเจนก่อน
2. เน้นการนิเทศ ติดตาม แนะนำ
3. การจัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้เข้าร่วมเสวนาเผยแพร่แลกเปลี่ยนทุกระดับ
4. ควรเพิ่มคณะกรรมการภายในอำเภอที่ประกอบด้วยหลายส่วน เช่น สสอ. รพ.สต. เป็นตัวแทน

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
1.ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)	1. วิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ 2. มีรูปแบบการประเมินที่เป็นธรรม ตัวกำหนดที่ชัดเจน 3. การเข้าถึงบริการทุกสิทธิ์การักษา 4. ความรู้ความสามารถในงาน ความอดทนต่องานที่ทำ ความเสียสละต่อสังคม ความคิดสร้างสรรค์ ความมีคุณธรรม	1. กำหนด KPI ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ 2. ความตรงต่อเวลาตัวชี้วัด 3. สมรรถนะแต่ละคนการปฏิเสธงาน	ปีละ 1 ครั้ง	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4. กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.
2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)	1. การได้รับสนับสนุนปัจจัย 4 M 2. มีแบบฟอร์มการทำงานด้านความต้องการ มีบทบาทรับผิดชอบ 3. การประเมินความพึงพอใจจากการมารับบริการ 4. สิทธิ์ประโยชน์ของแต่ละคนสวัสดิการ	1. แบบประเมินความพอเพียงของปัจจัย 4 M 2. คู่มือสิทธิ์ประโยชน์	ปีละ 1 ครั้ง	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต.

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
				3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4. กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.
3. ด้านความเสี่ยงสังคม & การเงิน (Social and Financial Risk Protection	1. KM ระเบียบและคู่มือการปฏิบัติงานของท้องถิ่น 2. มีรูปแบบที่เป็นตามเกณฑ์ของท้องถิ่นทาง อบจ. 3. การวิเคราะห์ความเสี่ยงในองค์กร รพ.สต. ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีแบบแสดงจุดแข็งจุดอ่อน ค่าใช้จ่าย	1. นิเทศโดยผู้เชี่ยวชาญของกองคลังและการเงิน อบจ. 2. แบบประเมินความเสี่ยง คำสั่งมอบหมายหน้าที่แผนควบคุมการเงิน	ทุก 6 เดือน ปีละ 1 ครั้ง	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4. กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงาน เกณฑ์การกำกับและประเมินผล/ตัวชี้วัด	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน
				6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.
4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)	1. แผนยุทธศาสตร์บริการสุขภาพ 2. มีรูปแบบการบริหารที่กำหนดมาจาก กสพ. และเครือข่าย รพ.สต. ทั้งหมดที่กระจายอำนาจ 3. การรับเรื่องร้องเรียนการให้บริการการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเรื่องการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน 4. ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพยึดมั่นความถูกต้องโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง	1. คัดเลือก KPI จากยุทธศาสตร์ 2. นิเทศติดตามตรวจสอบจากทั่วทุกฝ่าย 3. แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ 4. แบบประเมินความพึงพอใจกฎหมายวิชาชีพ	ปีละ 1 ครั้ง	1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4. กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. คณะกรรมการการถ่ายโอนเป็นคนประเมินเพราะเป็นผู้รู้แนวทางที่ชัดเจนและสามารถชี้แนวทางแนะในการพัฒนาการ ทำงานได้ชัดเจน

2. เลือกเอาตัวชี้วัดที่สามารถทำได้และสามารถทำได้ภายใต้กรอบ รพ.สต. ถ่ายโอน

3. ในช่วงเปลี่ยนผ่านการดำเนินงานในหลายหลายด้าน ด้านกำลังคนวัสดุอุปกรณ์การประสานงานกับเครือข่ายบริการสุขภาพมีตัวชี้วัดในการบังคับบัญชาทุกอย่างการคล่องตัวในการดำเนินงานเพื่อให้บริการแก่พี่น้องประชาชน

4.1.8 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามในวันที่ 4 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมไพลิน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้ดำเนินการอภิปราย ได้กล่าวถึงความเป็นมาของการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และรับฟังข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการวางนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสาธารณสุขอำเภอ ผลการประชุมเสนอความคิดเห็นมีดังนี้

“...การถ่ายโอนมิติเชิงนโยบายกำกับประเมินผล ต้องถามก่อนว่านอาจารย์ใช้ตัวแบบของอะไร ถ้าใช้ตัวแบบของ 6 Budling Box ก็จะมองว่าเป็นไง แต่ถ้าใช้ตัวแบบของการจัดการกิจการที่ดีมันมีตัวแบบอะไรที่จะวัดได้ตอนนี้อยู่ส่วน อบจ. บ้านเราเนี่ยมันไม่เหมือนกับต่างประเทศ การกระจายยังไม่เหมาะสม อย่างเช่นการให้บริการ การบริหารจัดการในส่วนของโรงพยาบาลตอนเช้าเนี่ยคนอาจจะเยอะ ตอนบ่ายคนอาจจะว่าง ควรจะแบ่งคนตามปริมาณงานที่ว่าในการบริหารจัดการว่าเวลาไหนควรจะทำอะไร ไม่ควรนัดเวลาเดียวกันเพราะการมาพร้อมกันคนก็มาเอาเวลาเดียวกันจริง ๆ ที่อยู่ได้ก่อนหน้านี้เพราะว่าทรัพยากรมีโรงพยาบาลซัพพอร์ต กำลังจะบอกว่าวิชาการที่อาจารย์มหาลัยที่เรานำมาใช้ตัวที่จะขับเคลื่อนงานปฐมภูมิวันนี้เราใช้น้ำหนักอะไรในการวัด ของกระทรวงเราเนี่ยพื้นฐานของวิชาการวิชาชีพของบุคลากร แค่มูฟจากข้าราชการจากศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยนฐานการดำเนินงานเป็น อบจ. อบต. คนที่จะเสียหายที่สุดก็คือว่าถ้าผมมองเพื่ออะไรซึ่งวันนี้มันมีบัฟเฟอร์ 1 ที่ทางเขาอยากให้ก็คืออยากให้ทางสาธารณสุข เพราะมันออกจากกันแล้วเนี่ยมันจะเป็นส่วนของความรู้สึก Emotional Management ออกไปแล้วจะไปสนใจทำไม แต่ความสัมพันธ์ดั้งเดิมที่มันอยู่ตรงนี้ถ้าให้วิเคราะห์นะประเด็นของการถ่ายโอนเนี่ยมันส่วนของ Relation Keyword คำเดียวคือ Relation คำถามง่าย ๆ คือ ณ วันนี้ที่ถ่ายโอนแค่ประเมินเรื่อง Relation ระหว่างบุคลากรใน Relation ในช่วงของเลเวลมีความแตกต่าง พวกเราเองที่เป็นตัวนี้ระหว่าง Relation ของ อบจ. อาจจะกระชับขึ้น มันกลายเป็นว่าประเทศไทยเราไม่มีระบบประกัน

ความเชื่อมโยง ณ ปัจจุบันยังอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวมันเลยกลายเป็นความเข้มแข็งมากขึ้นเพราะเป็นความสัมพันธ์ส่วนตัว ดังนั้นในเชิงนโยบายที่ผมจะกำกับคีย์เวิร์ดคือ Relation อย่างน้อง ๆ ที่อยู่ รพ.สต. คนที่ทำงานอยู่แล้วที่ผลงานไม่ดรอปเพราะมันมี Relation อยู่กับเรา กับประชาชน อย่างเดียวนะ กับคนที่มันดรอปกับก่อนหน้านี้ ถึงแม้ว่ามันจะโอนย้ายผลงานมันดรอปลงมันก็ยิ่งดรอปลงไปอีก

ตอนนี้ห้องทำงานติดแอร์ สถานที่สะดวก คนก็อยากอยู่ประชาชนก็มา กลายเป็นว่าจิตวิญญาณที่หายไปอุตส่าห์ Socialization สาธารณสุข 100 กว่าปี มันหายไปด้วยกระบวนการเชิงการเมืองโดยใช้ พรบ. ฐานวิชาการในภาคเรายังอยู่ พอไป อบจ. เขาจะสนับสนุนทางวิชาการของน้องเรายังไง ถ้าจะซื้ออุปกรณ์ซื้อยาต่าง ๆ มันยังมีโรงพยาบาลซื้อให้ มีการเชื่อมโยงของ Outsource ของทรัพยากรต่าง ๆ ด้วยวิชาการ ตอนนี้ซื้อด้วยการเมือง กลายเป็นกระทรวงอื่นใช้เรื่องของอุปกรณ์ทางการแพทย์ โอเคเขาอาจจะซื้อทรายอเบทได้ แต่เรื่องของสเปค Virility ต่าง ๆ ทางวิชาการตรงนี้จะมีอะไรมาช่วย ในสิ่งที่เกิดขึ้นแต่ประชาชนยังเป็นเป้าหมาย ตอนนี้เหมือนเอาประชาชนเป็นตัวประกัน ถ้าพูดอย่างหยาบ ๆ ปัญหาคือฐานของเราง่าย ๆ คือ 3 ฐาน relation วันนี้ระหว่างประชาชนกับเรากับ รพ.สต. กับเรา ระหว่าง อบจ. ก็ตาม ตรงนี้กำลังจะมี Relation ที่เปลี่ยนไปและมีผล Output Outcome ก็จะต่างกัน แค่งานฉีดวัคซีนพื้นฐานการให้การรักษาต่าง ๆ ระหว่าง รพ.สต. เมื่อเทียบกับอยู่กับเรากับ อบจ. ผมรู้สึกว่ากระทรวงกำลังทำสวยหรูคือ Soft Power แต่ Soft Power 100 ปีหายไปภายในพริบตา ถ้าจะให้เขากลับคืนมา กลับมาก็ยังถูกสติ๊กเลยขนาดไปแป๊บเดียว ผมกำลังจะบอกว่าการทำประเมินวิจัยที่อาจารย์ในวันนี้อาจจะได้ตัวแบบมาอย่างนึง แต่ลึก ๆ เองพวกเรายังไม่ได้วิเคราะห์ถึงตัวแบบที่มันใกล้เคียงกับความเสถียร ตอนนี้กลายเป็นว่ายิ่งทำยิ่ง Chaos ยิ่งมากขึ้น ทุกคนก็จะใช้ Power On The Orderly คือการสั่งการ ต่อไปมันยิ่งกระจายอำนาจ น้อง ๆ ขาดเหลืออะไรใครจะดูแล เขาไม่มีศักยภาพที่จำเป็นหรือตัว Support เขาก็จะบอกประชาชนว่าให้มาโรงพยาบาลเด้อ ก็จะกลับมาสู่ 20 ปีก่อนที่ทุกคนมาโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาเราพยายามให้ รพ. สต. เข้มแข็งเขาเข้มแข็งเพราะงาน และมี Backup มีการ Support เพราะหมอเราหรือว่าทีมไปรองรับทุกการดำเนินการ เป็นตัวการันตีว่ามี Relation ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“ ...จริง ๆ แบบเนี่ยพวกเราต้องเข้าใจนิดนึงเนาะ ตั้งแต่ปี 45 ตอนนี้ก็ 20 ปีนะ ผมจำได้ว่าตอนปีต้มยำกุ้ง อ.นพดลไปดูงานมาจากต่างประเทศ แล้วเราไม่ได้นำมาทำต่อ เราเนี่ยเสียโอกาสในการที่จะกระจายออกค่อย ๆ วางแผน ที่ท่านว่าปัญหาพวกนี้จะต้องถูกเรียนรู้และแก้ไปเรื่อย ๆ ถามว่าถ้าจะนิ่งดูดายเนี่ยมันก็กลายเป็น Re-Action มันกลายเป็นว่าพวกเราแก้ปัญหาแบบนี้ Re-Action เราไม่ใช่แก้ปัญหาตอบโต้ทำมาก็แก้ไป แต่ถ้าได้เวลาตอบสนองแค่เนี่ยมันจะเดือดร้อนทั้งระบบนะครับ ว่าเรื่องนี้จะถูกแก้ด้วยระบบยังไง ถ้าระบบไม่ชัดและราชการเราก็ต้องมีการทำอยู่ 2-3 อย่าง คือท่านอาจารย์อำนาจเนี่ยเราต้องมีการควบคู่กันว่าในเรื่องของ Regulation อะไรบ้าง ที่ผ่านมาผมพูดตามตรงนะที่ อบจ. มีปัญหาเพราะว่าใช้ดุลยพินิจมากเกินไป วิธีการแก้ปัญหาโดยอันไหนที่ไม่ชัดต้องลดขั้นตอนหรือว่า regulate ให้มันชัดครับ โจทย์ของมันก็คือตอนนี้เราไม่รู้ว่าจะทำด้วยอะไรตอนนี้เรา รพ.สต. เราเองพูดตามตรงนั้นเขาบอกว่าจะทำอะไรเขาก็ยินดี เขาก็เรียกนะแต่เราไม่ใช่นายเขาก็ต้องผ่าน อบจ. ทุกครั้งแต่อบจ. กองสาธารณสุขกับทีมความพร้อมตรงนี้เนี่ย คือผมก็ยังแปลกใจว่าถ้าจะให้

ย้อนย้อนกลับไปคุณเอาศักยภาพและไปเชื่อได้ขนาดไหน ตอนแรกที่เราไปอยู่ตอนแรกเราไปแค่เท่าไหร่นะ 26 แต่ อบจ.ชี้เลยเขตพื้นที่เลือกตั้งเอาตรงนี้ ๆ แล้วก็ประเมินว่าพร้อมจะดูแล คำถามที่ว่าเราจะนิ่งดูดายมั้ย มันกลัดกระดุมเม็ดแรกผิดแล้ว คนที่จะทำได้คือใคร อาจารย์ที่ทำให้ทำวิจัยเชิง Voice & Exit ใช่มั้ย ถามว่าใครมี Authority ในการ Exit ตรงนั้น ถ้าผมมีอำนาจ ผมก็ Exit ได้ แต่มันไม่ใช่ เพราะมันมี Conflict ทุก Level ทุกขั้นตอน Exit ดังกล่าวมันไม่อยู่ในหน้าที่ผมทำได้ไง อาจารย์ทำวิจัยไปรอบ ๆ เนี่ยข้อเสนอดีมากครับ อาจารย์เคยวิจัยงานวิจัยไหมว่าที่อาจารย์ทำวิจัยเสร็จแล้วข้อเสนออาจารย์ที่พูดไปเนี่ยมันถูกเอาไปใช้สักกี่เปอร์เซ็น ถ้าอาจารย์ไม่มีคำตอบตรงนี้นะผมบอกไว้เลยว่าเราวิจัยแล้วเรารู้สึกเหนื่อยเหมือนกันนะ อันนี้คือคนทำงานจะรู้สึกคือผมเข้าใจความรู้สึกนะ แต่ถ้าคุณทำวิจัยแล้วไม่ค่อยเสนอนะอย่างน้อยมันถูกนำไปใช้แล้วมันเกิดรูปแบบที่คิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ มันจะต้องมีเครื่องมืออะไรที่ทำให้ Exit ของเราเนี่ยได้ถูกนำไปใช้ซึ่งพูดตามตรงนะมันก็ยัง Depend On หลายอย่าง พูดตามตรง นั้นอาจารย์พอออกสื่อว่ามันมี Conforming Factor มหาศาลเลยถูกไหมฮะ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ผมขออนุญาตเล่าของจังหวัดมหาสารคาม เรื่องรูปแบบการประเมินของเราตั้งแต่เริ่มเริ่มต้นก่อนจะมีการถ่ายโอน เรามีการทำแผนร่วมคือวางเป้าหมายในการดำเนินการจัดทำแผนในระบบปฐมภูมิ พอมีการถ่ายโอนทั้ง 2 ส่วนเขาเสนอให้มีอนุกรรมการย่อยในการที่จะช่วยกันพิจารณาการพัฒนาการแก้ไขปัญหาที่เจอทั้งหมด การเตรียมความพร้อม 5 ด้าน 1. ด้านของยุทธศาสตร์นิเทศประเมินผล 2. เรื่องของการเงิน 3. เรื่องของบุคคล 4. เรื่องของการบริการในระบบปฐมภูมิ 5. เรื่องกฎหมายและข้อร้องเรียน ส่วนเราได้มีอนุกรรมการ กสพ. แล้วทีนี้เรากำลังดำเนินการพูดคุยแล้วก็ดึงตัวชี้วัดร่วมระหว่าง อบจ. และก็ รพ.สต. ที่ยังอยู่ในระหว่างพิจารณาครับ ก็เลยเอาตัวนี้วางไว้ในการที่จะนิเทศและประเมินผล แต่ว่ามันมันอาจจะเป็นลักษณะร่วมระหว่าง สสจ. กับ อบจ. ลงไปนะครับ อันนี้คือข้อมูลเบื้องต้นให้อาจารย์ได้ทราบว่าของสารคามลักษณะทำแบบนี้

ซึ่งตอนนี้ KPI นี้ยังอยู่ในกระบวนการทำอยู่ พอเสร็จตัวนี้ปุ๊บเราก็จะเข้าสู่อนุกรรมการ กสพ. และให้ กสพ. รับรอง รับทราบเราก็จะดำเนินการ ถ้าถามว่าอยากให้มีการประเมิน รพ.สต. ตรงนี้มั้ย ผมเห็นด้วยมาก ๆ เราเห็นความแตกต่างระหว่าง รพ.สต. ที่ไป อบจ. กับที่ยังอยู่ของเราเนี่ยอันนี้ค่อนข้างแตกต่างกันมาก ผลงานที่เคยสูงตอนนี้มันดรอปลงค่อนข้างชัดเจน อย่างเช่นคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ทำแบบปกติเนี่ยไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ตอนนี้น่าจะประมาณ 70 - 80% ตอนนี้เหลือประมาณ 30 - 40% ซึ่งมันต่างกันมาก อันนี้คือการคิดตามกำกับชัดเจน ส่วนประเด็นว่าการออกไปแล้วไม่อยากจะนั่นก็อาจจะมีบ้างอยู่ คนที่ไม่อยากให้ไปยุ่ง บางคนก็ยังเลือกสาสุขอยู่ ก็ยังมีอยู่ก็ไม่ใช่ 100% น่าจะมีทั้งมีและไม่มี เพราะฉะนั้นส่วนตัวการทำของผมเนี่ยก็คิดว่าควรมีการประเมินอยู่....”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 2, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...รพ.สต.ที่ถ่ายโอนเขาก็รับทราบทั้งหมดนี้ใช่มั้ยครับ...”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 4 เมษายน 2566)

“...รับทราบในหลักการ ส่วนรายละเอียดตัวนี้เรายังไม่ได้คุย เพราะว่าตอนนี้ยังไม่เสร็จ พอเสร็จปุ๊บเนี่ยเราจะมีอนุกรรมการของฝ่ายสาธารณสุขแจ้งให้พวกเราได้รับทราบแล้วก็ Accept ร่วมกัน เสร็จแล้วก็จะเอาเข้าสู่อนุกรรมการร่วมระหว่างสาธารณสุขกับ อบจ. พอผ่านตรงนี้ปุ๊บ เขาจะรู้ว่าเราจะมีกระบวนการนิเทศและประเมินผล จะมีแต่ละอำเภอจะรับประเมิน ก็จะมี อบจ. แล้วก็เจ้าหน้าที่สาธารณสุขครับถ้า 5x5 คือ อบจ. 5 คนแล้วก็สาธารณสุขสุขแต่ละอำเภอ 5 คน...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 2, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น

“...ผมมองประเด็น M&E ใน 3 เรื่องคือ บริหาร บริการ และวิชาการ ในประเด็นการถ่ายโอน ผมคิดว่าสิ่งที่มันเห็นผลชัดก็คือเรื่องการบริหารจัดการ ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. แต่เรื่องเกี่ยวกับบริการและวิชาการผมว่าตัดกันไม่ขาดนะครับ บริการเองเนี่ยเจ้าหน้าที่เองเขาก็ยังจะต้องให้บริการ แต่ประเด็นการ M&E เนี่ยจะเป็นประเด็นที่สำคัญมาก คุณภาพในการให้บริการได้หรือเปล่า ในฐานะที่เป็นผมเป็นส่วนหนึ่งก็คือเป็น Side Visit เองผมมองว่าตอนนี้ยังไม่เห็นผลชัดเนื่องจากว่าประชาชนเองเนี่ยเมื่อเขาไม่ได้รับการ Service เค้าก็จะหนีไปอยู่ส่วน รพ. ก็เลยทำให้แบบนี้เองเราก็เจอนะครับไม่ว่าจะเป็น OPD ก็ตาม หรือทันตกรรมก็ตามก็จะพบว่าปริมาณคนไข้เยอะขึ้น ผมคิดว่าส่วนหนึ่งก็คือคนไข้เองพอได้รับการ Service ที่อาจจะไม่ตรงหรือไม่มีความเชื่อมั่นศรัทธาอะไรต่าง ๆ เนี่ยผมคิดว่าเขายังมีทางเลือกได้ วิชาการอาจจะยังไม่เห็นผลชัดครับ แต่ผมคิดว่าเมื่อเวลาผ่านไปเนี่ยสักปีสองปีผมคิดว่าจะเห็นความแตกต่างแล้วก็เป็นประเด็นที่สำคัญที่เราจะต้องทำเรื่อง M&E ให้มากขึ้นในเรื่องของบริการและวิชาการ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 3, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...สายงานของผมดูแลเรื่องฝ่ายสนับสนุน เรื่องของวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา กำกับดูแลระบบยาของจังหวัด ในรูปแบบแต่ก่อนเราก็เป็นโรงพยาบาลซัพพอร์ตในเรื่องของการให้ยาและเวชภัณฑ์ การดำเนินงานก็จะมีการนำไปส่งตาม รพ.สต. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบใหม่ก็อาจจะต้องเข้าไปรับเอง...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 4, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... ตอนนี้ยังสนับสนุนอยู่ เรื่องของยาและเวชภัณฑ์ตอนแรกก็ยังหนักใจ แต่ส่วนกลางบอกว่าให้สนับสนุนก็ยังสนับสนุนอยู่ แต่ส่วนที่เป็นกังวลก็คือมาตรฐานวิชาชีพที่เราเคยเข้าไปกำกับการบริการด้านยาให้กับประชาชนแล้วก็จะมีการติดตามกระบวนการต่าง ๆ ของ รพ.สต. แล้วก็ประเด็นของงานปฐมภูมิที่เกี่ยวกับงานเภสัชกรรมอะไรต่าง ๆ ตอนนี้ รพ.สต. ที่ประชาชนยังไม่เข้าใจบทบาทที่เขาทำตอนนี้มีงานรักษาอย่างเดียว แต่ว่าในอนาคตการทำงานที่กับสาธารณสุขเราเนี่ยมันจะมีลักษณะของตัว Monitor ที่ในระดับจังหวัดที่ต้องมีการติดตามในเรื่องของการทำงาน แล้วก็ในอำเภอเข้มงวดมากทางสาธารณสุขอำเภออันนี้เดินด้วยระบบทั้งด้านวิชาการ ทั้งบริหารต่าง ๆ แยกออกไปก็จะเป็นรูปแบบหนึ่ง ในอนาคตอาจจะจัดหาเองได้ ลักษณะคือเท่าที่คิดน่าจะมีเภสัชอยู่ที่ อบจ. แล้วก็มีกระจายให้ไปตาม รพ.สต. ต่าง ๆ วัสดุของสาธารณสุขเนี่ยมันมีหลายเกรด อย่างเช่นยาพารามีตั้งแต่ 20 สตางค์ถึง 2 บาท ซึ่งมันมีหลายเกรด ซึ่งมันอาจจะต้องมีการควบคุมและต่างคนต่างซื้อเองถ้าไม่มี

การตรวจสอบคุณภาพประเด็นนั้นน่าจะอยู่ลักษณะส่วนของจังหวัดกระจายให้ถ้าจะให้ รพ.สต.ซื้อเองก็น่าจะยาก...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 4, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ถ้า อบจ. จัดการเองแล้วจ้าง Our Source เข้ามาจัดการในเรื่องของมาตรฐานทาง อบจ. ก็เตรียมแล้วล่ะเพราะ อบจ. หลายทีมเขาก็มาจากแพทย์แล้วก็เตรียมในการที่จัดการพวกนี้ เพราะมันเห็นเม็ดเงินที่เข้ามาในตอนนี้ที่จะเข้าไปได้เป็นเม็ดเงินที่ได้เล็กจาก สปสช. มาโดยตรงในส่วนของ PP และบางตัวทางมหาสารคามคิดแบบนั้นศักยภาพไม่ถึงผมว่าไปกันใหญ่ ...”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 4 เมษายน 2566)

“...เราสงสารประชาชนทิ้งไม่ได้หรอก เช่น เป็นโรคความดัน เบาหวาน เรายังคงต้องจ่ายออกให้บริการเหมือนเดิม ครับเห็นประชาชนเป็นที่ตั้งก่อนใครไม่ทำเราทำ ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 3, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ผมว่าเรื่องกระจายอำนาจเป็นเรื่องที่ดี แต่พอได้มาทำ มันเหมือนกับว่าเราทำฝ่ายเดียว ทำแต่กระทรวงสาสุข เราไม่ได้ทำกับชุมชนหรือว่าองค์กรอื่น ๆ ที่เขามีการประสานด้วย เรื่องท้องถิ่น บ้าน วัด โรงเรียนแม้แต่ชาวบ้านยังไม่รู้ว่ามันจะไปยังไง ที่เราเคยทำมาคำตอบคือสาสุขในชุมชนระบบความเข้มแข็งระบบยั่งยืนดูแลกันเอง อสม. อย่างนี้ยังไม่ได้รู้ว่าเราจะต้องไปยังไง ผลกระทบของหน่วยบริหารสาธารณสุขกระทบมาก ตอนนี้แยกออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ถ่ายโอนกับไม่ถ่ายโอน ที่เคยทำที่เคยอยู่กับพวกเราแต่ก่อนเราไม่เคยบอกใครกล่าวใครสอนประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงานต้องรู้จักช่วยเหลือ การทำอะไรที่มันเกิดผลดีต่อสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ตอนนี้เขาไม่ได้มองลักษณะนี้ เรื่องนโยบายการเมืองแม้แต่ทาง อบจ. ผมกับท่านรองนายก อบจ. รู้จักกันดี ผมก็ลองถามดูมีเสียงจากคนที่เคยอยู่ในชุมชนและผู้บริหารต่าง ๆ ถ้าสาธารณสุขตอนนี้ รพ.สต. เป็นยังไง ทำไมแม้แต่การปฏิบัติหน้าที่ มันขาดหายเหมือนเขาต้องถูกทอดทิ้งไป ผมก็เลยถามกลับว่าท่านรองนายกท่านเข้าใจมีแผนที่จะแจ้งเข้ายังไง ไม่มีแผน แต่ว่าคนก็เยอะอยู่นี่รพ.สต.เขาไม่รู้หรือไงว่าในการทำงานของพวกเรามันจ๊อบงานไม่เหมือนกัน หน้าที่วิชาชีพงานส่วนหนึ่งของพวกเราที่ขาดไปทาง อบต. ถามท่าน ลูกน้องเก่าทำไมปล่อยจังกองทุนสุขภาพตำบลถามทำไมไม่มาประชุม มันหายไปเลยแล้วก็ตามงานไม่ว่าไข้เลือดออก ทำแผนไม่เห็นมาทำแค่การประชุมประจำเดือนยังไม่มา ดังนั้นเรื่องของการประสานงานผมว่าตอนนี้นี่มันแย่งกันทำความก้าวหน้าให้เฉพาะตัว กำลังจะทอดทิ้งประชาชนขาดจิตสำนึก อุดมการณ์เดิม ๆ ถ้าไปด้วยอุดมการณ์ผมว่ามันก็จะสร้างสรรค์นะ แต่ตอนนี้มันไปด้วยความรู้สึกอะไรก็ไม่รู้ ทอดทิ้ง ตอนนี้เหมือนอ้างเงินในบัญชี ระบบความก้าวหน้า ตอนนี้องค์กรบริบทรอบข้างไม่รับรู้การเปลี่ยนแปลง แม้แต่เครือข่าย อสม. ยังไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ที่นี้พวกผมกับระบบสุขภาพถ้าไม่มี อสม. ตอนนี้ประชาชนจะเดือดร้อนมากกว่านี้อีก ตอนนี้คนที่เราพึ่งอยู่คือ อสม. ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 6, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... หนักนะ มันไม่มีความพร้อมตั้งแต่ต้น ทั้งโครงสร้าง ทั้งคน ทุกอย่าง คนไปก็ไปด้วยอารมณ์ไม่มีความพร้อม ถ้างานมัน Stable จะไม่มีปัญหาอะไรเลย ยิ่งเมษายนยิ่งจะยิ่งหนักกว่านี้ เพราะว่าเขาต้องประเมินผลการทำงาน เขายังไม่เคยทำประเมินอะไรเลย ตอนนี้มีพวกหนึ่งที่เริ่มมาศึกษาการทำงานแบบขั้นแล้ว เริ่มตกใจแล้วเพราะมันได้น้อยกว่าตอนอยู่กับเรามากเพราะเป็นระบบขั้น...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ผมว่ากระบวนการเป็นกระบวนการที่ไม่ได้เริ่มดีมาแต่ต้น อย่างสาธารณสุขเองก็ไม่ได้เตรียมความพร้อมของคนที่จะไป หรือว่าคนที่จะรับก็ยังไม่ได้พูดคุยกันชัดเจน แล้วการสื่อสารระหว่างกระทรวงของเราก็เป็นสิ่งที่เหมือนกับไม่อยากจะรับรู้ ไม่อยากจะทำอะไรเลย ทางพื้นที่เองไม่รู้ผมก็เข้าใจกับ รพ.สต. เพราะว่าเขาถูกบีบแล้วก็ไม่ได้ความก้าวหน้าตามที่เขาขอมา อันเนี้ยคือพื้นที่เขาอยากจะไปหาน้ำใหม่ผมก็เข้าใจในจุด ๆ นี้ เพื่อที่จะเปลี่ยนที่เฉย ๆ แล้วก็บทบาทหน้าที่เดิมที่เคยรับผิดชอบเป็นผู้ให้บริการมันไม่ได้ทำต่อเนื่องอันนี้สิ่งที่ทำให้ประชาชนได้รับผลกระทบ ซึ่งประชาชนนั้นเขาไม่รู้ว่าตอนนี้ รพ.สต. ไปอยู่ อบจ. แล้วเนี่ยคือตอนนี้เขามีความผิดปกติระหว่างเดิมที่เขาได้รับบริการว่าต้องมาโรงพยาบาลเหมือนที่ท่านว่าอันนี้เรื่องของการติดตามประมวลผลเนี่ยเป็นประเด็นปัญหาที่เรียกว่าตอนนี้ไปอยู่ อบจ. เองระบบการรายงาน ระบบการลงข้อมูล ก็มีการเปลี่ยนใหม่ไม่ได้เชื่อมกับเราก็ไม่ได้ไม่มีการลงข้อมูล แล้วก็ไม่สามารถที่จะส่งมาในส่วนของเรา ซึ่งอันนี้ของใหม่เขาก็มีผลต่อการได้รับโปรแกรมใหม่รูปแบบใหม่ อันนี้ผมไม่ทราบ แต่ว่าของเราก็ยังสามารถให้บริการได้อยู่เพราะฉะนั้นอันนี้คือประเด็นปัญหา...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ระบบโปรแกรมนี้เราแก้ปัญหายังไงครับ เพราะว่า อบจ. จะต้องไปใช้ระบบใหม่ ซึ่งเขาเองเขาก็ยังไม่รู้เขายอมรับตรงนี้ ซึ่งมีคนมาเสนอนะว่าทำแล้วมันไม่ใช่...”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... กสพ. เขาจะมาคุยกันก่อนมีมติก็จะเอาสวนของคณะกรรมการ กสพ. โอเคอนุมัติตามหลักการแล้วก็จะแจ้งให้ทาง อบจ. รพ.สต. ในสังกัดของเราก็แจ้งให้ทราบร่วมกัน ซึ่งที่ผ่านมาเนี่ยมันเป็นจุดบอดนะก็คือการสื่อสารระหว่าง อบจ. กับพื้นที่ รพ.สต. มันขาดแบบไม่รู้เรื่องเลยคือเราประสาทไปที่ อบจ. เรื่องใดก็แล้วแต่ รพ.สต. ไม่มีเลยนี่คือเป็นสิ่งที่เป็นจุดบอดมาก ๆ คือมีเรื่องที่เขามอบให้สาธารณสุขดำเนินการในเรื่องของตำบลเข้มแข็งตำบลเข้มแข็ง 10 คือพื้นที่ไม่รู้อันนี้คือจุดบอดมันไม่สามารถที่จะเชื่อมต่อกันได้พอ กสพ. มีอนุมัติเอามาแก้ไขแล้วไปไม่ถึง...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 2, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...อบจ. ก็ไม่เคยจะประชุมเป็นทางการใหญ่เลยนะ มีวันเดียวแค่วันที่ 3 ที่ผมไปถ่ายรูปกันแล้วก็ไม่มีข้อสั่งการอะไรเลย....”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...อันนี้เป็นจุดบอด ผมคิดว่าประธานต้องมาเป็นมีบทบาทติดตาม กสพ. ต้องมาไล่ ถ้าไล่ตามนี้ปุ๊บอันนี้มันก็ต้องมีติดตามนิเทศประเมิน ต้องมีตรงนั้น เพราะฉะนั้นเขาไม่ได้ดูตรงนี้เขาดูอย่างอื่นก็เลยทำให้ตรงนี้มันขาดหายไป ผมคิดอย่างนี้ครับคือ กองสาสุข อบจ. เอามติของ กสพ. ออกมาต้องเอามติตรงนั้นมาสื่อสารหรืออาจจะนั่งคุยนัดทำหนังสือแจ้งอย่างชัดเจนจะสื่อสารทางไลน์ก่อนและหนังสือตามไปก็เนี่ยเป็นสิ่งที่น่าจะทำได้แต่ตรงนี้มันไม่ได้เป็นตามที่เราคาดหวัง...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...จริง ๆ น่าจะมี กสพ. ในระดับอำเภอนะ....”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 3, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ก็มี คปสอ. ประสานเพื่อคุยกันอยู่แล้วครับ ประชุมทุกเดือนทุกองค์ประชุมทุกเดือนเพียงแต่ว่าเขาฟังไหม สปสช. ยังให้ทำข้อตกลงของแต่ละ CUP ด้วยนะครับ มาเป็นข้อตกลงกันเนาะที่สั่งมาล่าสุดน่ะในการโอนเงินอะไรต่าง ๆ ทีนี้เสร็จแล้วมันก็คุยไม่จบเหมือนเดิม...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...อบจ. กองสาสุขมีความเข้มแข็งต่างกัน ถ้ามาจากสาธารณสุขเราเยอะ ๆ มันก็จะทำให้บทบาทการทำงานชัดกว่า แต่ถ้ายกตัวอย่างมหาสารคามคนที่รู้งานสาธารณสุขจริง ๆ ก็คือ ผอ.ปฏิวัติคนเดียว ที่เหลือก็เป็นกลุ่มพยาบาลแล้วก็น้องใหม่แต่ปฏิวัติก็ออกมาจาก รพสต. ไปนานไปอยู่ที่เทศบาล แล้วก็ส่วนของ Authority ต่าง ๆ ด้วยพอออกมาใน Position เทียบกับขอนแก่นเขาไม่รู้เรื่องอะไร แต่พอรู้ว่าตัวเองต้องทำอะไรปลัดเขาเตรียมแล้วก็นายก อบจ. ก็มาเรียนรู้มาพัฒนาเอากองทุนฟื้นฟูเข้าไปมันก็เห็นช่องทางที่นี้ก็มีช่วงนึงที่ รพ.สต. เข้ามาคุยขอให้เปิดกรอบให้แล้วนายกก็เปิดให้แล้วไม่มา พวกเราก็แบบอย่างนี้ อยากได้คุยกับเขาเปิดแล้วเขาไม่กล้าไป เขาไม่มาก็หาใหม่เพราะเป็นสิทธิ์ของท้องถิ่น เขามาจังหวัดถ่ายโอนพอดีถ้าไม่มาไม่หมดเขาไม่เอาทีนี้ ก่อนมาเขาเตรียมทีมเขาทีมจากเทศบาลโนนศิลาเข้ามาทั้งทีมมาอยู่ที่กองสาสุขซึ่งโนนศิลาเขาเก่งเรื่องงานสาธารณสุขมาก่อน แต่ของร้อยเอ็ดก็ยังมีความกล้าที่จะทำและความมั่นใจต่าง ๆ ในเรื่องของความเป็นวิชาชีพยังไม่เท่าไหร่แต่กล้าที่จะทำร้อยเอ็ดเองก็พัฒนากองทุนฟื้นฟูมาด้วยดีตลอดเขาเลยมีช่องทางแต่เขาไปหมดไงมันเลยมีการทำงานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน แต่ถ้ากาฬสินธุ์เป็นปัญหาเยอะ...”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 4 เมษายน 2566)

“...อาจารย์ถามว่าเรานิ่งดูดายไหม จริง ๆ ไม่ได้นิ่งดูดายนะ อย่างจังหวัดเราเนี่ยบางทีพวกผมมานั่งคุยกันเราทำเกินหน้าที่เราหรือเปล่า คือเราคิดอะไรมากมายเลยครับ คิดอยากทำร่วมกันนะครับ ไปเสนอเยอะแยะไปหมดเลย แต่สุดท้ายเสียงตอบรับมันมาน้อยครับ เช่นท่าน ส.ว่าข้อมูลประชุมเสร็จมันหายไปกับคลื่น หรือเราจะรอให้เขาอ่าเจอปัญหาให้เราไปช่วยตรงนั้นตรงนี้อะไรอย่างเงี้ยครับเพราะว่าทีมที่เกี่ยวข้องเนี่ยวางไว้หมดเลยครับยุทธศาสตร์ขับเคลื่อน ท่านนายแพทย์ก็เชิญประชุมถ่ายทอดยุทธศาสตร์ทั้งจังหวัด พอสมควรอยู่นะครับ แต่ว่ามันเราจะรอให้ระบบมันเดินแล้วเขาก็บอกว่าเขาขาดอะไรให้เราเติมให้เติมอะไรอย่างจะมั่นคงกว่าที่เรายัดเยียด เพราะถ้ารอประชาชนมันเกิดทุก

วัน มันเคลื่อนไปทุกวัน มันจะต้องทำไงให้ระบบมันมันจะมีเรื่องสุขภาพเบื้องต้นก่อนอะไรเนี่ยมันเป็นโจทย์ที่จะต้องคุยกันตรงนี้ครับ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 4 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า ผู้กำหนดนโยบาย มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นแนวทางนิเทศและประเมินผลการดำเนินงาน 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านของยุทธศาสตร์นิเทศประเมินผล (2) เรื่องของการเงิน (3) เรื่องของบุคคล (4) เรื่องของการบริการในระบบปฐมภูมิ (5) เรื่องกฎหมายและข้อร้องเรียนการในรูปแบบของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ โดยกำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจไม่คลอบคลุมการทำงานประจำ บางเป็นตัวชี้วัดการทำงานง่ายเกินไป ไม่ตอบโจทย์ปัญหาจริงในพื้นที่ และมีจุดอ่อนเรื่องการสื่อสารทั้งในส่วนสาธารณสุขไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่งค่อนข้างเป็นห่วงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นนี้

4.1.9 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามในวันที่ 19 เมษายน 2566 เวลา 10.00 - 11.30 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวขัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้ดำเนินการอภิปราย ได้กล่าวถึงความเป็นมาของการจัดทำโครงการวิจัยและได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการการดำเนินงาน และกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผลการประชุมเสนอความคิดเห็นมีดังนี้

“...ในส่วนของพอถ่ายโอนแล้ว การปฏิบัติงานของเฮาเปลี่ยนไปบ่คะ ...”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...กะปกติ คือเก่า กะบ่ได้กระทบการทำงาน ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 19 เมษายน 2566:การแสดงความคิดเห็น)

“...กะเปลี่ยนยุดอก ได้เฮ็ดอั่นสมาร์ท อั่นโทรศัพท์น่ะเด๋ ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...จั่งได๋กะต้องได้เฮ็ดยุแล้วล่ะ คุณหมอกะแนะนำคือเก่าล่ะ เกี่ยวกับการทำงาน กะเฮ็ดได้คือเก่าล่ะค่ะ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ตะกี้ย่างมาตะโต เดี๋ยวนี้ต้องใช้บัตรมาเสียบ คล้ายในโรงพยาบาลใหญ่ ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... คือเก่าค่ะ เพิ่มแค่บัตรประชาชนมา...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 5, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...หลาย ๆ งานหลาย แต่มันบ่หนักดอก พอเฮ็ดได้อยู่ บางครั้ง เด่ยวนี้เพิ่นทำงานทางโทรศัพท์ บางคนแก่ ๆ แล้วกะเล่นโทรศัพท์ไม่เป็น นั่นล่ะคือโตที่คะเจ้าหนักใจ...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...กะช่วยกันค่ะ ผุได๋เฮ็ดเป็น แต่ว่าเจ้าต้องไปหาข้อมูลมา แล้วมาเฮ็ดซอยกัน...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 4, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...เว่าง่าย ๆ คือเฮ็ดเป็นทีม...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... ที่นี้ในส่วนของการเฮ็ดงานอย่าง เราได้ทำงานร่วมท้องถิ่นมั้ย มีกิจกรรมอิหยังนำกันบ่ มีงบประมาณให้มั้ย มีเขียนของบมั้ย....”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...ส่วนใหญ่จะเป็นงานจิตอาสาเขาขอ อสม. เข้าไปร่วม งบประมาณนี่บ่มีครับเวลาออกไปช่วย สิมีแบบเขียนโครงการแต่ละปี โครงการพระราชดำริ เค้าตกมาให้ปีละสองหมื่น และของสาธารณสุขมูลฐานปีละหมื่น นั่นล่ะของเทศบาลเพิ่นช่วย แล้วเฮาก็จัดการบริหารให้ลงตัวในกลุ่มหมู่บ้าน อสม. ล่ะเขียนโครงการ แม่เละเด็ก ระบบสุขาภิบาลในชุมชน ผมนี่ล่ะเป็นคนเขียนของบจากเทศบาล มี 3-4 โครงการแต่จำไม่ได้...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“... พอถ่ายโอนมา อบจ.แล้ว งานแบบนี้ยังต้องทำเหมือนเดิมมั้ยคะ....”

(ผู้นำการอภิปราย, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

“...เฮ็ดคือเก่า ไปของบแต่ละปีคือเก่า...”

(ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คนที่ 1, วันที่ 19 เมษายน 2566: การแสดงความคิดเห็น)

สรุปได้ว่า การรับบริการเพิ่มเติมในส่วนที่ต้องนำบัตรประชาชนมาด้วย การปฏิบัติงานของ อสม. ยังเหมือนเดิมมีการใช้สมาร์ทโฟนในการทำงานมากในการสื่อสาร รายงาน การอบรมออนไลน์ รู้สึกเป็นอุปสรรคในการทำงานในกลุ่ม อสม. ที่มีอายุมาก แก้ไขโดยการช่วยกันสอนการใช้งาน งานเยอะมากแต่พอทำได้ ต้องการค่าตอบแทนเพิ่มมีความต้องการสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำงาน เช่น เครื่องวัดความดัน วัดน้ำหนัก ส่วนสูง เนื่องจากมีเครื่องเดียวในหมู่บ้าน ต้องเวียนกันใช้ ไม่ค่อยสะดวก ในส่วนความร่วมมือในชุมชนมีบ้างที่ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ แต่ก็สามารถพูดคุยกันได้

4.1.10 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ในการวิเคราะห์ปัจจัย ระบบบริหาร กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมกร (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอยู่ระหว่าง 0.457 ถึง 0.982 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยระบบบริการกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันมากที่สุดที่ 0.982 ส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์กับภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด 0.457

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอยู่ระหว่าง 0.457 ถึง 0.982 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดที่ 0.968 ส่วนการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามกับระบบข้อมูลข่าวสารความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดที่ 0.470 ดังตาราง 14

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการ (A) กำลังคนด้านสุขภาพ (B) ระบบข้อมูลข่าวสาร (C) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (D) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (E) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (F) ที่สามารถทำนายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (Y) (N= 128)

ตัวแปร	Y	A	B	C	D	E	F
Y	1.000						
A	.828**	1.000					
B	.629**	.485**	1.000				
C	.470**	.450**	.687**	1.000			
D	.755**	.841**	.441**	.390**	1.000		
E	.968**	.982**	.539**	.580**	.821**	1.000	
F	.759**	.799**	.465**	.457**	.751**	.775**	1.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย ประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมทำนายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 84.6 ดังตาราง 15

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (N= 128)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
ระบบบริการ	0.429	0.108	0.305	3.982	<.01
กำลังคนด้านสุขภาพ	0.255	0.088	0.190	2.878	<.01
ระบบข้อมูลข่าวสาร	0.144	0.045	0.207	4.419	<.01
เทคโนโลยีทางการแพทย์	0.170	0.089	0.048	3.688	<.01
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	0.530	0.083	0.523	6.354	<.01
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	0.690	0.066	0.066	1.058	<.01
R^2 = 0.925, R^2_{Adj}= 0.846 , F = 17.655*					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.2 ผลการศึกษากระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ได้กำหนดขั้นตอน/แนวทางการนิเทศ การกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ประกอบขั้นตอน/แนวทาง ดังนี้

1) ให้อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศเสนอรายชื่อคณะกรรมการนิเทศ การกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเป็นคณะกรรมการนิเทศการกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม

2) องค์ประกอบคณะกรรมการนิเทศ การกำกับ และการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้แบ่งเป็นทีมรายอำเภอ จำนวน 11 คน ต่อทีม ต่ออำเภอ (จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม 5 คน และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 5 คน โดยขอให้ อบจ.กำหนดประธานคณะกรรมการของแต่ละอำเภอ) แล้วแต่งตั้งโดยมติเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

3) ให้อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (ตัวชี้วัดการบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2566 ในกรอบงานบริการระดับปฐมภูมิ ตามบทบาท ภารกิจของ รพ.สต.ถ่ายโอน จำนวน 76 ตัวชี้วัด) เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการนิเทศงาน คู่มือการกำกับผลการดำเนินงาน และคู่มือประกอบการทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

4) ขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดประสานขอรายชื่อจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อให้แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าวโดยมติเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ตามข้อ 1) และข้อ 2)

5) ให้คณะกรรมการตามข้อ 4 ทำการนิเทศและตรวจเยี่ยมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ทุกแห่ง ปีละ 1 ครั้ง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามจะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการนิเทศและตรวจเยี่ยม

6) ให้คณะกรรมการตามข้อ 4 ทำการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ทุกแห่ง ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2566

7) ให้คณะกรรมการตามข้อ 4 ทำการกำกับผลการดำเนินงาน โดยสรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ ที่คัดเลือกร่วมกัน (ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ)

เป็นรายเดือนทุกเดือนเสนอต่อ (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม

8) ให้คณะกรรมการตามข้อ 4 สรุปผลการนิเทศ การประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคามเสนอต่อ (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม

9) ให้ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อ (1) สภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) คณะกรรมการตรวจราชการแบบบูรณาการของจังหวัด และ (3) คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีละ 1 ครั้ง

โดยมีตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด ดังนี้

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
1	ยุทธศาสตร์การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน	1. พัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0	1	1. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้านครบทุกคนภายใน 5 ปี
			2	3. ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี
		2. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับพื้นที่โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	3	2. ร้อยละ 100 ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
			4	3. ร้อยละ 70 ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
			5	4. ร้อยละ 80 ของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชนโดยมุ่งสู่เป้าหมายมหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
2	ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่อ	1. กลยุทธ์การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข	6	1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกินค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี
			7	3. ร้อยละ 70 ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว (28 วัน)
			8	5. ร้อยละ 100 ของตำบล (เป้าหมาย) จัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
2	ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่อ (ต่อ)	2. กลยุทธ์การส่งเสริมสนับสนุนการควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	9	3. ระดับความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100
				2. ร้อยละ 70 ของประชากรที่อยู่ในพื้นที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
		3. การพัฒนาระบบการประสานงานวัสดุอุปกรณ์ข้อมูลการระบาด กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค	10	1. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ร้อยละ 100
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	1. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	11	1. ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน
			12	2. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
			13	3. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 6
			14	4. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก
			15	7. ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	1. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	16	8. ร้อยละ 96 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
			17	9. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 97
			18	10. ร้อยละ 30 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
			19	11. ร้อยละ 97 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
			20	12. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I ร้อยละ 80
			21	13. ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
			22	14. ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี (ช.113/ญ.112 ซม.)
			23	15. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของหมู่บ้านรับผิดชอบ
			24	16. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70
			25	1. เด็กมหาสารคามมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 จุด
			26	2. ร้อยละของเด็กมหาสารคามมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
			27	3. ร้อยละ 10 ของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ
			28	4. ร้อยละ 68 ของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
			29	5. ร้อยละ 85 เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	2. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	30	6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25
			31	7. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13
			32	1. วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 57
			33	1. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 80
			34	2. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
			35	3. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก
			36	4. ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
		3. กลยุทธ์ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	37	5. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
		4. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	38	6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 30
			39	7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 30
			40	1. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	4. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ต่อ)	41	2. ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
			42	1. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ และร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
		5. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	43	2. ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
			44	3. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
			45	2. ร้อยละ 85 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
		6. การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	46	3. ร้อยละ 85 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
			47	4. ร้านอาหาร ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (Clean Food Good Taste Plus) ทุกแห่ง
			48	5. ร้อยละร้านชำ ร้านอาหาร แผงลอย ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ทุกแห่ง
			49	3. ร้อยละ 60 ของ สอน. และ รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (15 กิจกรรมหลัก 7 กลุ่มเป้าหมาย)
		7. การส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	50	4. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
			51	5. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	7. การส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร (ต่อ)	52	6. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control ม่น้อยกว่าร้อยละ 50
			53	7. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
		8. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	54	8. ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
			55	9. ร้อยละของผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับบริการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
			56	10. ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
			57	11. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
			58	12. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก เกณฑ์ขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
			54	8. ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
			59	13. ร้อยละ 60 ของ สอน. และ รพ.สต.ให้บริการสุขภาพช่องปาก 200 คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ
			60	14. จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป้าหมายเขตชนบทร้อยละ 40

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	9. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	61	1. ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
		10. การพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	62	1. ร้อยละการติดตามดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 58
4	ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์	1. พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกใน รพ.สต.	63	1. อัตราการรับบริการการแพทย์แผนไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับบริการทุกประเภท
			64	2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต. เพิ่มขึ้นร้อยละ 3
		2. ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรอินทรีย์เชิงพาณิชย์	65	1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร (ตามเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนด)
5	ยุทธศาสตร์การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	1. กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ	66	1. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ร้อยละ 80

ตารางที่ 16 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 จำนวน 76 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
6	ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย	1. พัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)	67	1. อาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ร้อยละ 100
			68	2. แกนนำครัวเรือน (อฉช.) ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) สอน./รพ.สต. จำนวน 200 ครัวเรือน (Emergency)(ระดับ 5)
7	การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	2. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	69	1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.75
			70	2. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
			71	3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
			72	4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
			73	5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40
			74	6. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
			75	7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 l/min/ 1.73 m^2/yr (≥ ร้อยละ 66)
			76	8. ร้อยละ 50 ชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

การประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สรุปผลการประชุมได้ดังนี้

การประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัดของจังหวัดมหาสารคาม โดยอาศัยกรอบตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ที่มีตัวชี้วัดปรากฏอยู่ทั้งสองแผนดังกล่าว จำนวน 76 ตัวชี้วัด โดยให้ อ.กสพ. ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ได้คัดเลือกและเสนอตัวชี้วัดจากกรอบ 76 ตัวชี้วัดดังกล่าว และให้ กสพ. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัดอำเภอละ 1 ทีม ที่มาจากสัดส่วนบุคคลากรสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 คน และบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 คน โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลือกประธานมาอีก 1 คน รวมเป็น 11 คน ที่ทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติราชการ และนิเทศ/ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปีละ 1 ครั้ง แล้วรายงาน (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (3) ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้ส่งรายชื่อคณะอนุกรรมการดังกล่าวให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามแล้ว ตามหนังสือที่ มค 0033.002/282 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ทำการคัดเลือกตัวชี้วัดจากกรอบ 76 ตัวชี้วัดเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2566 ได้จำนวน 34 ตัวชี้วัดเป็นร่างกรอบตัวชี้วัดเพื่อการประเมิน มีผลการคัดเลือกรายชื่อตัวชี้วัดของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมาสารคาม ดังตารางที่ 17

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ตารางที่ 17 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
1	ยุทธศาสตร์การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน	1. พัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0	1	1. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้านครบทุกคนภายใน 5 ปี
			2	3. ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี
		3. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับพื้นที่โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	3	3. ร้อยละ 70 ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
			4	4. ร้อยละ 80 ของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่เป้าหมายมหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
2	ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่อ	1. กลยุทธ์การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข	5	5. ร้อยละ 100 ของตำบล (เป้าหมาย) จัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๑. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	6	2. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
			7	3. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 6
			8	12. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I ร้อยละ 80
			9	13. ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
			10	15. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของหมู่บ้านรับผิดชอบ

ตารางที่ 17 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	2. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	11	3. ร้อยละ 10 ของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ
			12	4. ร้อยละ 68 ของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
			13	6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25
			14	7. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13
		3. กลยุทธ์ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	15	1. วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 57
		4. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	16	1. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 80
			17	2. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
			18	4. ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
			19	6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 30
			20	7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ ร้อยละ 30
		5. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	21	2. ร้อยละ 80 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

ตารางที่ 17 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	6. การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	22	1. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ และร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
			23	2. ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
			24	3. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
		8. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	25	3. ร้อยละ 60 ของ สอน. และ รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (15 กิจกรรมหลัก 7 กลุ่มเป้าหมาย)
			26	7. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
		9. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	27	1. ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิต
		10. การพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	28	1. ร้อยละการติดตามดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 58
4	ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์	2. ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรอินทรีย์เชิงพาณิชย์	29	1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร (ตามเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนด)

ตารางที่ 17 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
7	การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	30	3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
			31	4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
			32	5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40
			33	6. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60
			34	7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 l/min/ 1.73 m^2/yr (≥ ร้อยละ 66)

การประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม สรุปผลการประชุมได้ดังนี้

การประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัดของจังหวัดมหาสารคาม โดยอาศัยกรอบตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ที่มีตัวชี้วัดปรากฏอยู่ทั้งสองแผนดังกล่าว จำนวน 76 ตัวชี้วัด โดยให้ อ.กสพ. ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศได้คัดเลือกและเสนอตัวชี้วัดจากกรอบ 76 ตัวชี้วัดดังกล่าว และให้ กสพ. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัดอำเภอละ 1 ทีม ที่มาจากสัดส่วนบุคคลากรสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 คน และบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 คน โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลือกประธานมาอีก 1 คน รวมเป็น 11 คน ที่ทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติราชการ และนิเทศ/ตรวจเยี่ยมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปีละ 1 ครั้ง แล้วรายงาน (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (3) ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้ส่งรายชื่อคณะอนุกรรมการดังกล่าวให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามแล้ว ตามหนังสือที่ มค 0033.002/282 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 เพื่อแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ทำการคัดเลือกตัวชี้วัดจากกรอบ 76 ตัวชี้วัดเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2566 ได้จำนวน 34 ตัวชี้วัดเป็นร่างกรอบตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผล

คณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ตามคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ที่ 3194/2565 มีผลการคัดเลือกรายชื่อตัวชี้วัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ดังตารางที่ 18

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ตารางที่ 18 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกจำนวน 30 ตัวชี้วัด

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
1	ยุทธศาสตร์การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน	1. พัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0	1	1. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้านครบทุกคนภายใน 5 ปี
			2	3. ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี
		2. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	3	3. ร้อยละ 70 ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
๒	ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่อ	1. กลยุทธ์การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข	4	3. ร้อยละ 70 ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว (28 วัน)
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	1. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	5	1. ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน
			6	3. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 6
			7	4. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก

ตารางที่ 18 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 30 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	1. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (ต่อ)	8	7. ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3
			9	8. ร้อยละ 96 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
			10	9. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 97
			11	11. ร้อยละ 97 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
			12	13. ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
		2. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	13	4. ร้อยละ 68 ของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
			14	5. ร้อยละ 85 เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
		3. กลยุทธ์ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	15	1. วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 57
		4. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	16	2. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
			17	3. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก
			18	4. ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 18 (ร่าง) ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 30 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	6. การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	19	1. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ และร้อยละ 80 ของสตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
			20	2. ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
			21	3. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
		8. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	22	4. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
			23	5. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
			24	7. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
			25	8. ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
			26	10. ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
			27	11. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
4	ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์	1. พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกในรพ.สต.	28	1. อัตราการรับบริการการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับบริการทุกประเภท
			29	2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต.เพิ่มขึ้นร้อยละ 3
5	การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	30	2. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

การประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ณ ห้องประชุม OTOP องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม สรุปผลได้ดังนี้

แนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 รายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดทั้งจังหวัดของจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 23 ตัวชี้วัด

วิธีการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

1) ประธานการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (คกก. 5x5) แจ้งวัตถุประสงค์การนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566

2) คณะกรรมการ 5x5 ทำการนิเทศ ตามกรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม คือ (1) ตามหน้าที่ที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนด (2) ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และ (3) นิเทศงานสำคัญตามนโยบายด้านการสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม

3) คณะกรรมการ 5x5 ทำการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 23 ตัวชี้วัด (ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 - 2570 และ แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566) ครบทั้ง 175 หน่วยบริการ

4) ประธานตรวจเยี่ยมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และเร่งรัดผลงานตามตามกรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม

5) ประธาน และ คกก. 5x5 แจ้งการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 23 ตัวชี้วัด คืนแก่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่รับการประเมินผล และ คกก. 5x5 บันทึกผลการประเมินผลลงในระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคามที่กำหนด

ตารางที่ 19 ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 23 ตัวชี้วัด

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
1	ยุทธศาสตร์การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน	1. พัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0	1	1. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้านครบทุกคนภายใน 5 ปี
			2	3. ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี
		2. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	3	3. ร้อยละ 70 ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
๒	ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่อ	1. กลยุทธ์การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข	4	3. ร้อยละ 70 ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว (28 วัน)
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	1. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	5	1. ร้อยละ 80 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน
			6	3. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 6
			7	4. ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก

ตารางที่ 19 ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 23 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	**กลยุทธ์**	**ลำดับ**	**ตัวชี้วัด**
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	1. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (ต่อ)	8	7. ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3
			9	8. ร้อยละ 96 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
			10	9. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96
			11	11. ร้อยละ 97 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
			12	13. ร้อยละ 64 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน
		2. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	13	4. ร้อยละ 68 ของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
		3. กลยุทธ์ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	14	1. วัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 57
		4. การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	15	2. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
			16	4. ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 19 ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัด ปี 2566 จากแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ปี 2566 – 2570 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือก จำนวน 23 ตัวชี้วัด (ต่อ)

ที่	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 (149 ตัวชี้วัด)			
	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ลำดับ	ตัวชี้วัด
3	ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)	6. การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	17	1. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์
			18	2. ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
			19	3. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 18
		8. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	20	4. สอน./ รพ.สต. จัดบริการสุขภาพช่องปากใน 15 กิจกรรมหลัก 7 กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณภาพตามเกณฑ์
4	ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์	1. พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกในรพ.สต.	21	1. อัตราการรับบริการการแพทย์แผนไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับบริการทุกประเภท
7	การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	22	1. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
			23	2. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

4.3 ผลการศึกษาผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จากการประชุมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการการกำกับและประเมินผล ผลการสังเคราะห์รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม แบ่งได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

ตารางที่ 20 รูปแบบที่ 1 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

คณะผู้ประเมิน	**รูปแบบการกำกับและประเมินผล**	**ระยะเวลา**	**เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน**
1. ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข อบจ. หรือตัวแทน 2. จนท.รพ. ที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ 3. ตัวแทนกรรมการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอและต่างอำเภอ 4. ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1. การประเมินผลการดำเนินงาน 1) ประเมินการให้บริการเน้นการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกัน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน 2) ประเมินระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของ รพ.สต. เช่น โปรแกรม HOSxP, My PCU และ 43 แฟ้ม 3) สำรวจศักยภาพของ รพ.สต. ในการให้บริการเพื่อสรรหาอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอ การสอบทานสอบเทียบการใช้งาน ให้มีคุณภาพพร้อมให้บริการ 4) ประเมินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การลดการใช้จ่ายยาที่ไม่จำเป็น การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตัวเองเบื้องต้น ลดการพึ่งพายาที่ไม่จำเป็น กำหนดบัญชียาและเวชภัณฑ์และแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการนั้น ๆ การสรุปมูลค่าการใช้จ่ายยาในแต่ละเดือน ยอดการเบิกยาและเวชภัณฑ์	1. ประเมินผลการดำเนินงาน ปีละ 1 ครั้ง 2. ประเมินบุคลากร ปีละ 2 ครั้ง 3. ติดตามระบบข้อมูลทุกเดือน	1. กำหนด KPI ที่ใช้ประเมิน โดยการมีส่วนร่วมกับตัวแทน รพ.สต. เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมิน 2. กำหนดเกณฑ์ KPI ที่เทียบเคียงกับกระทรวงสาธารณสุข และตามบริบทปัญหาพื้นที่

ตารางที่ 20 รูปแบบที่ 1 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

คณะผู้ประเมิน	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
	5) ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์ในแต่ละตัวชี้วัดของงานนั้น ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 2. การประเมินบุคลากร 1) ประเมินข้อมูลบุคลากรที่เป็นปัจจุบัน ความเพียงพอตามกรอบของขนาด รพ.สต. 2) จัดทำ KPI ประเมินรายบุคคลที่ชัดเจนตรงกับสมรรถนะวิชาชีพ 3) จัดบุคลากร ให้ตรงกับความสามารถ และงาน 4) การได้รับพัฒนาความรู้และอบรมอย่างต่อเนื่อง		

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 21 รูปแบบที่ 2 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

คณะผู้ประเมิน	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
1. ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2. ตัวแทน ผอ.รพ.สต. 3. ตัวแทนจาก อบจ.มค. 4. กรรมการภายนอก รพ.สต. 5. ภาคีเครือข่าย/หน่วยงานวิชาการ 6. ตัวแทน CUP 7. สสจ.	1. การประเมินผลการดำเนินงาน 1) ประเมินการให้บริการครบ 5 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 2) ประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการ 3) ติดตามผลการดำเนินงานแต่ละโครงการ 4) ประเมินผลการดำเนินงานบาง ตัวชี้วัดในระบบคลังข้อมูลกลาง (HDC) 5) มีแผนการปฏิบัติงานมีเป้าหมายมีระบบเวลาของงานและสรุปผลการดำเนินงาน 6) ติดตามประมวลผลข้อมูลข่าวสารตามโปรแกรม เช่น HOSxP และการส่งข้อมูลเพื่อมาหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบรายงาน HDC ระบบ E-Claim 7) การประเมินผลและการสำรวจวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อุปกรณ์ทางการแพทย์ใน รพ.สต. ความครอบคลุมของเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือได้มาตรฐานมีซ่อมบำรุงทุกปีวันเดือนปีหมดอายุ 8) ติดตามการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการ การเบิกจ่ายงบประมาณตามงวด มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างแผนเงินบำรุงความถูกต้องของเอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง 9) ระบบการเงินการให้บริการด้านสุขภาพและจัดหาบุคลากรแต่ละด้าน	ทุก 6 เดือน ประเมินทุกหน่วยบริการทุก รพ.สต. อย่างน้อยหนึ่งแห่งต่อปี	1. คู่มือมาตรฐานการจัดบริการ 2. กำหนดตัวชี้วัดหรือเป้าหมาย 3. ประเมินผลตาม KPI ในด้านการบริหารและแนวทางการดูแลการปฏิบัติร่วมกันในส่วนท้องถิ่น 4. กำหนดมาตรฐานระบบหน่วยบริการในเป็นสากล

ตารางที่ 21 รูปแบบที่ 2 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

คณะ ผู้ประเมิน	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
	2. การประเมินบุคคล 1) ประเมินความพร้อมการจัดบริการ-พัฒนาบุคลากรด้านบริการ 2) ประเมินกรอบอัตรากำลังตามขนาดหรือภาระงานตามบริบทของพื้นที่ตามเกณฑ์ SML 3) ประเมินติดตามผลการดำเนินงานกับสัดส่วนงานและบุคลากร 4) ประเมินการกำกับบุคลากรและตำแหน่งใน รพ.สต. 5) ผลการสำรวจจำนวนบุคลากรการสำรวจหลักสูตรการอบรม 6) การประเมินติดตามเกณฑ์ที่กำหนดตัวชี้วัดผลงานความร่วมมือความเสียสละ		

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 22 รูปแบบที่ 3 รูปแบบการประเมินจากการเสนอของอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ผ่านมติคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

คณะผู้ประเมิน	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
ทีมรายอำเภอ จำนวน 11 คน ต่อทีม ต่ออำเภอ (จาก อบจ. 5 คน และ สสจ. 5 คน โดยให้ อบจ. กำหนดประธานคณะกรรมการของแต่ละอำเภอ) แล้วแต่งตั้งโดยมติเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)	1. ให้อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศเสนอรายชื่อคณะกรรมการนิเทศ การกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเป็นคณะกรรมการนิเทศ การกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม 2. ให้คณะกรรมการกำกับผลการดำเนินงาน โดยสรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญที่คัดเลือกร่วมกัน (ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ) เป็นรายเดือนทุกเดือนเสนอต่อ (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม	1. การนิเทศและตรวจเยี่ยมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ใน รพ.สต./ สอน. ทุกแห่ง ปีละ 1 ครั้ง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามจะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการนิเทศและตรวจเยี่ยม 2. การประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 รพ.สต./ สอน.ทุกแห่ง	1. ให้อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (ตัวชี้วัดการบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2566 ในกรอบงานบริการระดับปฐมภูมิ ตามบทบาท ภารกิจของ รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน 76 ตัวชี้วัด) เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการนิเทศงาน คู่มือการกำกับผลการดำเนินงาน และ

ตารางที่ 22 รูปแบบที่ 3 รูปแบบการประเมินจากการเสนอของอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ผ่านมติคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) (ต่อ)

คณะ ผู้ประเมิน	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมิน
	3. ให้คณะกรรมการสรุปผลการนิเทศ การประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัด มหาสารคามเสนอต่อ (1) นายก องค์การบริหารส่วนจังหวัด มหาสารคาม (2) นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้ว่าราชการจังหวัด มหาสารคาม ให้ กสพ. รายงานผล การประเมินการปฏิบัติราชการของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การ บริหารส่วนจังหวัดต่อ (1) สภา องค์การบริหารส่วนจังหวัด มหาสารคาม (2) คณะกรรมการ ตรวจราชการแบบบูรณาการของ จังหวัด และ (3) คณะอนุกรรมการ บริหารภารกิจถ่ายโอนด้าน สาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ปีละ 1 ครั้ง	ในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน 2566	เพื่อจัดทำเป็นคู่มือ การนิเทศงาน คู่มือ การกำกับผลการ ดำเนินงาน และ คู่มือประกอบการ ทำคำรับรองการ ปฏิบัติราชการของ หน่วยบริการ สาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิทั้งหมดของ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

การจัดประชุมเพื่อสรุปรูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จากการเสนอของอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่(อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ผ่านมติคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างคณะผู้ประเมิน คือ คณะกรรมการ 5x5 จำนวน 13 ทีมๆ ละ 10 คน รวมประธาน 1 คน ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามมอบหมาย รวม 11 คน/ทีม รวม 143 คน โดยมีการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) 2) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) 3) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) และ 4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)

องค์ประกอบที่ 2 แนวทางการประเมิน คือ แนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วย

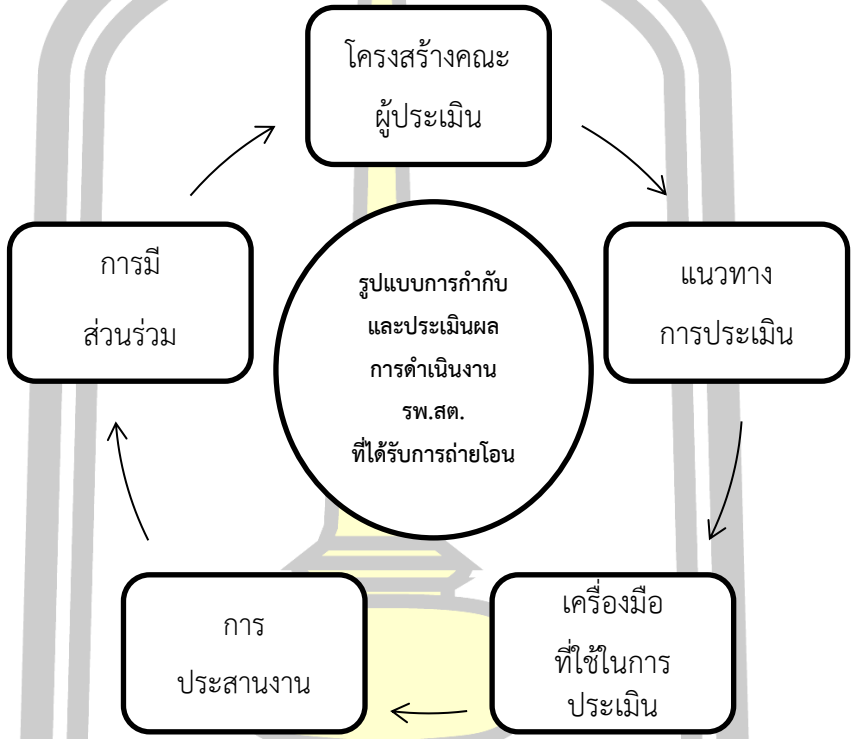
1. หลักการ/เหตุผลและความจำเป็น
2. วิธีการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566
3. กรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม
4. การเตรียมความพร้อมทีมนิเทศ กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม
5. รายชื่อทีมนิเทศ กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ คู่มือรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดทั้งจังหวัดของจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2566

องค์ประกอบที่ 4 การประสานงาน มีการประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมทีมนิเทศตรวจเยี่ยม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ในขั้นตอน/วิธีการ/รายละเอียดตัวชี้วัดในการประเมินผล

องค์ประกอบที่ 5 การมีส่วนร่วม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามร่วมกับและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ

สรุปรูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม รายละเอียดดังภาพประกอบ



รูปภาพที่ 4 รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

4.4 ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

1. นโยบาย ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีโครงสร้างคณะผู้ประเมิน อำเภอละ 1 ทีม ที่มาจากสัดส่วนบุคคลากรสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 คน และบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 คน โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลือกประธานมาอีก 1 คน รวมเป็น 11 คน

2. การมีส่วนร่วม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีเป้าหมายร่วมกันและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ

3. การประสานงาน มีการประสานการดำเนินงานในขั้นตอน/วิธีการ/รายละเอียดตัวชี้วัดในการประเมินผล ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ และมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อให้การนิเทศ ตรวจเยี่ยม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิภาพสูงสุด

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 5
สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988: 11-15) เพื่อศึกษารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกตการณ์พัฒนา (Observing) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) มีผลการวิจัยดังนี้

5.1.1 สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The Six Building Blocks of Health System พบว่า ด้านระบบบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 (S.D.=0.39) ด้านกำลังคน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 (S.D.=0.41) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (S.D.=0.29) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (S.D.=0.41) ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 (S.D.= 0.54) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (S.D.=0.50) และภาพรวมการจัดระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (S.D.= 0.45) โดยระดับการจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40

5.1.2 สรุปผลการศึกษากระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

จากการประชุมระดมสมองร่วมกันเพื่อหารูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรม ดังนี้

การประชุมเสนอความคิดเห็นเพื่อหาหารูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม สรุปผลการประชุม ได้ดังนี้

1. ประเด็นแบ่งงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention: PP) ในส่วนที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพราะการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยึดพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องมีตัวชี้วัดและมีการประเมินผลการดำเนินงานภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม รวมถึงแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ซึ่งมีทั้งหมด 7 ยุทธศาสตร์ 76 ตัวชี้วัด

2. บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ในการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพราะรูปแบบการทำงานเปลี่ยนไป โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

4. โครงสร้างคณะกรรมการ ที่เกิดขึ้นทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน การสร้างความร่วมมือ รวมถึงคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แผนพัฒนาคุณภาพชีวิต ทิศทางการพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. รูปแบบการดำเนินงาน ระยะเวลาที่ใช้ในการกำกับประเมิน

6. ประเด็นค่าตอบแทนบุคลากรที่มีใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะเห็นความแตกต่างจากภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

สรุปกิจกรรมที่จะจัดขึ้นสอดคล้องกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยมีกิจกรรม 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการประชุมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการการกำกับและประเมินผล 2) กิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และ 3) กิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

5.1.2.1 การประชุมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีผลการศึกษาดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวัดผลการกำกับและประเมินผล มีดังนี้

1. ระบบบริการ (Service Delivery) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านระบบบริการ ควรประเมินการให้บริการตามกรอบพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กรอบแนวคิดของ Six Building Blocks และใช้ระบบการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้วยโดยใช้หลัก KPI เพื่อกำกับและประเมินผล โดยจังหวัดมหาสารคามมีอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (ตัวชี้วัดการบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2566 ในกรอบงานบริการระดับปฐมภูมิ ตามบทบาท ภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอน จำนวน 76 ตัวชี้วัด) เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการนิเทศงาน คู่มือการกำกับผลการดำเนินงาน และคู่มือประกอบการทำ คำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ซึ่งคณะกรรมการ ในการประเมินระดับอำเภอ ควรมีทุกภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมไปถึงประชาชนด้วย

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ควรประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกลี่ยอัตรากำลังพื้นฐาน ต้องทำกรอบการประเมินได้ อย่างเช่น ระบบบริการกำลังคน จะต้องมีจำนวนเท่าไหร่ตามขนาด SML ซึ่งสามารถยื่นข้อเสนอขอสนับสนุนจากกระทรวงได้ โดยองค์ประกอบคณะกรรมการนิเทศ การกำกับ และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ให้แบ่งเป็นทีมรายอำเภอ โดยให้ อบจ. กำหนดประธานคณะกรรมการของแต่ละอำเภอ ซึ่งมีทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. และผู้มีส่วนได้เสีย และให้นายอำเภอช่วยในการดูแลกำกับในการดำเนินงานด้วย

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ปัจจุบัน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้เปลี่ยนระบบมาใช้เป็นระบบ My CPU ซึ่งยังมีความกังวลว่า ยังไม่ตอบโจทย์เท่าโปรแกรมเดิม การประเมินด้านระบบข้อมูลข่าวสารจังหวัดมหาสารคามมีอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ได้กำหนดรูปแบบให้ รพ.สต. และ สอน. ทุกแห่ง ต้องส่งออก 43 แฟ้ม รูปแบบ Zip ไฟล์ ตามรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัจจุบันตามมาตรฐานส่งออก Version 2.4 จำนวน 53 ไฟล์ โดยส่ง 43 แฟ้มเข้า HDC on Cloud ของจังหวัดมหาสารคาม (https://mkm.hdc.moph.go.th/) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และสามารถส่งได้ทุกวัน ส่งอย่างช้าไม่เกิน 30 วัน หลังวันให้บริการสุดท้ายของเดือน HDC นำเข้าข้อมูลและประมวลผลข้อมูลทุกวัน

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การบริการว่าจะต้องไม่เกิดผลกระทบต่อ

ประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน ยังได้รับการสนับสนุนในเรื่องของเวชภัณฑ์อยู่ แต่จะมีปัญหาในเรื่องของค่าบริการค่าตอบแทนในการดำเนินงานออกให้บริการนอกพื้นที่ ในการดำเนินงานตาม Six Building Blocks ในอดีต รพ.สต. มีการประชุมกับคณะกรรมการ CUP Board แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็นคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (คปสอ.) โดยมี ผอ.รพ.สต. เป็นคณะกรรมการในปีงบประมาณ 2566 ในการดำเนินงานมีแนวโน้มความสัมพันธมิตรที่ลดลงและในทุกปีที่มีการจัดทำแผนงบประมาณประจำปีในการเลือกใช้งบประมาณมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ลดลงในเขตของอำเภอ เพราะทรัพยากรที่ลดลง แต่ในระยะการถ่ายโอน รพ.สต. ก็ยังมีการสนับสนุนเรื่องของแพทย์ครอบครัวและเวชภัณฑ์อยู่

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ควรมีระเบียบและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่ง รพ.สต. ได้รับการถ่ายโอนไปให้ อบจ. ยังไม่มีระเบียบส่วนกลางในการดำเนินงาน อาทิ รูปแบบเอกสาร แล้วทำให้ รพ.สต. เมื่อได้รับการถ่ายโอน จะทำให้อำนาจมาอยู่ที่ รพ.สต. ทั้งหมด จึงเกิดความท้าทายในดำเนินการในช่วงแรก แต่นี้จะเป็นก้าวแรกสู่การพัฒนา รพ.สต. มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสู่การพัฒนาชุมชน

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เสนอรูปแบบการประเมินผล ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ควรแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรก : รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมาสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องจากเดิม มากน้อยแค่ไหน ระยะสอง : สามารถที่จะพัฒนา หรือต่อเนื่องให้ดีขึ้นอย่างไรภายใต้ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 โดยเพิ่มเรื่องบุคลากร เทคโนโลยี เพื่อเตรียมความพร้อมให้สู่ระดับที่ดีกว่า ระยะสาม : ทำให้ประชาชน มั่นใจ ได้อย่างไร เพื่อที่จะได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่ โดยดำเนินงานตาม Six Building Blocks ซึ่งแบบแผนในการประเมินควรที่จะประเมินทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ถ่ายโอนด้วยเพื่อสร้างความเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยทำงานบูรณาการระดับอำเภอ ควรมีหน่วยงานคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ และมีนายอำเภอ ภาครัฐ มาทำงานร่วมกัน เพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินงานรูปแบบเก่าและใหม่เพื่อสร้างแนวทางในการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 1) เรื่องถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ควรมีการจัดระบบบริการที่ชัดเจนและเตรียมความพร้อมให้มากกว่านี้ เช่น เรื่องการจ้างลูกจ้างชั่วคราวรายวัน รายเดือน หรือลูกจ้างเหมาจ่าย เนื่องจากพบปัญหาที่ผ่านมาคือ ไม่มีระเบียบว่าจ้างลูกจ้างของทาง อบจ. เช่น ลูกจ้าง พกส. ไม่มีในกระทรวงมหาดไทย จึงทำให้ต้องมาทำเอกสารเกี่ยวกับการจ้างลูกจ้าง พกส. ขึ้น ซึ่งทำให้ลูกจ้างเสียขวัญและกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากไม่มีความชัดเจนในระเบียบก่อนย้ายกระทรวง 2) เรื่องการให้บริการคนไข้โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิต มีบางอำเภอที่ รพ.สต. ไม่ได้ให้บริการในส่วนนี้ เนื่องจากทางแม่เครือข่ายออกให้บริการด้วยตนเอง แต่ในบางครั้งเกิดปัญหาว่าคนไข้ยาหมด แต่ทาง รพ.สต. ไม่มียาโรคเรื้อรังสำรองไว้ที่ รพ.สต. เลยเกิดปัญหาผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการให้บริการ จึงอยากให้คำนึงถึงความสำคัญของคนไข้เป็นหลัก แต่ในส่วนของอำเภอยางสีสุราชเรายังให้บริการปกติเหมือนเดิมทุกอย่างทั้งเรื่องการดูแลคนไข้ ยาและเวชภัณฑ์ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สูงขึ้น 3) สิ่งที่ดีที่ถ่ายโอนไปคือเรื่องของความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่มีกำลังใจในการทำงานต่อไป

5.1.2.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีผลการศึกษา ดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) 2) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) 3) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) และ 4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) ผลการประชุมเสนอความคิดเห็นมีดังนี้

1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านความเป็นธรรม ควรให้ทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน รูปแบบการประเมินควรเป็นการประเมินในแต่ละอำเภอ ต้องการให้มีเวทีเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนกันระหว่างทีมประเมิน เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินร่วมกัน โดยในระยะแรกทิศทางการดำเนินงานของ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจน อยากให้ประเมินผลกระทบต่อประชาชน ระบบบริการที่เปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างไรบ้าง อยากให้เป็นลักษณะของการนิเทศงาน

2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านการตอบสนองความต้องการ กองการสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องขยายองค์กร ขยายกรอบ เพิ่มบุคลากรที่สามารถควบคุมกำกับได้ การจัดทำแผนปฏิบัติการต้องดูความต้องการของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีการบูรณาการแผนปฏิบัติการกับแผนสุขภาพตำบลยังไม่พร้อมรับการประเมิน ในระยะแรกบางส่วนยังไม่พร้อมรับการประเมิน เพราะโครงสร้างยังไม่ลงตัว การจัดสรรทรัพยากรยังไม่เท่าเทียมกัน

3. ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน การถ่ายโอน รพ.สต. ทำให้มีโอกาสในการบริหารทรัพยากรเอง แต่ยังคงพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ ในระยะแรกจึงมีบางแห่งยังไม่พร้อมรับการประเมิน ควรเป็นการนิเทศงานและประเมินผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประชาชน

4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) สรุปได้ว่า การกำกับและประเมินผลด้านประสิทธิภาพการบริการ การจัดบริการดำเนินการภายใต้ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมีการเพิ่มโครงสร้างบุคลากรเพื่อให้มีการติดต่อประสานงานและมีผู้รับผิดชอบงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การกำกับและประเมินผล ควรมีทุกภาคส่วน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมไปถึงประชาชนด้วย

5.1.2.3 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการวิจัยในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบเกณฑ์และการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีผลการศึกษาดังนี้

ผู้กำหนดนโยบาย มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นแนวทางนิเทศและประเมินผลการดำเนินงาน 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านของยุทธศาสตร์นิเทศประเมินผล (2) เรื่องของการเงิน (3) เรื่องของบุคคล (4) เรื่องของการบริการในระบบปฐมภูมิ (5) เรื่องกฎหมายและข้อร้องเรียนการในรูปแบบของ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกำหนดตัวชี้วัดร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจไม่คลอบคลุมการทำงานประจำ บางตัวชี้วัดการทำงานง่ายเกินไป ไม่ตอบโจทย์ปัญหาจริงในพื้นที่ และมีจุดอ่อนเรื่องการสื่อสารทั้งในส่วนสาธารณสุขไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่งค่อนข้างเป็นห่วงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นนี้

5.1.3 สรุปผลการศึกษาผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ผู้ร่วมวิจัยร่วมแสดงความคิดเห็นขณะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยได้เล่าถึงการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีความสนใจในการร่วมกิจกรรม ได้ซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับข้อสงสัยในการการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม รวมไปถึงหลักเกณฑ์การดำเนินงาน ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความกระตือรือร้นในการมาเข้าร่วมกิจกรรม

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ด้านการตัดสินใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 (S.D.=0.61) ด้านการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (S.D.=0.62) ด้านการรับผลประโยชน์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 (S.D.=0.61) ด้านการติดตามและประเมินผล ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 (S.D.=0.66) และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 (S.D.=0.74)

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.00

การติดตามผลการดำเนินกิจกรรม มีการคืนข้อมูลรูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จากการวิจัย พบว่า

ได้รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

จากการการประชุมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลผลการสังเคราะห์รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม แบ่งได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1) รูปแบบที่ 1 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้ถ่ายโอนและได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

2) รูปแบบที่ 2 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

3) รูปแบบที่ 3 รูปแบบการประเมินจากการเสนอของอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ผ่านมติคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 อภิปรายผลปัจจัยที่มีผลต่อการการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

การจัดระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The Six Building Blocks of Health System พบว่า ด้านระบบบริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 (S.D.=0.39) ด้านกำลังคนภาพ รวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 (S.D.=0.41) ด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (S.D.=0.29) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (S.D.=0.41) ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 (S.D.=0.54) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (S.D.=0.50) และภาพรวมการจัดระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 (S.D.=0.45) คล้ายกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2565) พบว่า องค์ประกอบของมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย (1) ปัจจัยกำหนดระบบสุขภาพ (2) การให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุม 5 ภารกิจ ป้องกัน ส่งเสริม รักษา (ทั้งในภาวะเฉียบพลัน และเรื้อรัง) ฟื้นฟูสุขภาพและดูแลแบบประคับประคองโดยให้การดูแลครอบคลุมในทุกช่วงวัยและ (3) การบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The Six Building Blocks of Health System พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส (p-value<0.001) ตำแหน่ง (p-value=0.019) การเป็นคณะกรรมการ (p-value=0.023) แหล่งข้อมูลข่าวสาร (p-value=0.024) คล้ายกับการศึกษาของ

อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2565) พบว่า การบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการปฏิบัติตามหน้าที่และภารกิจตามคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจฯ บุคลากรด้านสุขภาพสามารถให้บริการได้เต็มที่มีอัตรากำลังที่ทำงานสอดคล้องตามโครงสร้างอัตรากำลังที่ระบุในคู่มือมองเห็นความก้าวหน้าในสายอาชีพ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอัตรากำลังในระยะยาวองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะทำกรอบกำลังและจัดสรรกรอบกำลังให้มีบุคลากรด้านสุขภาพครบทุกสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พร้อมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากรเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเพื่อวางแผนการหาความก้าวหน้ารายบุคคลให้เป็นไปตามคู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การถ่ายโอน (*p*-value=0.027) สถานะการถ่ายโอน (ส่วนบุคคล) (*p*-value=0.006) เพศ (*p*-value=0.014) สถานภาพสมรส (*p*-value<0.001) การศึกษา (*p*-value=0.0043) ตำแหน่ง (*p*-value<0.001) ลักษณะงาน (*p*-value<0.001) และประสบการณ์การฝึกอบรม (p-value=0.001) คล้ายกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ (2563) พบว่า ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจและระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ ปัจจัยนโยบาย ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยการบริหารงานบุคคลและปัจจัยงบประมาณ ส่วนรูปแบบความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ปัจจัยนโยบาย ปัจจัยการบริหารงานบุคคล ปัจจัยงบประมาณ ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยโครงสร้างการบริหารงาน ปัจจัยความสัมพันธ์ ปัจจัยความเชื่อมั่น ปัจจัยขนาดขององค์กร ปัจจัยสิทธิประโยชน์ และปัจจัยค่านิยมร่วม และการศึกษาของ สงกรานต์ บุญมา และศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ (2556) พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านสันนาเม็ง มีการบริหารจัดการดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากเทศบาลตำบลสันนาเม็งมีนโยบายสนับสนุนการบริหารจัดการสถานีอนามัย และมีศักยภาพการบริหารจัดการตามมิติด้านประสิทธิผล ด้านประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาองค์กร และ ด้านคุณภาพ แต่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขและความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุนจากเครือข่ายการ ให้บริการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและศึกษาแนวทางการพัฒนา สาธารณสุขจากหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริหารจัดการให้เป็นสถานีอนามัยต้นแบบของการถ่ายโอนภารกิจ

5.2.2 อภิปรายผลกระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม แบ่งได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบที่ 1 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้ถ่ายโอนและได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

คณะผู้ประเมิน ประกอบด้วย (1) ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข องค์การบริหาร-ส่วนจังหวัดหรือตัวแทน (2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ (3) ตัวแทนกรรมการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอและต่างอำเภอ (4) ตัวแทนจากสำนักงานสาธารรสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

รูปแบบการกำกับและประเมินผล

1) การประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) ประเมินการให้บริการเน้นการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกัน ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน (2) ประเมินระบบฐานข้อมูลสารสนเทศของ รพ.สต. เช่น โปรแกรม HOSxP, My PCU และ 43 แฟ้ม (3) สำรวจศักยภาพของ รพ.สต. ในการให้บริการเพื่อสรรหาอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอ การสอบทานสอบเทียบการใช้งาน ให้มีคุณภาพพร้อมให้บริการ (4) ประเมินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การลดการใช้จ่ายยาที่ไม่จำเป็น หรือลดการจ่ายยาซ้ำซ้อน การส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตัวเองเบื้องต้น ลดการพึ่งพายาที่ไม่จำเป็น กำหนดบัญชียาและเวชภัณฑ์และแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการนั้น ๆ การสรุปมูลค่าการใช้จ่ายยาในแต่ละเดือน ยอดการเบิกยาและเวชภัณฑ์ (5) ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์ในแต่ละตัวชี้วัดของงานนั้น ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

2) การประเมินบุคลากร ประกอบด้วย (1) ประเมินข้อมูลบุคลากรที่เป็นปัจจุบัน ความเพียงพอตามกรอบ ของขนาด รพ.สต. (2) จัดทำ KPI ประเมินรายบุคคลที่ชัดเจนตรงกับสมรรถนะวิชาชีพ (3) จัดบุคลากร ให้ตรงกับความสามารถ และ (4) การได้รับพัฒนาความรู้ และอบรมอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา คือ (1) ประเมินผลการดำเนินงาน ปีละ 1 ครั้ง (2) ประเมินบุคลากร ปีละ 2 ครั้ง (3) ติดตามระบบข้อมูลทุกเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ (1) กำหนด KPI ที่ใช้ประเมิน โดยการมีส่วนร่วมกับตัวแทน รพ.สต. เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมิน (2) กำหนดเกณฑ์ KPI ที่เทียบเคียงกับกระทรวงสาธารณสุข และตามบริบทปัญหาพื้นที่

2. รูปแบบที่ 2 ความคิดเห็นจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

คณะผู้ประเมิน ประกอบด้วย (1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน (2) ตัวแทน ผอ.รพ.สต. (3) ตัวแทนจาก อบจ.มค. (4) กรรมการภายนอก รพ.สต. (5) ภาคีเครือข่าย/ หน่วยงานวิชาการ (6) ตัวแทน CUP (7) สสจ.

รูปแบบการกำกับและประเมินผล

1) การประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) ประเมินการให้บริการครบ 5 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (2) ประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการ (3) ติดตามผลการดำเนินงานแต่ละโครงการ (4) ประเมินผลการดำเนินงานบางตัวชี้วัดในระบบคลังข้อมูลกลาง (HDC)

(5) มีแผนการปฏิบัติงานมีเป้าหมายมีระบบเวลาของงานและสรุปผลการดำเนินงาน (6) ติดตามประมวลผลข้อมูลข่าวสารตามโปรแกรม เช่น HOSxP และการส่งข้อมูลเพื่อมาหน่วยบริการปฐมภูมิระบบรายงาน HDC ระบบ E-Claim (7) การประเมินผลและการสำรวจวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ อุปกรณ์ทางการแพทย์ใน รพ.สต. ความครอบคลุมของเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือได้มาตรฐานมีซ่อมบำรุงทุกปี วันเดือนปีหมดอายุ (8) ติดตามการจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการ การเบิกจ่ายงบประมาณตามงวด มีแผนการจัดซื้อจัดจ้างแผนเงินบำรุงความถูกต้องของเอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง (9) ระบบการเงินการให้บริการด้านสุขภาพและจัดหาบุคลากรแต่ละด้าน

2) การประเมินบุคลากร ประกอบด้วย (1) ประเมินความพร้อมการจัดบริการ-พัฒนาบุคลากรด้านบริการ (2) ประเมินกรอบอัตรากำลังตามขนาดหรือภาระงานตามบริบทของพื้นที่ตามเกณฑ์ SML (3) ประเมินติดตามผลการดำเนินงานกับสัดส่วนงานและบุคลากร (4) ประเมินการกำกับบุคลากรและตำแหน่งใน รพ.สต. (5) ผลการสำรวจจำนวนบุคลากรการสำรวจหลักสูตรการอบรม (6) การประเมินติดตามเกณฑ์ที่กำหนดตัวชี้วัดผลงานความร่วมมือความเสียสละ

ระยะเวลา คือ ทุก 6 เดือนประเมินทุกหน่วยบริการทุก รพ.สต. อย่างน้อยหนึ่งแห่งต่อปี ประเมินผลการดำเนินงานใน HDC ตามระยะเวลาที่ประเมินรอบที่ 1 (ตุลาคม 2565-มีนาคม 2566) รอบ 2 (เมษายน 2566-กันยายน 2566)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (1) คู่มือมาตรฐานการจัดบริการ (2) กำหนดตัวชี้วัดหรือเป้าหมาย (3) ประเมินผลตาม KPI ในด้านการบริหารและแนวทางการดูแล การปฏิบัติร่วมกันในส่วนท้องถิ่น (4) กำหนดมาตรฐานระบบหน่วยบริการในเป็นสากล (5) ใช้ระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ในการประเมินติดตามจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่ายงบประมาณ เช่น ระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Government Fiscal Management Information System : GFMIS) หรือ ระบบบันทึกบัญชี กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น e-LASS

3) รูปแบบที่ 3 รูปแบบการประเมินจากการเสนอของอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ ผ่านมติคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ดังนี้

คณะผู้ประเมิน ประกอบด้วย (1) ทีมรายอำเภอ จำนวน 11 คน ต่อทีม ต่ออำเภอ (จาก อบจ. 5 คน และ สสจ. 5 คน โดยให้ อบจ. กำหนดประธานคณะกรรมการของแต่ละอำเภอ) แล้วแต่งตั้งโดยมติเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

รูปแบบการกำกับและประเมินผล ประกอบด้วย

1) ให้อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศเสนอรายชื่อคณะกรรมการนิเทศ การกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเป็นคณะกรรมการนิเทศ การกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม

2) ให้คณะกรรมการกำกับผลการดำเนินงาน โดยสรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญที่คัดเลือกร่วมกัน (ที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ) เป็นรายเดือนทุกเดือนเสนอต่อ (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม

3) ให้คณะกรรมการสรุปผลการนิเทศ การประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคามเสนอต่อ (1) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (3) ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม

4) ให้ กสพ. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อ (1) สภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (2) คณะกรรมการตรวจราชการแบบบูรณาการของจังหวัด และ (3) คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีละ 1 ครั้ง

ระยะเวลา คือ (1) การนิเทศและตรวจเยี่ยมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ใน รพ.สต./ สอน. ทุกแห่ง ปีละ 1 ครั้ง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามจะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการนิเทศและตรวจเยี่ยม (2) การประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 รพ.สต./ สอน. ทุกแห่ง ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (1) ให้อนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (ตัวชี้วัดการบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 2566-2570 และแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด ปี 2566 ในกรอบงานบริการระดับปฐมภูมิ ตามบทบาท ภารกิจของ รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน 76 ตัวชี้วัด) เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการนิเทศงาน คู่มือการกำกับผลการดำเนินงาน และคู่มือประกอบการทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566

5.2.3 อภิปรายผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีการดำเนินงาน จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) 2) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) 3) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) และ 4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) ดังนี้

1) ด้านความเป็นธรรม (Improved Health) ควรให้ทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน รูปแบบการประเมินควรเป็นการประเมินในแต่ละอำเภอ ต้องการให้มีเวทีเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนกันระหว่างทีมประเมิน เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินร่วมกัน โดยในระยะแรกทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรประเมินผลกระทบต่อประชาชน ระบบ

บริการที่เปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อประชาชน การประเมินระยะแรกควรเน้นการนิเทศ ติดตาม แนะนำการดำเนินงานมากกว่าการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน การจัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้เข้าร่วมเสวนาเผยแพร่แลกเปลี่ยนทุกระดับ คล้ายกับการศึกษาของ จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้นำมีภาวะผู้นำสูงมีการประชาสัมพันธ์อย่างดีเยี่ยมมีการระดมการมีส่วนร่วมอย่างได้ผล การทำความเข้าใจต้องเกิดในทุกระดับตั้งแต่นโยบายส่วนกลางจนถึงระดับท้องถิ่นการถ่ายโอนไม่ควรดำเนินการแบบเร่งรัดเกินไปควรสื่อสารกันตลอดเวลาและร่วมหาทางของที่ดีที่สุด และการศึกษาของ รัตนจันทร์ นาดีและคณะ (2563) พบว่า กรอบและตัวชี้วัดนิเทศงานควรครอบคลุมงานนโยบายและปัญหาของพื้นที่ และไม่ควรมีจำนวนมากเกินไป ควรนิเทศงานตามกำหนด และมีผู้นิเทศครบตามประเด็นการนิเทศงานโดยมุ่งสร้างความเข้าใจในมาตรฐานการนิเทศงาน สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้รับนิเทศมากกว่าเน้นติดตามข้อมูลเชิงปริมาณ ควรเน้นหลักการเสริมพลัง ผู้นิเทศควรเป็นโค้ช และพิจารณากระบวนการนิเทศงานอย่างไรให้ผู้นิเทศงานและผู้รับนิเทศมีความสุข

2) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) กองการสาธารณสุของค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องขยายองค์กร ขยายกรอบ เพิ่มบุคลากรที่สามารถควบคุมกำกับได้ การจัดทำแผนปฏิบัติการต้องดูความต้องการของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีการบูรณาการแผนปฏิบัติการกับแผนสุขภาพตำบล ควรมีการคัดเลือกตัวชี้วัดในการประเมินให้ชัดเจนก่อน เลือกเฉพาะตัวชี้วัดที่สามารถทำได้และสามารถทำได้ภายใต้ภารกิจการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริการส่วนจังหวัดคล้ายกับการศึกษาของ สิทธิโชค ลิ้มสุวัฒน์ และคณะ (2565) พบว่า ควรมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการถ่ายโอนฯ และมีการประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะให้มากยิ่งขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดตั้งกลวิธานที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายเพื่อติดตามสนับสนุนการถ่ายโอนโดยมีกระบวนการชี้แจงสร้างความเข้าใจกับทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่อง ก่อน ระหว่าง และหลังการถ่ายโอนระดับพื้นที่ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการศึกษาของ นงคราญ สกุณาพงศ์ และคณะ (2564) พบว่า ระบบการนิเทศงาน ควรมีการจัดทำแผนการนิเทศงานในเชิงคุณภาพตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ด้านการกำกับติดตามงาน ควรมีการติดตามแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นประเด็นที่เป็นปัญหาในระดับพื้นที่ การประเมินผลงาน ควรมีการชี้แจงเจ้าหน้าที่รับผิดชอบให้ได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินในแต่ละตัวชี้วัดตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และคล้ายกับการศึกษาของ จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ (2552) พบว่า การสื่อสารมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายประโยชน์กระบวนการที่จะดำเนินการข้อพึงระวังและแนวทางแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการถ่ายโอนปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการถ่ายโอนให้ลุล่วง ได้มี 2 ด้าน ด้านหนึ่งคือ แรงจูงใจเช่นมีงบประมาณในการทำงานมากขึ้นมีอัตราตำแหน่งมากขึ้นหรือมีความก้าวหน้าสูงขึ้น หรือมีสายบังคับบัญชาที่สั้นลงทำให้ปฏิบัติงาน ได้สะดวกยิ่งขึ้นอีกด้านหนึ่งคือ คุณสมบัติที่มีอยู่หรือความพร้อมที่บังเกิดขึ้นในระหว่างเตรียมการเช่นมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันอยู่แล้ว

3) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโอกาสในการบริหารทรัพยากรเอง แต่ยังคงพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ ในระยะแรกจึงมีบางแห่งยังไม่พร้อมรับการประเมิน ควรกำกับและประเมินผลกระทบต่อระบบบริหาร

สุขภาพของประชาชน ซึ่งในช่วงเปลี่ยนผ่านการดำเนินงานในหลายหลายด้าน ทั้งด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ การประสานงานกับเครือข่ายบริการสุขภาพ ผู้บริหารมีนโยบาย กำกับให้การดำเนินงานทุกอย่างคล่องตัวเพื่อให้บริการแก่ประชาชน

4) ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency) การจัดบริการดำเนินการภายใต้ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมีการเพิ่มโครงสร้างบุคลากรเพื่อให้มีการติดต่อประสานงานและมีผู้รับผิดของงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การกำกับและประเมินผล ผู้ประเมินควรเป็นผู้แทนของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้มีส่วนได้เสียรวมไปถึงประชาชนด้วย เพื่อให้เกิดการการมีส่วนร่วม และควรมีคู่มือแนวทางการประเมินที่ชัดเจนและสามารถชี้แนวทางแนะในการพัฒนาการ ทำงานได้ชัดเจนมากขึ้น คล้ายกับการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2565) พบว่า สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิควรมีการรับรองจากองค์กรภายนอกที่มีสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช ที่มีองค์ความรู้ในการประเมินเข้าใจระบบการทำงานและไม่ได้เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีรูปแบบทั้งการประเมินโดยผู้ประเมินภายในองค์กร (Internal Audit) และการรับรองจากองค์กรภายนอก (External Audit)

รูปแบบการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างคณะผู้ประเมิน คือ คณะกรรมการ 5x5 จำนวน 13 ทีมๆ ละ 10 คน รวมประธาน 1 คน ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามมอบหมาย รวม 11 คน/ทีม รวม 143 คน

องค์ประกอบที่ 2 แนวทางการประเมิน คือ แนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566

องค์ประกอบที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ คู่มือรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) เพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดทั้งจังหวัดของจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2566

องค์ประกอบที่ 4 การประสานงาน มีการประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมทีมนิเทศตรวจเยี่ยม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม ในขั้นตอน/วิธีการ/รายละเอียดตัวชี้วัดในการประเมินผล

องค์ประกอบที่ 5 การมีส่วนร่วม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามร่วมกับและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

1. นโยบาย ผู้บริหารให้ความสำคัญ มีโครงสร้างคณะผู้ประเมิน อำเภอละ 1 ทีม ที่มาจากสัดส่วนบุคคลากรสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 คน และบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 คน โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลือกประธานมาอีก 1 คน รวมเป็น 11 คน

2. การมีส่วนร่วม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีเป้าหมายร่วมกันและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ

3. การประสานงาน มีการประสานการดำเนินงานในขั้นตอน/วิธีการ/รายละเอียดตัวชี้วัดในการประเมินผล ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ และมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อให้การนิเทศ ตรวจเยี่ยม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิภาพสูงสุด

5.3 ข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988: 11-15) จากการศึกษาผู้วิจัยสรุปแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

รูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1) ผู้กำหนดนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน

2) สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่การถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3) มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5) มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ทุกไตรมาส

6) มีการสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขไตรมาสละ 1 ครั้ง

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารจังหวัดในพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2) ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารจังหวัด

3) ควรมีการศึกษากระบวนการนำนโยบายจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารจังหวัด

4) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารจังหวัด

5) ควรมีการศึกษาการกำกับการดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กฤษดา แสวงดี และคณะ. (2562). ความเพียงพอของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), พฤษภาคม-สิงหาคม.

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และมโน มณีฉาย. (2556). *โครงการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่มีหน้าที่จัดการระบบสุขภาพระดับตำบลภายใต้แผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กาสัก ต๊ะขันหมาก และคณะ. (2551). *โครงการสรุปบทเรียนและติดตามผลการพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาการถ่ายโอนสถานีอนามัยเขาสามยอด ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี.* มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

งานนิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. (2565). *คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565*. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

งานนิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. (2565). *คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ประจำปีงบประมาณ 2565*. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์. (2554). การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(4), 530-538.

จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ. (2552). ประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการโอนสถานีอนามัย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3(1), ม.ค.-มี.ค.

เจริญพงษ์ ศุภธีระธาดา. (2563). *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน กรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.* สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. (2565). กฎหมายที่น่าสนใจ หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข,* 8(3), กันยายน-ธันวาคม.

ชัยยนต์ มาไชยนาม. (2554). *การเตรียมความพร้อมในการรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลวังนกแอ่น อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก.* (การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ. (2565). *รายงานการวิจัยการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.สถาบันพระบรมราชชนก.* กระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลพระปกเกล้า. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

ตุลยวดี หล่อตระกูล และคณะ. (2564). ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการได้รับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น,* 7(6), มิถุนายน.

ตุลยวดี หล่อตระกูล. (2563). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา : สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *สารสารวิชาการอยุธยาศึกษา,* 12(1), มกราคม-มิถุนายน.

นภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ. (2563). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด.* วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปพงศ์มนัส อินทะจักร. (2551). *โครงการศึกษาสรุปบทเรียนและติดตามผลการพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานี อนามัยไปองค์การบริหารส่วนตำบล กรณีศึกษา สถานีอนามัยบ่อทอง องค์การบริหารส่วนตำบลวังแขม อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร.* มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

ปนิตา ธีรสฤษกุล และคณะ. (2561*).* การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(2), เม.ย.-มิ.ย.

ปรีดา แต้อารักษ์. (2553).*สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปรุฬห์ รุจนธำรง และคณะ. (2565). *การพัฒนาข้อเสนอแนวทางการบริหารจดการของกองทุนประกันสุขภาพในการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปราโมทย์ นวลประสงค์. (2552). *ทัศนคติต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดการศึกษาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่จังหวัดระยอง.* (วิทยานิพนธ์ หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นงคราญ สกุณาพงศ์ และคณะ (2564). การประเมินผลกระบวนการโครงการพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขแบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปี 2562. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 15(2), พฤษภาคม-สิงหาคม.

พงษ์ศักดิ์ นาต๊ะ และคณะ. (2562). การบูรณาการในระบบสุขภาพชุมชน. *วารสารเภสัชกรรมไทย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 11(1), มกราคม-มีนาคม.

พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2556). *โครงการวิจัยและพัฒนาศักยภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับในการจัดการด้านสุขภาพ กรณีศึกษาจังหวัดน่าน.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.

รัตนจันทร์ นาดี และคณะ (2563). ศึกษาการประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 10(2).

เริงชาติ ศรีขจรวงศ์. (2565). ความพร้อมขององค์การบริการส่วนจังหวัดกับภารกิจรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ*, 2(3), พฤษภาคม-มิถุนายน.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2556). *การถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่ท้องถิ่น : การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน และข้อเสนอเชิงนโยบาย.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วนิดา ผลากุล. (2544). *การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านช้าง อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.* การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วราภรณ์ ผ่องอำนวย และคณะ. (2565). ช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ*, 2(4), กรกฎาคม-สิงหาคม.

ศิริเกษม ศิริลักษณ์. (2563). *การจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์ โดยใช้หลักการ Six Building Blocks Plus One*. โครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่พึงประสงค์ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในเขตสุขภาพที่ 2.

สงกรานต์ บุญมาและศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ. (2556). *การบริหารจัดการสถานีอนามัยบ้านสันนาเม็งหลัง ถ่ายโอนภารกิจจากสาธารณสุข.* กรณีศึกษาเทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.

สมยศ แสงมะโน. (2561). ปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 5(2), กรกฎาคม-ธันวาคม.

สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดประเทศไทย (สจท.). (2564). *รพ.สต. สู่ อบจ. อีกย่างก้าวกระจายอำนาจสู่ อปท. ประวัติความเป็นมาและแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*.

สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.

เสกสรร ตันติวนิช. (2562). แนวคิด กระบวนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแนวโน้มการปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต. *วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการ,* 7(1), มกราคม-เมษายน.

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). *แนวทางการดำเนินงานการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). *การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565 และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี 2565 สู่การปฏิบัติในระดับ CUP ปีงบประมาณ 2565.* มหาสารคาม : งานยุทธศาสตร์สุขภาพกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

สิทธิโชค ลิ้มสุวัฒน์ และคณะ. (2565). ปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารรัฐศาสตร์รอบรู้และสหวิทยาการ,* 5(5), กันยายน-ตุลาคม.

สุภัชญา สุนันต๊ะ. (2561). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข,* 4(1), มกราคม–เมษายน.

อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ. (2565). *ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. สถาบันพระบรมราชชนก.

อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี. (2558). ความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพกรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในประเทศไทย. *วารสารการบริหารท้องถิ่น,* 8(1), มกราคม–มีนาคม.

อัญญารัตน์ ไสยจรัญ และคณะ. (2557). ศึกษากลยุทธ์การสร้างความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองแปน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารบัณฑิตศึกษา,* 11(53), เมษายน–มิถุนายน.

Berwich, P. and Shore, K. (2019). *Marketing Management*. New Jersey : Prentice-Hall.

Best, John W. & James V. Kahn. (1997). *Research in Education*. 7th ed. Boston : Allyn and Bacon.

Convinsky , K. (March 2008). The relation between health status changes and patient Satisfaction in older Hospitalized medical patients. *Journal General International of Medicine*, 3(4), 223-229.

Creswell JW, Plano Clark VL. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell JW. (2011). *Controversies in Mixed Methods Research*. In Denzin N. K., Lincoln Y. S. (Eds.). Handbook of qualitative research (4th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed methods research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7): 14-26.

Johnson, R.B. & Christensen, L.B. (2014). *Educational research methods: quantitative, qualitative, and mixed approaches*. 5th ed. Los Angeles, C.A.: Sage

Kane, R.L, Maciejewaki. M. and Finch, M. (2015). The relationship of patient satisl'action With care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35(1), 114-730.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The action research reader.* Geelong. Victoria: Deakin University Press.

Kemmis, S.,& McTaggert, R. (1990). *The Action Research Planner.* Geelong: Deakin University Press.

Mehdi Zanganeh Baygi, et al. (2015). Structural and contextual dimensions of Iranian primary health care system at local level. *Iran Red Crescent Med J*., 17(1), e17222. doi: 10.5812/ircmj.17222. eCollection 2015 Jan. PMID: 25763257 PMCID: PMC4341539 DOI: 10.5812/ircmj.17222 Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25763257/

Naser Derakhshani. et al. (2020). Monitoring Process Barriers and Enablers Towards Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: A Systematic Review and Content Analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*, 24(12), 459-472. doi: 10.2147/CEOR.S254946.eCollection2020. Retrieved from https://pubmed. ncbi.nlm.nih.gov/32922051/

Phudit Tejativaddhana. et al. (2013). Identifying challenges and barriers in the delivery of primary healthcare at the district level: a study in one Thai province. *Int J Health Plann Manage*, 28(1), 16-34. doi: 10.1002/hpm.2118. Epub 2012 Jun 13. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22696117/

Rebekah Pratt. et al. (2018). Identifying Barriers to Collaboration Between Primary Care and Public Health: Experiences at the Local Level. *Public Health Rep*, 133(3), 311-317. doi: 10.1177/0033354918764391. Epub 2018 Apr 3. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29614236/

Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003). *Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences*. In A . Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed methods in the social and behavioral research. Thousand Oaks, C.A.: Sage

Vahid Yazdi-Feyzabadi et al. (2015). Health Information System in Primary Health Care: The Challenges and Barriers from Local Providers' Perspective of an Area in Iran. *Int J Prev Med*, 6, 57. doi: 10.4103/2008-7802.160056. eCollection 2015. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26236444/

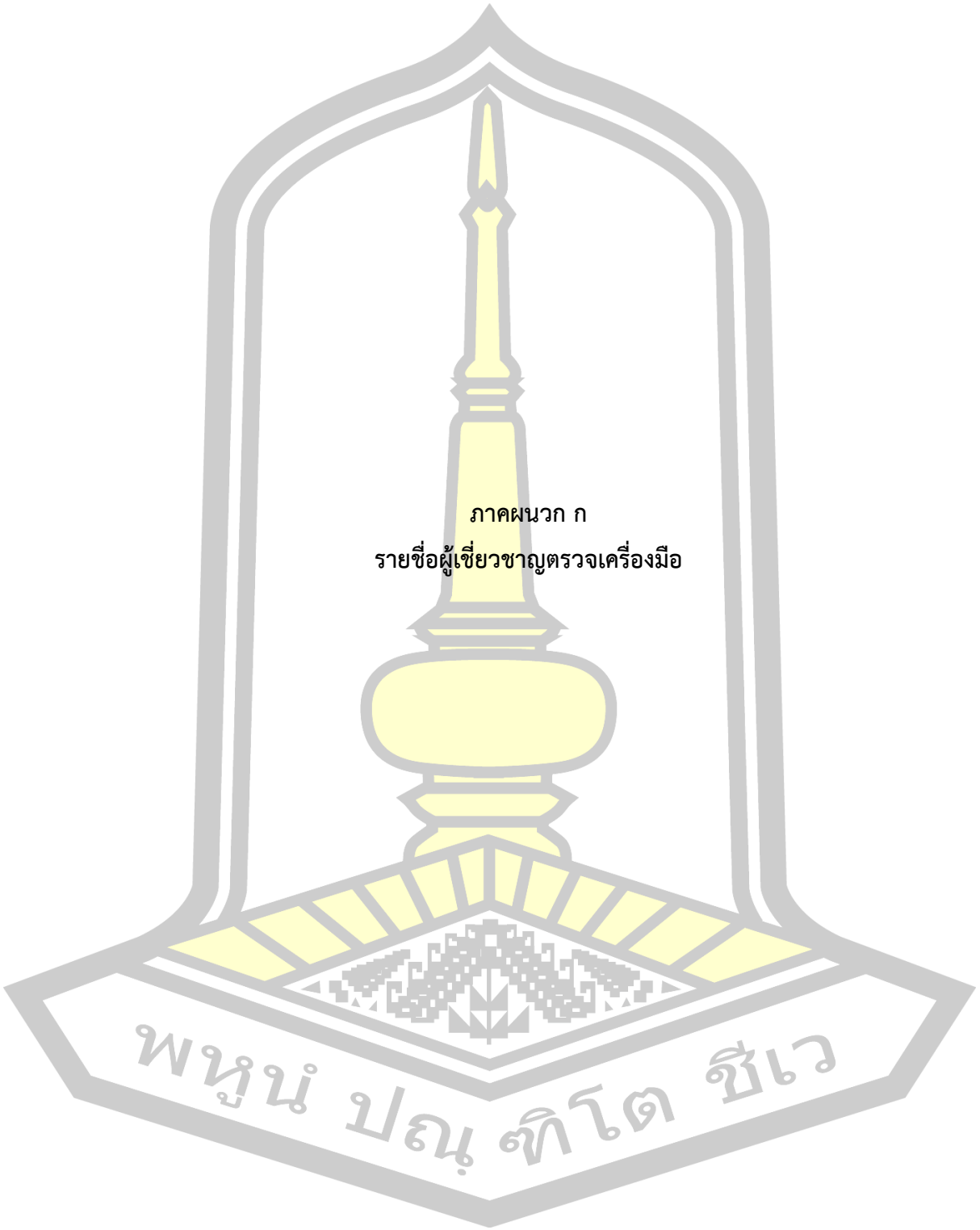
World Health Organization. (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: WHO Document Production Servicves,

World Health Organization. (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health system through a primary health care lens.*

Zipkin, A. and others. (2012). A rural primary health care service in Isracl sorne rreasure of Utilization and satisfaction. *Journal of Public Health*, 10(15), 566-572.

Zuber-Skerritt, O. (1992). Action research in graduate management research programs. *Higher Education,* 23, 195-208.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
นายประเสริฐ ไหลหาโคตร์	ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย
ดร.ศิริลักษณ์ ยะสูงเนิน	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายธนกร จันทาคืมบง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ดร.ชยพล ยะวร	ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านกระบาก

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว๒๕๖๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓
ผู้ประสานงาน นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ โทร. ๐๙ ๕๖๔๒ ๔๑๕๑



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๒๔๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายประเสริฐ ไหลหาโคตร์ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยังยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓
ผู้ประสานงาน นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ โทร. ๐๙ ๕๒๔๒ ๔๓๕๑



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว๒๕๖๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.สิริลักษณ์ ยะสูงเนิน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓
ผู้ประสานงาน นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ โทร. ๐๘ ๕๖๔๒ ๔๑๕๑



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ว๒๕๐๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิจัย จำนวน ๑ เล่ม
๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามการให้คะแนน จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า นายธนกร จันทาคีมบง ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย เป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓
ผู้ประสานงาน นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ โทร. ๐๙ ๕๒๔๒ ๔๑๕๑



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๘๒๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย (Tryout)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย จำนวน ๓๐ ชุด

ด้วย นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในครั้งนี้

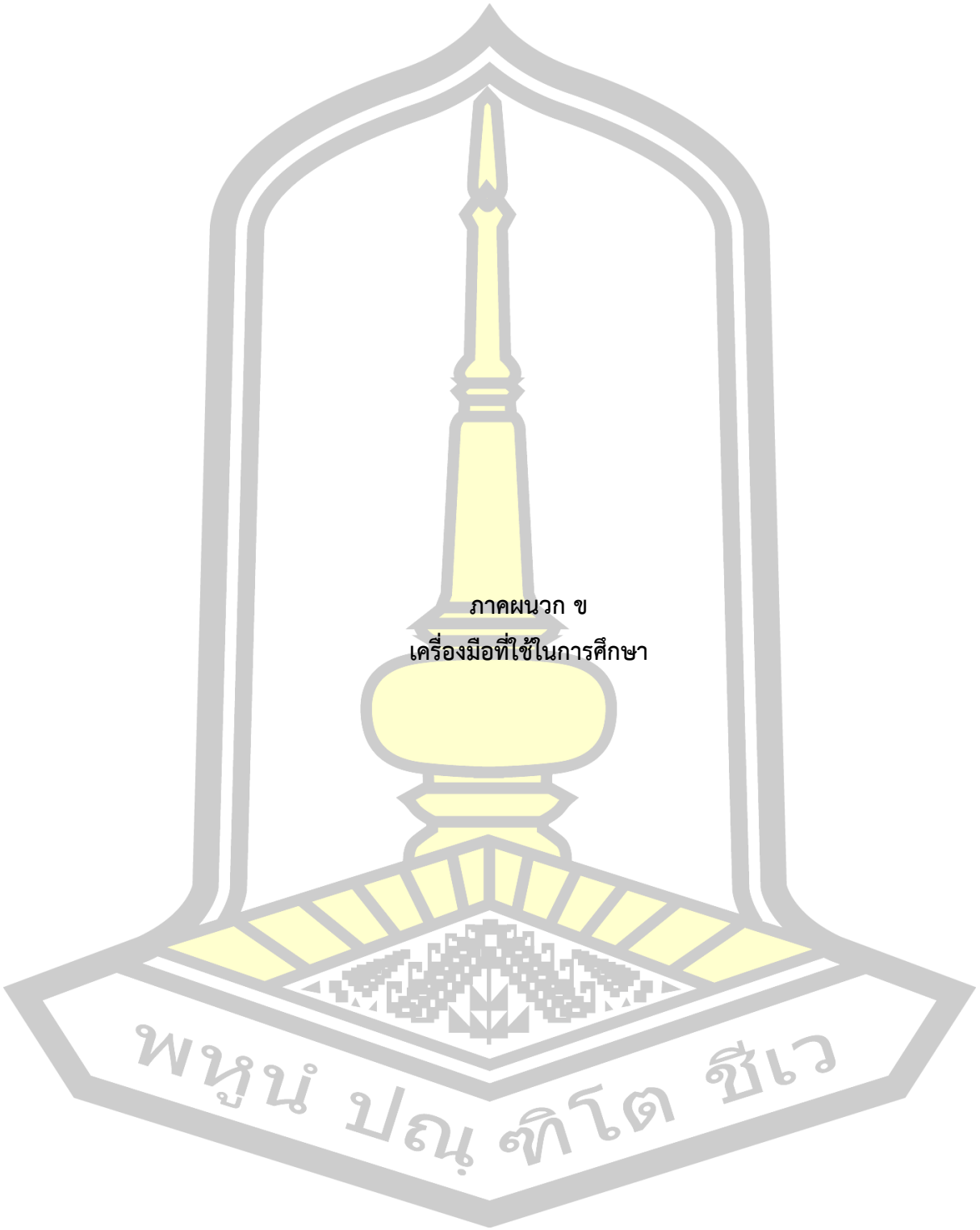
เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน ทดลองใช้เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย (Tryout) ในครั้งนี้ เพื่อที่นิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓
ผู้ประสานงาน นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ โทร. ๐๙ ๕๒๔๒ ๔๓๕๑



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

<u>คำชี้แจง</u>

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 80 ข้อ

ส่วนที่ 3 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 24 ข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลเสียหายต่อตัวท่าน แต่อย่างใด คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน

สิริมาพร นาดพัฒน์
ผู้วิจัย



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจุบัน สอน./ รพ.สต. ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือไม่

( ) ถ่ายโอน
( ) ไม่ถ่ายโอน

1.2 ปัจจุบันท่านได้ถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้วหรือยัง

( ) ถ่ายโอน
( ) ไม่ถ่ายโอน

1.3 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

1.4 อายุ .....ปี.....เดือน

1.5 อายุราชการ .....ปี.....เดือน

1.6 สถานภาพ

( ) โสด ( ) สมรส
( ) หม้าย ( ) อื่นๆ .....

1.7 ระดับการศึกษา

( ) ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) ปริญญาตรี
( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก
( ) อื่น ๆ ระบุ.....

1.8 อาชีพ

( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) พนักงานราชการ
( ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ( ) ลูกจ้างชั่วคราว
( ) อื่น ๆ ระบุ.....

1.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท

1.10 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน..... ปี

1.11 ตำแหน่ง

( ) ผู้อำนวยการ สอน./ รพ.สต.
( ) นักวิชาการสาธารณสุข
( ) พยาบาลวิชาชีพ
( ) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
( ) นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านทันตสาธารณสุข)/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
( ) อื่น ๆ ระบุ.....

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University Ethics Committee for Human Research คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

1.12 ลักษณะของตำแหน่งงานในปัจจุบัน

( ) ผู้บริหาร

( ) หัวหน้างาน

( ) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน

1.13 ประสบการณ์การฝึกอบรมหรือการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ หรือการถ่ายโอน

( ) เคยอบรม เรื่อง.....

( ) ไม่เคยอบรม

1.14 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

( ) เป็นคณะกรรมกรรมการหรือคณะอนุกรรมการจังหวัดมหาสารคาม

( ) เป็นคณะกรรมกรรมการหรือคณะอนุกรรมการ ระดับสสจ./ สสอ.

( ) ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้เป็นผู้ทำงานหน้าที่แทน

( ) ไม่ได้เป็นคณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการ หรือได้รับมอบหมาย

1.15 การรับข้อมูลข่าวสารของการถ่ายโอน

( ) เคย จากแหล่งข้อมูล

( ) หนังสือราชการ

( ) สื่อสังคมออนไลน์

( ) คนใกล้ชิด

( ) อื่น ๆ (ระบุ) .....

( ) ไม่เคย



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามกรอบแนวคิด The Six Building Blocks of Health System

1. ระบบบริการ (Service Delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างที่ตรงกับการจัดบริการของ รพ.สต. มากที่สุด

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติในข้อความดังกล่าว
เป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าวไม่ทุกวันทำการ
เป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าวทุกวันทำการ

ข้อ	ประเด็น	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
1.ระบบบริการ (Service Delivery)				
	1) ด้านการจัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว			
1	จัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค			
2	จัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้บริการครอบคลุมเชิงรับ			
3	จัดบริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัว โดยให้บริการครอบคลุมเชิงรุก			
4	เน้นความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง			
5	เน้นความรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ			
6	เน้นความรับผิดชอบด้านการป้องกันโรค			
7	จัดบริการเป็นคลินิกโรคเรื้อรังให้บริการแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร			

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University Ethics Committee for Human Research คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้อ	ประเด็น	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
8	จัดบริการในชุมชน (การบริการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ คัดกรองโรค การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานอาชีวอนามัย)			
	2) ด้านสุขภาพจิต และสุขภาพจิต			
9	ให้การดูแลทางสังคมและจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มวัยรุ่น/วัยทำงาน /วัยสูงอายุ			
10	มีการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิต (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปกติ และกลุ่มเสี่ยง พัฒนาโรงเรียนพ่อแม่ หรือศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน)			
11	มีการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ใช้ยาจิตเวชและมีแนวทางจัดการเบื้องต้น			
12	จัดให้ความรู้ คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง			
13	มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีภาวะทางสุขภาพจิต เป็นระยะ			
	3) ด้านการส่งต่อและการติดตามดูแล			
14	มีระบบรับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ รพศ./รพท./รพช./ศสม./รพ.สต.			
15	มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและมีการจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย			
	4) ด้านการบริการกายภาพบำบัด			
16	มีการรักษาพยาบาล ด้านการบำบัดรักษาความบกพร่อง ความผิดปกติ ความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหว			
17	มีการส่งเสริม และป้องกัน ให้การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะผิดปกติในการเคลื่อนไหว			
18	มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการ			



ข้อ	ประเด็น	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
19	จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้าน กิจกรรมบำบัด แนะนำการจัดการตารางกิจกรรม ที่เหมาะสมกับปัจจัยทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล			
20	มีการส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเฉพาะทาง			
	5) ด้านการบริการแพทย์แผนไทย			
21	มีการติดตามให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่กลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งญาติที่ดูแล ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้านการบริการแพทย์แผนไทย			
	6) ด้านการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			
22	มีการควบคุมและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ			
23	มีการวางระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย			
24	มีการจัดการสุขลักษณะของอาคาร ไม่ให้มีสภาพรกรุงรังจนอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นเหตุให้เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ให้โทษ			
25	มีการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ ป้องกันอันตรายจากเชื้อโรคที่เกิดจากสัตว์			
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)				
26	มีกรอบอัตรากำลังของแต่ละกลุ่มงานภายใน สอน.และ รพ.สต.เป็นไปตามขนาดของสอน.และ รพ.สต.			
27	มีกิจกรรมเพื่อสร้างความผูกพันและความพึงพอใจ เพื่อการคงอยู่ของบุคลากรและสร้างความร่วมมือของบุคลากร			
28	มีการบริหารงานบุคคลในการสืบทอดตำแหน่งในการก้าวหน้าทางอาชีพ			
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)				
29	ใช้ระบบสารสนเทศในการติดตามและประเมินผล จัดการเวชระเบียน กระบวนการรักษา วิเคราะห์แผน สร้างโจทย์งานวิจัย สื่อสารข่าวสารไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ			
30	ใช้โปรแกรมประมวลผลเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูล เช่น JHCIS, HOSxP PCU, My PCU			



ข้อ	ประเด็น	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)				
31	มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์และหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ใช้ยา			
32	มีการทำงานร่วมกับเภสัชกรในการจัดยาและส่งมอบยา			
33	มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาและผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง			
34	มีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา			
35	มีระบบการรายงาน กรณีที่มีการสูญหายหรือมีความผิดปกติของการใช้ยากลุ่มนี้			
36	มีการจัดทำแผนการจัดซื้อยารายปีทุกปีร่วมกับ รพ. โดยผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์			
37	มีการจัดทำสรุปมูลค่าการเบิกจ่ายยาและวัสดุการแพทย์ของ ศสช และ รพ. สต. รายงวดและรายปี			
38	มีแนวทางการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาตามแผนการเบิก			
38	มีการตรวจสอบรายการยาที่เบิก ขนาด จำนวน lot exp.date			
40	มีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งในเรื่องวิธีการใช้ยา ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่เกิดจากยา			
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)				
41	ได้รับจัดสรรงบประมาณจากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			
42	ได้รับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง			
43	ได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข			



ข้อ	ประเด็น	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
44	ได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น			
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance				
45	มีการกำหนดขั้นตอน/ แนวทางการกำกับประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม			
46	มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) กำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม			
47	มีการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และที่เกี่ยวข้อง			
48	มีคู่มือการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม			
49	มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจระหว่าง อบจ.และ สสจ. ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัด รพ.สต.			
50	มีการสรุปผลและรายงานผลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม			



ส่วนที่ 3 การประเมินเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันอานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 ด้าน ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)
2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)
3. ด้านความเสี่ยงสังคม & การเงิน (Social and Financial Risk Protection)
4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติท่านมากที่สุด
ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติในข้อความดังกล่าว
เป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าวเป็นบางครั้ง
เป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความดังกล่าวเกือบทุกครั้ง

ข้อ	เกณฑ์	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
1. ด้านความเป็นธรรม (Improved Health)				
1	มีการจัดระบบการกำกับติดตามงานทุกงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)			
2	มีการกำหนดแผนการกำกับติดตามทุกงานไว้เป็นระยะอย่างชัดเจน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)			
3	มีการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัดการกำกับติดตามงานทุกงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)			
4	มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย มาตรฐานและตัวชี้วัดในการกำกับติดตามงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค)			



ข้อ	เกณฑ์	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
5	เปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามงาน (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค)			
6	มีแนวทางการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ			
7	มีการกำหนดและการถ่ายทอดทิศทางการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีม			
8	มีการถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย			
9	มีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และมีการการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ			
10	มีการนำข้อเสนอแนะ/ ข้อร้องเรียน พัฒนาการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น			
2. ด้านการตอบสนองความต้องการ (Responsiveness)				
11	มีการวิเคราะห์และจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
12	มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
13	มีการจัดระบบเครือข่ายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการ			
14	มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (ตามปัญหาสำคัญของพื้นที่) เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
15	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน			
16	มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา ชุมชนและภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมคิด/วางแผนเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			



ข้อ	เกณฑ์	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
17	มีการจัดทำแผนงานเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม			
18	มีการวิเคราะห์ผลการกำกับติดตามด้านการบริหารงานวิชาการเพื่อนำมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงให้งานนั้น ๆ มีความสมบูรณ์มากขึ้น			
19	มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน			
20	มีการจัดระบบเครือข่ายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการ			
3. ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน (Social and Financial Risk Protection)				
21	มีการวิเคราะห์และจัดระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานและการบริหารงานงบประมาณ			
22	มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือบุคคลภายนอกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานด้านงบประมาณ			
23	มีการจัดระบบเครือข่ายด้านการบริหารงบประมาณ			
24	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับการจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
25	มีผลการวิเคราะห์องค์กรและการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
26	มีการพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายเพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
27	มีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
28	มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			



ข้อ	เกณฑ์	การปฏิบัติ		
		ไม่เคย	เป็นบางครั้ง	เป็นประจำ
29	มีกิจกรรมการสร้างความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน			
30	มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากร พัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
4. ด้านประสิทธิภาพการบริการ (Improved Efficiency)				
31	มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานคุณภาพการบริการ			
32	มีการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกมิติ			
33	มีระบบการประเมินผลและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนหลังรับบริการส่งเสริมสุขภาพ			
34	มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน			
35	มีการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
36	มีผลลัพธ์จากการดำเนินงาน CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
37	มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน			
38	มีการใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัยจนนำไปสู่การดูแลตนเองได้			
39	มีรายงานความก้าวหน้าการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง			
40	มีการวิเคราะห์ผลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงงานนั้น ๆ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น			



ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องว่างที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง

ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวเป็นบางครั้งหรือเกือบทุกครั้ง

น้อย หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	**การมีส่วนร่วมตัดสินใจ** รับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
2	การค้นหาปัญหา อุปสรรคในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาของการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
4	ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
5	การจัดทำแผนงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
6	**การมีส่วนร่วมดำเนินงาน** ประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
7	การติดต่อ ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
8	การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
9	การกำหนดบทบาท ผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
10	ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			



ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
11	**การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์** การนำเสนอปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็นการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
12	การพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
13	การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน และแก้ไขปัญหาในการการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
14	การกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
15	การนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
16	**การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล** การติดตาม ประเมินผล แผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
17	วิเคราะห์ผลของแผนงาน และการสรุปผลการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
18	การนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น			
19	การชี้แจงผลการดำเนินงานการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของ สอน./รพ.สต.			
20	ขยายผลการดำเนินงาน โดยสนับสนุนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานใน สอน./รพ.สต.			



เครื่องมือการวิจัย ชุดที่ 2 (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)
เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม

ใช้แนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน เสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวัดผลการกำกับและประเมินผล ดังนี้

กรอบการวัดผล	กิจกรรมการดำเนินงานเกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)					
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)					
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)					
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)					
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)					
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)					



1. ระบบบริการ (Service Delivery)

กิจกรรมการดำเนินงาน	เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ

2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

กิจกรรมการดำเนินงาน	เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University Ethics Committee for Human Research คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System)

กิจกรรมการดำเนินงาน	เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines)

กิจกรรมการดำเนินงาน	เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ



5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)

กิจกรรมการดำเนินงาน	เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance)

กิจกรรมการดำเนินงาน	เกณฑ์การกำกับและประเมินผล	รูปแบบการกำกับและประเมินผล	ระยะเวลา	คณะผู้ประเมิน	หมายเหตุ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Mahasarakham University Ethics Committee for Human Research คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



เครื่องมือการวิจัย ชุดที่ 2 (ข้อมูลเชิงคุณภาพ)

เรื่อง การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

1. แบบสังเกตการณ์ การกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะรวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. สภาพปัญหาของการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามคือ

1.1 .....

1.2 .....

1.3 .....

2. ความต้องการ หรือความคาดหวัง ในการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาเร่งด่วน และระยะยาว คือ

2.1 .....

2.2 .....

2.3 .....

3. ความคุ้มค่าและผลตอบแทน

3.1 .....

3.2 .....

3.3 .....

4. การระดมสมอง และความคิด

4.1 .....

4.2 .....

4.3 .....

5. การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

5.1 .....

5.2 .....

5.3 .....



6. การประสานงาน

6.1 .....

6.2 .....

6.3 .....

7. การประชาสัมพันธ์ การสร้างกระแส และมีส่วนร่วม

7.1 .....

7.2 .....

7.3 .....

8. การตรวจสอบประเมินผล

8.1 .....

8.2 .....

8.3 .....



2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกสิ่งที่ได้จากการสนทนากลุ่ม หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ข้อมูล สภาพปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความคาดหวังและความต้องการ ต่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทาง วิธีการ การดำเนินงาน เพื่อ ให้บรรลุวัตถุประสงค์

.....

.....

.....

.....

.....



3. แบบบันทึกการประเมินผล

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัยทำการบันทึกผลที่ได้ หรือที่พบเห็น หรือสิ่งที่เกิดขึ้น จากกระบวนการวิจัยทุกระยะ รวมทั้งข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ระยะการดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ระยะเสร็จสิ้นกระบวนการหรือการทำงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ECMSU01-05.03

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นิสิตปริญญาเอก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษากระบวนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ

1. เป็นกรอบแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณะและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะในมิติด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคติดต่อ และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างทั่วถึง
2. มีแนวปฏิบัติในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ร่วมกันระหว่าง กสพ./ พชอ./ รพ.สต./ อบจ./ สสอ./ สสจ./ รพช./ สมัชชาจังหวัด และภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ECMSU01-05.03

"ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม"

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 75 ข้อ ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 4 การประเมินเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 ด้าน จำนวน 40 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 20 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดย ผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ การเข้าร่วมในการวิจัยมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามโทร. 095-2424151

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ "คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม" โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์)
ผู้วิจัย

ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก (.....) เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization) โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยโดยตลอด อีกทั้ง ยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

"ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ" และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด / ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย), ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนของท่าน (ในกรณีที่เป็นนิสิต/ นักเรียน)

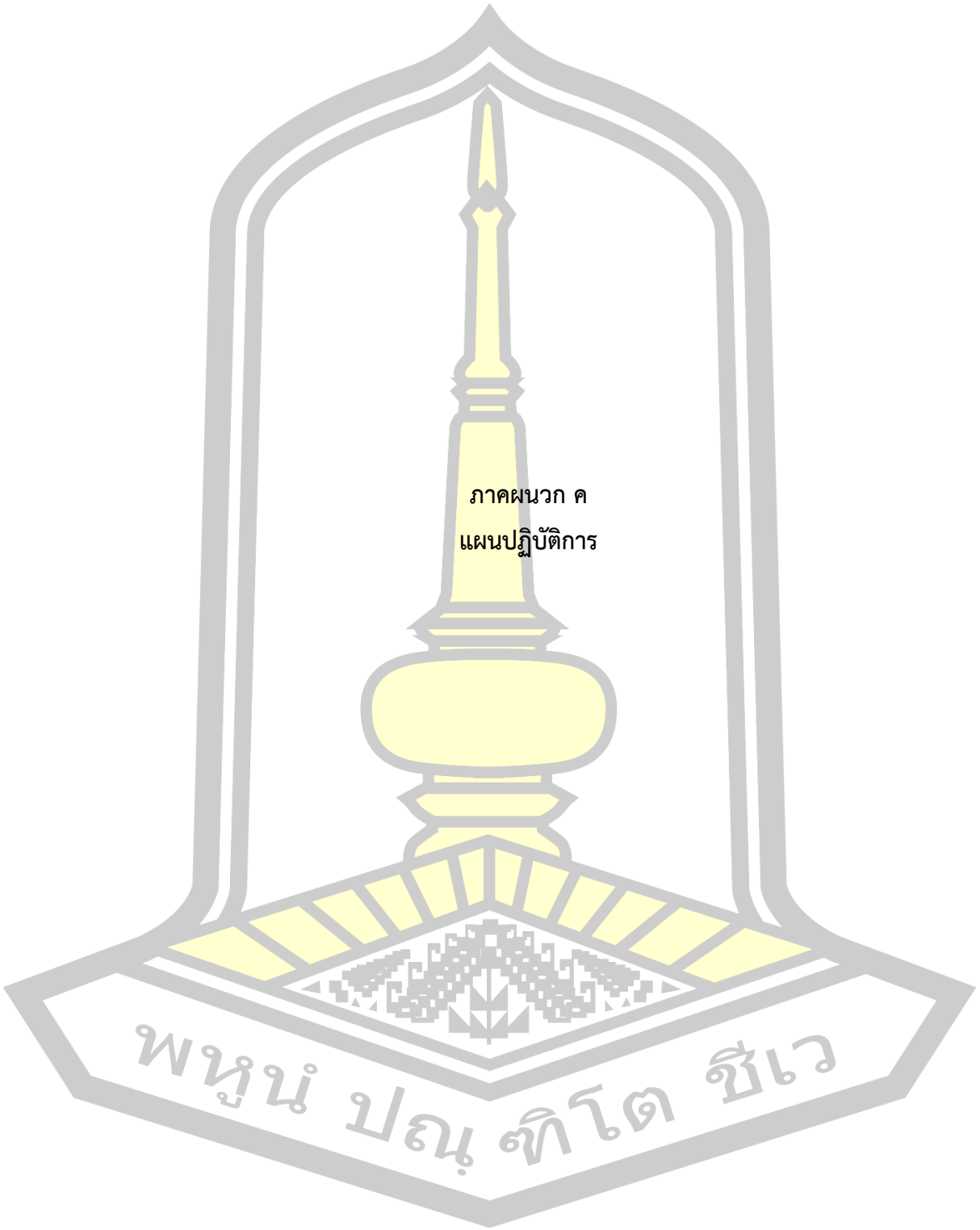
ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....





ภาคผนวก ค

แผนปฏิบัติการ

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

แผนปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1. ศึกษาลักษณะทางประชากร 2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** จังหวัดมหาสารคาม	ผู้วิจัยและทีมวิจัย	- การซักถาม - การตอบแบบสอบถาม	แบบสอบถาม	ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1. มีข้อมูลลักษณะทางประชากร 2. มีสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

แผนปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

แผนปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.2 ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1. ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** จังหวัดมหาสารคาม	ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย	- การซักถาม - การตอบแบบสอบถาม	แบบสอบถาม	ทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	2. มีสรุปข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

แผนปฏิบัติการวิจัย ระยะที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.1 ศึกษาบริบทพื้นที่ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1. ศึกษาบริบท 2. หาปัญหา 3. ศึกษาการดำเนินงานเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. ทราบบริบทพื้นที่ 2. ทราบสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี	1. มีข้อมูลลักษณะทางประชากรของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม				และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	2. มีสรุปข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
วัตถุประสงค์ (ต่อ) 2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานเกี่ยวกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)(ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.2 การประเมินเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	การประเมินเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 ด้าน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึงคะแนนการประเมินการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 ด้าน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	- สรุปผลคะแนนการประเมินเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 ด้าน เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)(ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.2 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 ด้าน							

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)(ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 1.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	ปะเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	มีการดำเนินงานตามแผนการได้ถูกต้อง	- สรุปผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)(ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 1.3 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อทราบถึงระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ก่อนเข้าร่วมการวิจัย							

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.4 ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1. วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 2. ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อประชุมสร้างความรู้และความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของการ	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ถึงสภาพปัญหาของการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1. สรุปประชุมถึงสภาพปัญหาการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.4 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของการการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด 2. เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดำเนินการ						- ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีบทบาทในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	2. ผู้เกี่ยวข้อง เข้ามาร่วมดำเนินการการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 1.5 ประชุมวางแผนการดำเนินงานและร่วมกันจัดทำแผนในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	จัดประชุมถ่ายทอดแนวทางการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ได้มีบทบาทร่วมกันวางแผนและร่วมกันจัดทำแผนในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	สรุปประชุมได้มาซึ่งแผนในการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 1.5 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ตัวแทนส่วนต่าง ๆ มีบทบาทร่วมกันวางแผนและร่วมกันจัดทำแผนในการการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.6 กำหนดแนวทาง ปฏิบัติตามแผนการ กำกับและ ประเมินผล ดำเนินงานของ สถานีอนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินท ราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การ บริหารส่วนจังหวัด	จัดประชุม กำหนดกำหนด แนวทางปฏิบัติ ตามแผนการการ กำกับและ ประเมินผล ดำเนินงานของ สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิ นทราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการ ถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด	**ระยะเวลา** กุมภาพันธ์ 2566 **สถานที่** สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม/ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด มหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและ ทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึก การ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่อง บันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	1. มีแผนการ กำกับและ ประเมินผล ดำเนินงานของ สถานีอนามัย เฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรษา นวมินท ราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับ การถ่ายโอน ให้แก่องค์การ บริหารส่วน จังหวัด	1. สรุปประชุมได้มาซึ่ง แผนการกำกับและ ประเมินผลดำเนินงานของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่าย โอนให้แก่องค์การบริหารส่วน จังหวัด

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 1.6 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อให้มีแผนการการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด						2. มีแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่	2. แผนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติตามแผนการ	**ระยะเวลา** มีนาคม 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. คณะกรรมการ	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ทราบแนวทางการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	- ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตามแผนการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.1 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ดำเนินงานการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.2 ดำเนินงานตาม แผนการกำกับและ ประเมินผล ดำเนินงานของสถานี อนามัยเฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรษา นว มินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ได้รับ การถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหารส่วน จังหวัด	ดำเนินงานตาม แผนการที่ได้วาง ไว้	**ระยะเวลา** มีนาคม – พฤษภาคม 2566 **สถานที่** สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม/ องค์การ บริหารส่วน จังหวัด มหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีม งานวิจัย 2. คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ การบริหาร จัดการภาครัฐ ของสำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม และผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึก การ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่อง บันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคามมี การดำเนินงาน การพัฒนา คุณภาพบริหาร จัดการภาครัฐ ของสำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม	- สรุปผลการดำเนินงานตาม แผนการพัฒนาคุณภาพ บริหารจัดการภาครัฐของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม

ขั้นที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 2.2 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ดำเนินงานการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.1 สังเกต ติดตาม การดำเนินงาน การการกำกับ และประเมินผล ดำเนินงานของ สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการ ถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด	1. จัดประชุม ติดตาม การ ดำเนินงานการ การกำกับและ ประเมินผล ดำเนินงานของ สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิ นทราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการ ถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด	**ระยะเวลา** มีนาคม – พฤษภาคม 2566 **สถานที่** สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม/ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด มหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีม งานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่อง บันทึกเสียง 3. แบบบันทึก สนทนากลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึง สถานการณ์ การกำกับและ ประเมินผล ดำเนินงานของ สถานีอนามัย เฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรษา นวมินท ราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับ การถ่ายโอน ให้แก่องค์การ บริหารส่วน จังหวัดหลังเข้า ร่วมการวิจัย	- สรุปผลการสังเกต ติดตาม การดำเนินงานการกำกับและ ประเมินผลดำเนินงานของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่าย โอนให้แก่องค์การบริหารส่วน จังหวัด - สรุปผลการวิเคราะห์แบบ สัมภาษณ์

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวมข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.1 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อติดตามการดำเนินงานการการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	2. สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในเรื่องการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด						

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้อง กับการ ดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.2 การประเมิน เกี่ยวกับการ จัดระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิของ สถานีอนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินท ราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การ บริหารส่วนจังหวัด	การประเมิน เกี่ยวกับการ จัดระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ของสถานี อนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินท ราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการ ถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด 4 ด้าน หลังเข้าร่วม การวิจัย	**ระยะเวลา** พฤษภาคม 2566 **สถานที่** สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม/ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด มหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีม งานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การบันทึก การ ประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่อง บันทึกเสียง 3. กล้องถ่ายรูป	- ทราบถึง คะแนนการ ประเมินเกี่ยวกับ การจัดระบบ บริการสุขภาพ ปฐมภูมิของ สถานีอนามัย เฉลิม พระ เกียรติ 60 พรรษา นวมินท ราชินี และ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการ ถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ก่อน เข้าร่วมการวิจัย	- สรุปผลคะแนนการประเมิน เกี่ยวกับการจัดระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิของสถานี อนามัยเฉลิม พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่องค์การบริหารส่วน จังหวัด 4 ด้าน หลังร่วมการ วิจัย

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 3.2 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวคิดเกี่ยวกับอิฐ 6 ก้อน							

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 3.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด หลังเข้าร่วมการวิจัย	**ระยะเวลา** พฤษภาคม 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 4. แบบสัมภาษณ์ 5. กล้องถ่ายรูป	มีการดำเนินงานตามแผนการได้ถูกต้อง	- สรุปผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 3.3 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อทราบถึงระดับคะแนนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องต่อการการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดหลังเข้าร่วมการวิจัย							

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4.1 สรุปผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	จัดประชุมสรุปผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	**ระยะเวลา** มิถุนายน 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4. กล้องถ่ายรูป	- ทราบระดับการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	- สรุปผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด - สรุปประชุม

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect)

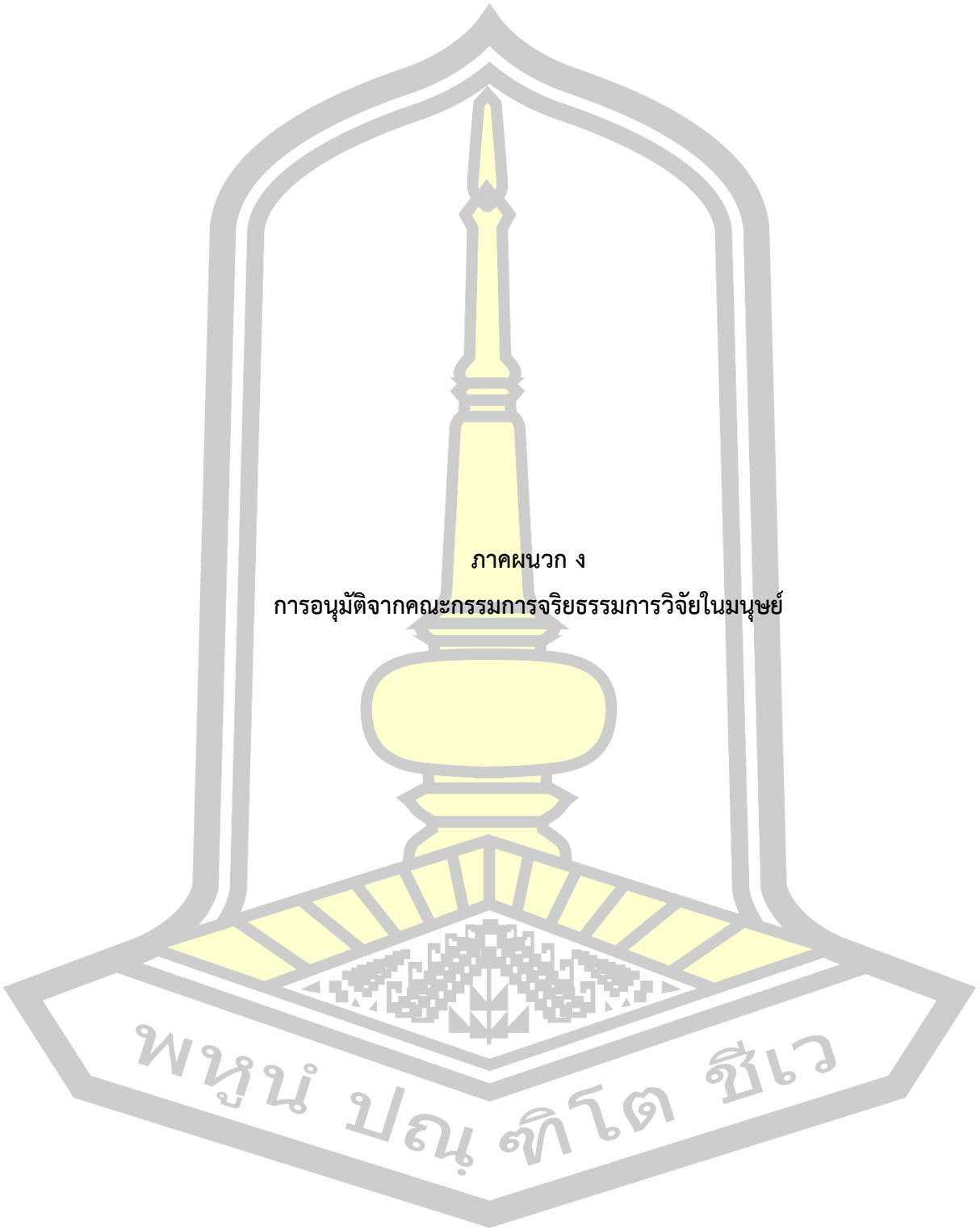
กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการ ดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการ วิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการประเมิน
กิจกรรมที่ 4.1 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อสรุปผลการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด							

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 4.2 จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน	จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด	**ระยะเวลา** มิถุนายน 2566 **สถานที่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม/ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	1. ผู้วิจัยและทีมงานวิจัย 2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การสังเกต - การซักถาม - การสัมภาษณ์ - การบันทึกการประชุม	1. สมุดจดบันทึก 2.เครื่องบันทึกเสียง 3. แบบบันทึกสนทนากลุ่ม 4. กล้องถ่ายรูป	- กลุ่มเป้าหมายได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและนำไปใช้ในการการกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน	- สรุปประชุมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การกำกับและประเมินผลดำเนินงานของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflect) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	ขั้นตอนและ วิธีการดำเนินการ	ระยะเวลา/ สถานที่/วัสดุ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการวิจัย	วิธีเก็บ รวบรวม ข้อมูล	เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวม ข้อมูล	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัดและวิธีการ ประเมิน
กิจกรรมที่ 4.2 (ต่อ) **วัตถุประสงค์** เพื่อคืนข้อมูลและถอดบทเรียนผลการดำเนินงานที่ผ่านมากลับให้ผู้เกี่ยวข้อง							



ภาคผนวก ง

การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 066-443/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization.

ผู้วิจัย : นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 กุมภาพันธ์ 2566 **วันหมดอายุ** : 19 กุมภาพันธ์ 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภตร์ สร้างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 066-443/2023

Title : The Development Model for Monitoring and Evaluation of the Sub-District Health Promoting Hospital by the local health committee mechanism under the policy of the transferring at Mahasarakham Provincial Administration Organization.

Principal Investigator : Miss. Sirimaporn Nassapat
Responsible Department : Faculty of Public Health
Research site : Maha Sarakham Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 20 February 2023 **expire :** 19 February 2024

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)
Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



ภาคผนวก จ

คู่มือแนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566





แนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566

โดย

คณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.)
ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผล
และข้อมูลสารสนเทศ

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

ผ่านมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2566
ณ ห้องประชุม OTOP องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

แนวทางการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566
โดย คณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.)
ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ

---

1. หลักการ/เหตุผลและความจำเป็น

เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ที่ตั้งขึ้นตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ประกาศขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ข้อ (1) และข้อ (11)

ข้อ (1) กำหนดหน้าที่และอำนาจของ กสพ. ให้ส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแล และประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และรายงานผลต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อ (11) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการพิจารณาหรือปฏิบัติการได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับหน้าที่และอำนาจของ กสพ.

1.2 ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ประกาศขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่แนบประกาศดังกล่าวในเรื่องการกำกับ ติดตาม และประเมินผลตามเอกสารแนวทางการดำเนินการฯ หน้า 50 หัวข้อ 5.5 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ที่ประกอบด้วย ข้อ (5.5.1) ข้อ (5.5.2) และข้อ (5.5.3)

ข้อ (5.5.1) ให้ กสพ.กำกับดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัดและคู่มือการพัฒนาคุณภาพสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

ข้อ (5.5.2) ให้ กสพ.สามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ตามความจำเป็นและเหมาะสมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อดำเนินการประเมินผลสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้

ข้อ (5.5.3) ให้ กสพ.รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด คณะกรรมการตรวจราชการแบบบูรณาการของจังหวัด และคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.3 ข้อตกลงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่บันทึกข้อตกลงร่วมกันเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2565 ข้อ 3 และข้อ 7

ข้อ 3 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามจะร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นิเทศและตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสาสรคาม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จะสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการนิเทศและตรวจเยี่ยมดังกล่าว

ข้อ 7 องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามจะร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กำกับ ติดตามและประเมินผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีในการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) และตัวชี้วัด (Key Performance Indicators : KPI) ของกระทรวงสาธารณสุข

1.4 แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566-2570 เป็นแผนที่ประกาศใช้และสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล สอดคล้องกับปัญหาของจังหวัดมหาสารคาม โดยประเด็นการพัฒนาที่ 4 เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่สังคมมีความสุขภาย ใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี ผูกพันไปกับส่วนราชการ/องค์กรที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัดทุกหน่วย และแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 เป็นแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามที่สอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและเป้าหมายด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม รวมถึงหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท 1817.3/ว 549 ลงวันที่ 25 มกราคม 2565 เรื่อง แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ดำเนินการรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดแนวทางการ

จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดปฏิบัติแล้วเกิดแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ พ.ศ. 2566-2570 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ที่เห็นชอบโดยมติ กสพ. เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2565 ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566-2570 สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 และได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาในทิศทางเดียวกัน คือ ประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีอายุเฉลี่ยของการ มีสุขภาพดียืนยาวเพิ่มขึ้น ตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.5 คำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ที่ 3194/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ สุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2565 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2565 โดยกำหนดบทบาท อำนาจ หน้าที่ของอนุกรรมการด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องคือ ข้อ 3 และข้อ 6

ข้อ 3 จัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขเพิ่มเติม แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ และแผนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 6 นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และตรวจเยี่ยมสถานีอนามัยเฉลิม-พระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตามแผนยุทธศาสตร์

2. วิธีการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566

2.1 ช่วงเวลา

1) กำหนดช่วงเวลาของการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 ในช่วงระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2566 โดยให้ คกก. 5x5 ของแต่ละอำเภอได้กำหนดแผนการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการเอง เพื่อการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอ ตามช่วงเวลาที่กำหนดดังกล่าว ตามแบบที่กำหนดโดยให้ คกก. 5x5 ของแต่ละอำเภอได้แจ้งแผนดังกล่าวให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามภายในวันที่ 20 กรกฎาคม 2566

2) ภาคเช้า 08.30-12.00 น. นิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการจำนวน 1 แห่ง และภาคบ่าย 13.00-16.30 น. นิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการจำนวน 1 แห่ง

2.2 วิธีการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

1) ประธานการนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (คกก. 5x5) แจ้งวัตถุประสงค์การนิเทศ ตรวจเยี่ยม และการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566

2) คกก. 5x5 ทำการนิเทศ ตามกรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม คือ (1) ตามหน้าที่ที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนด (2) ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และ (3) นิเทศงานสำคัญตามนโยบายด้านการสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม

3) คกก. 5x5 ทำการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 23 ตัวชี้วัด (ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 - 2570 และ แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566) ครบทั้ง 175 หน่วยบริการ

4) ประธานตรวจเยี่ยมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และเร่งรัดผลงานตามตามกรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม

5) ประธาน และ คกก. 5x5 แจ้งการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 23 ตัวชี้วัด คืนแก่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่รับการประเมินผล และ คกก. 5x5 บันทึกผลการประเมินผลลงในระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคามที่กำหนด

3. กรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม

เนื้อหา	วิธีการ/ขั้นตอน
กรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 ********************** การนิเทศงานสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2566 มุ่งเน้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้ให้บริการตามกิจกรรมสำคัญที่บุคคลได้รับโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของแต่ละบุคคลและครอบครัวตามที่ถูกกำหนดหน้าที่ไว้ในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้	1. ประธานแจ้งวัตถุประสงค์ของ การตรวจเยี่ยม การนิเทศ โดยการนิเทศงานมุ่งเน้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้ให้บริการตามกิจกรรมสำคัญที่บุคคลได้รับโดยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของแต่ละบุคคลและครอบครัวตามที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนด

เนื้อหา	วิธีการ/ขั้นตอน
1. กิจกรรมที่ให้บริการทุกกลุ่มวัย (ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562) **1.1 การรักษาพยาบาล** 1) บริการรักษาพยาบาลครอบคลุม ระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะเรื้อรัง ระยะยาว ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิต 2) การให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและคำแนะนำตามปัญหาสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวในแต่ละกรณี 3) ได้รับการบรรเทาอาการป้องกันการลุกลามของโรค 4) ได้รับการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉิน 5) ติดตามเยี่ยมบ้าน 6) บริการบันทึกข้อมูลสุขภาพทุกกลุ่มวัย **1.2 ส่งเสริมสุขภาพ** 1) บริการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย 2) บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย 3) บริการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย **1.3 การป้องกัน** 1) การให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ทุกกลุ่มวัย 2) บริการยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง **1.4 การควบคุมโรค** 1) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อควบคุมโรคตามปัญหาของตนเองและครอบครัว การให้ความรู้และแนวทางในการควบคุมและ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรค 2) การให้ความรู้และแนวทางในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรค **1.5 การวินิจฉัย**	2. คกก. 5x5 ทำการนิเทศตามกรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม คือ (1) ตามหน้าที่ที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนด (2) ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และ (3) นิเทศงานสำคัญตามนโยบายด้านการสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม 3. คณะกรรมการ 5x5 ทำการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 23 ตัวชี้วัด 4. ประธานตรวจเยี่ยมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและเร่งรัดผลงานตามตามกรอบเนื้อหาการนิเทศงานสาธารณสุขของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม 5. ประธาน และ คกก. 5x5 แจ้งการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการ สาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 23 ตัวชี้วัด คืนแก่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่รับการประเมินผล

เนื้อหา	วิธีการ/ขั้นตอน
1) ได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคอื่นๆตามสภาพปัญหาของตนเองและบุคคลในครอบครัว **1.6 การฟื้นฟูสภาพ** 1) ติดตามเยี่ยมบ้าน 2) ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสภาพที่เหมาะกับภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัว 3) ได้รับการจัดหาหรือประสานงานอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็น ในการฟื้นฟูสุขภาพ **1.7 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน** 1) การจัดทำแผนสุขภาพในชุมชน 2) การร่วมดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ 4) การมีส่วนร่วมกับชุมชนผ่านกลไกในระดับชุมชน เช่น เวทีประชาคม **2. กิจกรรมที่ให้บริการแยกตามกลุ่มวัย (ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562)** **2.1 หญิงตั้งครรภ์** 1) บริการหลังคลอด 2) บริการส่งเสริมการให้นมแม่ 3) เฝ้าระวังและคัดกรองและส่งต่อภาวะครรภ์เสี่ยงสูง **2.2 กลุ่มเด็กเล็ก 0-5 ปี** 1) บริการตรวจสุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิช **2.3 กลุ่ม 6-24 ปี** 1) บริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 2) บริการคัดกรองสุขภาพช่องปากในโรงเรียน 3) บริการคัดกรองทางสายตาและความผิดปกติทางการได้ยิน 4) บริการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ 5) บริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด	6. ประธานสร้างขวัญกำลังใจ และ รับฟังปัญหาการปฏิบัติงานของพื้นที่ เพื่อรวบรวมสรุปแล้วรายงานต่อคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 7. ประธานกล่าวขอบคุณทีม จนท.หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายกำหนด และการพัฒนาภาวะสุขภาพ การแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ แล้วบันทึกภาพหมู่คณะร่วมกัน

เนื้อหา	วิธีการ/ขั้นตอน
6) บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 7) บริการเคลือบฟลูออไรด์ 8) บริการเคลือบหลุมร่องฟัน **2.4 วัยรุ่น 14-24 ปี** 1) บริการอนามัยเจริญพันธุ์และป้องกันควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 2) คัดแยกผู้มีภาวะโภชนาการผิดปกติประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแก้ไขปัญหารายบุคคล **2.5 วัยผู้ใหญ่ 25-60 ปีขึ้นไป** 1) บริการวัดความดันโลหิต 2) บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า 3) บริการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ 4) บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 5) บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำเต้านม 6) บริการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพ 7) บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 8) บริการอนามัยเจริญพันธุ์ 9) ป้องกันควบคุมการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 10) บริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **2.6 กลุ่มผู้สูงอายุ 60ปี ขึ้นไป** 1) บริการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ (ADL) 2) บริการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายและการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม	

เนื้อหา	วิธีการ/ขั้นตอน
3. ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) พ.ศ. 2566 – 2570 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 23 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้านครบทุกคนภายใน 5 ปี 2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 75) 3. ร้อยละของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (66 เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (ร้อยละ 70) 4. ร้อยละของหมู่บ้านที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว (28 วัน) (ร้อยละ 70) 5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ (5 ครั้งคุณภาพ) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) 6. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ไม่เกินร้อยละ 6) 7. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก (ร้อยละ 100) 8. ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 12 μU/mL (ไม่เกินร้อยละ 0.22) 9. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96) 10. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 97) 11. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 97) 12. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ) (ร้อยละ 66) 13. ร้อยละของเด็ก อายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66)	

เนื้อหา	วิธีการ/ขั้นตอน
14. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ ๕๗) 15. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 90) 16. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 100) 17. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ 18. ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ 18) 19. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ 18) 20. สอน./รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปาก 15 กิจกรรมหลัก 7 กลุ่มเป้าหมาย ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 21. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 50) 22. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) 23. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	

4. การเตรียมความพร้อมทีมนิเทศ กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) ด้านยุทธศาสตร์ นิเทศ กำกับ ประเมินผลและข้อมูลสารสนเทศ จะทำการประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมทีมนิเทศ ตรวจเยี่ยม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม (คกก. 5x5 จำนวน 13 ทีมๆ ละ 10 คน รวมประธาน 1 คน ที่ อบจ.มอบหมาย รวม 11 คน/ทีม รวม 143 คน) ในขั้นตอน/วิธีการ/รายละเอียดตัวชี้วัดในการประเมินผล ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 ณ ห้องประชุมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยงบประมาณจากต้นสังกัดของหน่วยงาน

5. รายชื่อทีมนิเทศ กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

รายชื่อทีมนิเทศ ตรวจเยี่ยม และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 (คกก.5x5 จำนวน 13 ทีมๆ ละ 10 คน รวมประธาน 1 คน ที่ อบจ.มอบหมาย รวม 11 คน/ทีม รวม 143 คน) เป็นไปตามคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ที่...../2566 ลงวันที่.....

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์
วันเกิด	วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2532
สถานที่เกิด	อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 26 หมู่ที่ 10 ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45150
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตำบลแวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพนมไพรวิทยาคาร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
	พ.ศ. 2555 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) (เกียรตินิยมอันดับสอง) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ทุนอุดหนุนวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2567 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว