

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง คุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิดทฤษฎีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยดังต่อไปนี้

1. ระบบบริการสุขภาพของไทย
2. สถานการณ์และปัญหาในระบบบริการสุขภาพไทย
3. แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานของการจัดบริการระดับปฐมภูมิ
4. แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
5. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
6. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
8. การพัฒนาคุณภาพการบริการ
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### ระบบบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2547 : 239-318) มีวิวัฒนาการเรื่อยมาจากอดีตที่ผู้คนพึ่งพากันเอง โดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาและการดูแลสุขภาพพอนามัยกลายเป็นระบบที่พึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขสมัยใหม่ที่สำคัญยังมีการจัดบริการออกเป็นหลายระดับนับตั้งแต่การดูแลตนเองในระดับครอบครัว ถึงการจัดบริการสาธารณสุขระดับสูงที่ต้องปฏิบัติงาน โดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษได้มีการผลิตบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆมีการจัดหาและพัฒนาเทคโนโลยีฯตามแนวทางสมัยใหม่มีการกำหนดฝ่าย “ผู้ให้บริการ” และ “ฝ่ายผู้รับบริการ” และกำหนดระบบบริการที่ชัดเจนมากขึ้นโดยภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้จัดบริการหลักของระบบและมีการจัดบริการของฝ่ายเอกชนทั้งที่มุ่งกำไรและไม่มุ่งกำไรผสมปนเปกันอยู่ด้วยกัน (Pluralistic health service system) การปรับระบบงบประมาณของนโยบายสร้างการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพไทยมีการปรับตัวโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้นองค์ประกอบของระบบบริการ

สุขภาพประกอบขึ้นด้วยส่วนต่าง ๆ อัน ได้แก่ (1) ทรัพยากรสุขภาพ (2) การบริหารจัดการ  
(3) โครงสร้างองค์กร (4) การเงินการคลังและ (5) บริการสุขภาพ

1. ทรัพยากรสุขภาพประกอบด้วยกำลังคนสถานบริการและเครื่องมือเวชภัณฑ์และ  
องค์ความรู้

2. การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขประกอบด้วยนโยบายและแผนสาธารณสุข  
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระบบการติดตามกำกับและประเมินผลและข้อมูลข่าวสาร  
สาธารณสุข

3. โครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

3.1 ภาครัฐเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

3.2 องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรเช่นมูลนิธิสมาคมเป็นต้น

3.3 องค์กรเอกชนมุ่งกำไรเช่นสถานพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนเป็นต้น

4. บริการสุขภาพการจัดบริการสุขภาพของไทยแบ่งตามระดับการให้บริการมี 5 ระดับ คือ

4.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level)

4.2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level : PHC)

4.3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level) ได้แก่ สถานบริการ  
สาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) ศูนย์สุขภาพชุมชนศูนย์บริการสาธารณสุข  
ของเทศบาล,แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลต่างๆทั้งของรัฐและเอกชนทุกระดับและร้านขายยา

4.4 การจัดบริการสุขภาพในระดับกลาง (Secondary Care Level) ได้แก่ โรงพยาบาล  
ชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่และ  
โรงพยาบาลเอกชน

4.5 การจัดบริการสุขภาพระดับสูง (Tertiary Care) ได้แก่ โรงพยาบาล  
ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

5. การเงินการคลังสาธารณสุข

5.1 รายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของไทย

5.2 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งจากภาครัฐภาคเอกชนและเงินช่วยเหลือ  
จากต่างประเทศ

5.3 รายจ่ายเพื่อสุขภาพในครัวเรือนสำหรับชื้อยากินเองและรับบริการในสถานเอกชน

5.4 รายจ่ายสุขภาพโดยภาครัฐ

จากการทบทวนระบบบริการสุขภาพของไทยพบว่าการจัดบริการสุขภาพของไทย  
แบ่งตามระดับการให้บริการมี 5 ระดับตั้งแต่

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level)
2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level : PHC)
3. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level)
4. การจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary Care Level)
5. การจัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ระบบบริการสุขภาพ

มีองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่

- 5.1 ทรัพยากรสุขภาพ
- 5.2 การบริหารจัดการ
- 5.3 โครงสร้างองค์กร
- 5.4 การเงินการคลัง
- 5.5 บริการสุขภาพซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าต้องศึกษาองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่ามีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ  
ของไทยอย่างไรบ้างเพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน

### สถานการณ์และปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทย

โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วยระบบต่าง ๆ 10 ด้าน คือ

- 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 4) เทคโนโลยีด้าน  
การแพทย์ 5) งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ
- 7) คุณภาพและความปลอดภัย 8) สุขภาพและความเป็นธรรม 9) ความเสี่ยงทางสังคมและทางการเงิน  
และ 10) ประสิทธิภาพบริการ

ระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมดนี้มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอยู่ 4 ประการ คือ

- 1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในการได้รับบริการและการมีสุขภาพ  
ที่ดี 2) เพื่อทำให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้น ได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนใน  
ระดับที่น่าพอใจ 3) เพื่อทำให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่าย  
ด้านสุขภาพ 4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

## 1. ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการขยายตัวของกาให้บริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพระดับต้นหรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคโดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุดและมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุดได้แก่สถานีอนามัยที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่งทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงหรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) จากการขยายตัวดังกล่าวทำให้การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ยังคงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลโดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุดกล่าวคือมี 1 เตียงต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานครมี 1 เตียงต่อประชากรเพียง 223 คนหรือต่างกันถึง 3 เท่าในระดับจังหวัดก็มีความแตกต่างในด้านการกระจายด้วยเช่นเดียวกัน โดยจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจดีจะมีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่าจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าถึงแม้จะอยู่ในภาคเดียวกันการมีความแตกต่างของสถานบริการสุขภาพนั้นมีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างของการใช้บริการสุขภาพตามมาโดยจังหวัดที่มีจำนวนเตียงมากกว่าก็จะมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่มากกว่าด้วยหรือหมายถึงการเข้าถึงบริการและใช้บริการที่มากกว่านั่นเอง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 : 10)

## 2. กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพยังเป็นวิกฤตปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอในปี 2548 ประเทศไทยมีแพทย์ 1 คนต่อการดูแลประชากร 25,000 คนและเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกันแล้วประเทศไทยมีความขาดแคลนแพทย์เกือบมากที่สุดนอกจากปัญหาด้านจำนวนบุคลากรแล้วการกระจายตัวของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบทยังมีความรุนแรงอยู่จากข้อมูลปี 2547 พบว่าในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดขนาดเล็กห่างไกลและมีสภาพ



เศรษฐกิจไม่ดีจะมีความขาดแคลนบุคลากรในทุกสาขาซึ่งเมื่อเทียบระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพฯ แล้วกรุงเทพฯ มีบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ทันตแพทย์เภสัชกรและพยาบาลโดยคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรมากกว่าถึง 8.5, 4.4, 2.8 และ 3.6 เท่าตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 : 12) ในขณะที่บุคลากรหลักของสถานีนอนามัยอัน ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและนักวิชาการสาธารณสุขมีอัตราการเพิ่มน้อยมากจะเห็นได้จากบุคลากรของสถานีนอนามัยได้เพิ่มขึ้นอย่างมากจากจำนวน 14,341 คน ในปี พ.ศ. 2531 เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าเป็น 27,341 คนในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 32,017 คน ในปี พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตามภายหลังปี พ.ศ. 2542 ได้มีการลดการผลิตลงส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนบุคลากรของสถานีนอนามัยลดลงเหลือ จำนวน 30,441 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2551) ร้อยละ 90 ของสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมืองมีพยาบาลวิชาชีพประจำ ในขณะที่สถานีนอนามัยในอำเภอรอบนอกร้อยละ 70 ที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำแต่ส่วนใหญ่ยังคงมีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่ำกว่าเกณฑ์(จนท.สธ. 1 คนต่อประชากร 1,250 คน) ทั้งในเขตเมืองและอำเภอรอบนอก (บทความระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ศุกร์ที่ 11 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) : ออนไลน์)

### 3. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สำคัญในการประเมินสถานะสุขภาพของคนไทย ได้แก่ ระบบข้อมูลด้านการตายและระบบข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้านการตายใช้ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎรการจดทะเบียนการตายมีความครอบคลุมสูงมากคือร้อยละ 95.2 แต่ส่วนที่ยังคงเป็นปัญหาของทะเบียนการตาย คือ ข้อมูลการตายในกลุ่มเด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และข้อมูลการตายของมารดาที่ข้อมูลในมรณะบัตรมีตัวเลขที่ต่ำกว่าแหล่งอื่น ๆ นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญอีกประการคือคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายที่อยู่ในฐานมรณะบัตรนั้นมีความคลาดเคลื่อนอยู่มากเนื่องจากการตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาล (ประมาณร้อยละ 65 ของการตายทั้งหมด) และมีการระบุสาเหตุการตายโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์หรือด้านสุขภาพสำหรับด้านการป่วยปัจจุบันมีข้อมูลหลายระบบเช่นข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคที่สถานพยาบาลส่งขึ้นมาซึ่งส่วนกลางข้อมูลทะเบียนโรค ได้แก่ทะเบียน โรคมะเร็ง (Cancer Registry) และข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ทั้งนี้ระบบดังกล่าวมักจะมีปัญหาความครอบคลุมโดยเฉพาะจากสถานพยาบาลเอกชนที่ส่งข้อมูลให้ภาครัฐไม่มากนักส่วนข้อมูลที่ได้จากการสำรวจประชากรเช่นการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (Serosentinel Surveillance) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายจะทำให้ได้ข้อมูลการป่วยที่แท้จริงใน

ระดับประชากรนอกจากนี้ยังมีการสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราซึ่งช่วยบ่งชี้สถานการณ์พฤติกรรมที่สำคัญประเทศไทยมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ดีส่วนปัญหาที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งหากมีข้อมูลที่ดีและมีคุณภาพจะทำให้การนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการผลักดันนโยบายและขับเคลื่อนสังคมที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งเช่นการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพการผลักดันกฎหมายด้านบุหรี่ สุราและการใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (Health inequity monitoring) เป็นต้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 14)

#### 4. เทคโนโลยีทางการแพทย์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษาโรคซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตอย่างรวดเร็วเนื่องจากพัฒนาการของตัวเทคโนโลยีเองและความต้องการของผู้บริโภคทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่ต้องการให้บริการและได้รับบริการที่มีคุณภาพรวดเร็วถูกต้องแม่นยำและได้ผลจึงทำให้ระบบบริการมีการพัฒนาและนำเข้าเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นนี้ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีราคาแพงมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมากเนื่องจากเทคโนโลยีเหล่านี้มีราคาแพงการประเมินความคุ้มค่าจึงมีความสำคัญทั้งในมุมมองของการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยว่าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใดและมุมมองของระบบบริการสุขภาพและของสังคมที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเทียบกับผลสัมฤทธิ์ในการเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในสังคม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 16)

#### 5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากมูลค่า 147,837 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2538 เป็นมูลค่า 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 6.6 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปีเมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละของ GDP แล้วค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวม (Total health expenditure) เพิ่มจากร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้นอัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงถึงร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นที่สังเกตว่าภายหลังจากที่ได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.2545 แล้วร้อยละของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 แล้วคงที่ที่ร้อยละ 3.5 จนถึงปี พ.ศ. 2548 สำหรับค่าใช้จ่ายทาง

สุขภาพต่อหัวนั้นเพิ่มจาก 2,486 บาท ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 3,974 บาท ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่าภาครัฐได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพและขยายความครอบคลุมมาโดยลำดับ ซึ่งสวัสดิการดังกล่าวได้แก่บัตรรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้มีรายได้น้อยบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจและเมื่อปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้เริ่มการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง 2548 หน่วยงานของรัฐมีบทบาทสำคัญในการใช้จ่ายทางสุขภาพสูงถึงร้อยละ 63-64 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมสำหรับการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนนั้นมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ โดยลดจากร้อยละ 43 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2548 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามในสี่ส่วนเป็นการใช้ไปกับบริการ ด้านการรักษาพยาบาลส่วนการใช้จ่ายสำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีเพียงร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมเท่านั้น ประเทศไทยจึงควรเพิ่มการลงทุนทางสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 18)

#### 6. การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ

ในช่วงเวลากว่าสามทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้พัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่จำเป็นต่าง ๆ สามารถครอบคลุมทั่วถึงประชาชนในทุกภูมิภาคทั่วประเทศบริการที่มีความครอบคลุมสูงได้แก่การให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เด็กการให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไรก็ตามยังคงมีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นอีกหลายรายการที่ยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึง เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูกการตรวจคัดกรอง โรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งหากตรวจพบในระยะเริ่มแรกจะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ ซึ่งเป็นบริการที่ยังคงต้องขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 20)

#### 7. คุณภาพและความปลอดภัย

คุณภาพของบริการสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพที่ดีคือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคปราศจากผลกระทบทหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาการให้บริการที่ไม่มีคุณภาพนั้น อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงถึงชีวิตหรือเกิดความพิการในระยะยาวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างแท้จริงได้ ดังนั้นประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ

โดยเฉพาะบริการด้านการรักษาพยาบาลอาจจะประเมินได้อย่างคร่าว ๆ โดยการดูผลลัพธ์ของการรักษาได้แก่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยนอกจากนี้ความผิดพลาดของการให้บริการก็มีผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยเช่นกัน โดยจากการศึกษาวิจัยผู้ป่วยในที่เสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 35 มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) เกิดขึ้นโดยประมาณเกือบครึ่งหนึ่งส่งผลถึงชีวิตและเป็นที่น่าสังเกตว่าประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะไม่พึงประสงค์นั้น สามารถป้องกันได้และส่วนใหญ่ก็คือการติดเชื้อในโรงพยาบาลซึ่งป้องกันได้ด้วยมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การให้บริการที่ได้ผลในด้านการรักษาโรคจะต้องใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และในระยะเวลาที่เหมาะสมและจะต้องมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 : 24) พฤติกรรมการข้ามชั้นตอนของประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย ที่พบในโรงพยาบาลสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานีนอนามัยเพราะคิดว่าโรงพยาบาลดีกว่าสถานีนอนามัยถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยนอกในสถานีนอนามัยจะเพิ่มขึ้นจาก 3.5 ล้านคน หรือร้อยละ 29.4 จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น 46.8 ล้านคนร้อยละ 46.1 ในปี พ.ศ. 2541 ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการเจ็บป่วยธรรมดาที่ยังคงไปโรงพยาบาลอยู่จำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 2.9 ล้านคน(ร้อยละ24.4) ใน พ.ศ. 2530 ไปเป็น 36.7 ล้านคน (ร้อยละ 33.9) ใน พ.ศ. 2541 การให้บริการสุขภาพระดับต้นปัจจุบันยังขาดประสิทธิภาพและคุณภาพ ผู้ให้บริการส่วนมากไม่มีความชำนาญทางสังคมที่เพียงพอและมีแนวโน้มที่บริการรักษาโรคไม่ใช่รักษาสุขภาพของคน ดังนั้นการให้บริการสุขภาพที่ต่อเนื่องผสมผสานและองค์รวมจึงไม่เกิดขึ้น (ปริดา แต่อารักษ์, 2543 : 268-270)

## 8. สุขภาพและความเป็นธรรม

คนไทยได้รับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นจากการมีระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ประกันสำหรับข้าราชการครอบคลุมข้าราชการและครอบครัวได้ประมาณ 6 ล้านคน ระบบประกันสังคมครอบคลุมประมาณ 9 ล้านคน และประกันสุขภาพจากรัฐบาล (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ครอบคลุมคนไทยประมาณ 47 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด ตั้งแต่มีการประกาศใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยลดลงในทุกระดับฐานะเศรษฐกิจ โดยกลุ่มคนยากจนที่สุดมีรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 8.17 ของรายได้ครัวเรือนในปี 2535 เหลือเพียงร้อยละ 2.23 ในปี 2547 และในกลุ่มคนที่รวยที่สุดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 1.27 เหลือร้อยละ 1.07 ในช่วงเวลาเดียวกันในด้านการใช้บริการสุขภาพก็เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ มีการใช้เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนสถานบริการภาคเอกชน

และภาครัฐบาล โดยสัดส่วนการใช้จ่ายมากที่สุด ได้แก่ สถานิอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนและกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยที่สุดถึงรวยที่สุด ที่พบการใช้บริการเพิ่มขึ้นซึ่งแสดงว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้คนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงแล้วก็ตาม

ระดับสุขภาพยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มคนยากจน โดยยังคงพบภาวะการณ้ตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มคนยากจนสูงกว่า กลุ่มคนที่มีรายได้สูงระดับสุขภาพยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มคนยากจน และจากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบความไม่เท่าเทียมด้านสถานะสุขภาพระหว่างคนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกันโดยประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มคนที่ยากจนที่สุดมีปัญหาด้านสุขภาพกายและใจสูงกว่ากลุ่มคนร่ำรวยที่สุด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 26)

### 9. การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและทางการเงิน

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพอยู่ 3 ระบบ คือ 1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมข้าราชการและสมาชิกครอบครัวจำนวนประมาณ 5 ล้านคน 2) ระบบประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการจำนวนมากกว่า 9 ล้านคนและ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรประมาณ 47 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะยากจนในชนบท (ประมาณร้อยละ 50 ของผู้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้ที่ยากจนที่สุดกลุ่มควินไทล์ที่ 1 และ 2) จากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ครัวเรือนที่ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 31 ในปี 2543 ก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหลือร้อยละ 14.6 ในปี 2547 และจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่าย เพื่อการบริโภคโดยรวมของครัวเรือนกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลพบว่าหลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหรือสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายด้านรักษายาบาลลดลงอย่างมากทั้งจากค่ารักษายาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยผลจากค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกทำให้ลดจำนวนครัวเรือนที่ยากจนลงจากร้อยละ 3.8 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 1.5 ในปี 2547 และกรณีผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 11.9 เหลือร้อยละ 2.6 ในช่วงเวลาเดียวกันนับได้ว่าการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะทำให้การเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นมีความเป็นธรรมเพิ่มขึ้นแล้วยังมีคุณูปการอย่างมาก ในการช่วงลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลงและช่วยให้ครัวเรือนพ้นจากความยากจนจากค่ารักษายาบาลได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม



มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 28) การบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เป็นเอกภาพและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อจำกัด ดังนี้

9.1 หน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งบประมาณ เพื่อการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นงบประมาณจาก สปสช. ที่จัดสรรผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เป็น โรงพยาบาลและแผนการกระจายอำนาจ กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมนัยให้ไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทั้งหมดนี้ต่างมีผลกระทบต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในอนาคต เนื่องจากขาดการประสานแผนที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกภาพ

9.2 การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. ในด้านงบประมาณ เพื่อการจัดบริการและการลงทุนตั้งแต่ปี 2549 ยังขาดการประสานและการบริหารจัดการ โดยเครือข่ายหน่วยบริการในระดับจังหวัด และอำเภอที่มีประสิทธิภาพงบประมาณ เพื่อการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เท่าเทียมไม่เพียงพอและไม่คล่องตัว

9.2.1 การลงทุนจากภาครัฐเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นเอกภาพ

9.2.2 การเพิ่มขึ้นของงบประมาณเพื่อการดำเนินงานบริการปฐมภูมิน้อยกว่างบประมาณที่สนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีอัตราการเพิ่มสูงสุดเฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 ต่อปีระหว่างปี 2546 – 2551 ในขณะที่อัตราเงินจ่ายสำหรับบริการ ผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมียอดการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3 และ ร้อยละ 8 ต่อปี ตามลำดับนอกจากนี้ แนวทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการปฐมภูมิที่ไม่ชัดเจนโดยรวมไปกับการจัดบริการของโรงพยาบาลทำให้เกิดความแตกต่างกันมากระหว่างพื้นที่ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง

9.2.3 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ 5 ปี แต่แผนยุทธศาสตร์ ดังกล่าวยังไม่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการตามแผน

9.2.4 งบประมาณตาม “แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555” ยังเป็นไป เพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อระบบบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิมากกว่า โดยมีงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากรเพียงประมาณ ร้อยละ 1 ของงบประมาณทั้งหมด ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าวยังขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เป็นระบบราชการที่ขาดความคล่องตัวและขาดความชัดเจน



ในการพัฒนาบุคลากรสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ (เอกสารหลักการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชนเอกสารร่างแรกเพื่อการรับฟังความเห็นจาก กลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 วันที่ 18 กันยายน 2552 : 16)

## 10. ประสิทธิภาพบริการ

ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ด้านสุขภาพของไทยสูงที่สุด ในประเทศกำลังพัฒนาโดยสามารถลดอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ลงได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพต่อประชากรความสำเร็จนี้มาจากการขยายงานด้านสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุม บริการที่สำคัญ เช่น การให้วัคซีนกับเด็กงานอนามัยแม่ และเด็กทำให้สามารถลดความไม่เป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ลงนอกจากนี้รูปแบบการจ่ายเงินให้กับ สถานพยาบาลในลักษณะระบบสัญญาและการมีบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน-ใกล้ใจซึ่งมีระบบ การส่งต่อที่ดีทำให้การใช้บริการมีความเหมาะสมไม่ใช้บริการเกินความจำเป็นและลดค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ ลงได้มากที่สุดทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง ในขณะที่การให้บริการผ่านระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบเหมาะจ่ายรายหัวซึ่งทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพระบบ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบจ่ายตามการเบิกย่อนหลัง ซึ่งทำให้มีแนวโน้ม ที่จะมีการใช้บริการสุขภาพมากเกินความจำเป็นทั้งการตรวจวินิจฉัย โรคการใช้ยาและ การรักษายาพยาบาลข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ข้าราชการใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักและ มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า และมีอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่า ผู้ได้รับ บริการผ่านระบบประกันสุขภาพอื่น นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 5 เท่า โดยที่ผลต่อสุขภาพไม่ได้แตกต่าง กันมากนัก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. 2552 : 30)

บทสรุปจากการทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ พบว่า ยังมีปัญหาในความ เสมอภาคในการเข้าถึงสถานบริการการกระจายตัวของบุคลากรไม่เหมาะสมข้อมูลข่าวสาร ที่ตลาดเคลื่อนมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพสูงขึ้น แต่การบริการ ยังขาดประสิทธิภาพคุณภาพ และความเป็นธรรม ดังนั้น ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นกลไกและ ยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรม ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพและการเข้าถึงระบบ บริการสาธารณสุขระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุข ของประเทศ

## แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานของการจัดบริการระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนที่มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะเป็นองค์รวมและผสมผสานประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพการสร้างเสริมความเข้มแข็ง ให้แก่ ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่สามารถป้องกันได้ทั้งทางกายจิตสังคม โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547 : 35) ในการบริการระดับปฐมภูมิโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นหัวใจสำคัญของการให้บริการ คือ ต้องเป็นการบริการแบบองค์รวมต่อเนื่องและผสมผสานเป็นการสนับสนุนการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของประชาชนอย่างสมดุลทั้งในระดับบุคคลครอบครัวและชุมชนเป็นการบูรณาการ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการบริการต้องคำนึงถึงมิติทางด้านจิตใจสังคมและสภาพแวดล้อมของประชาชนผู้รับบริการด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549 : 39)

### การจัดบริการปฐมภูมิ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2547)

#### 1. เซึ่งแนวคิดและหลักการ

1.1 การบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First Line Health Service) ทาหน้าที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับชุมชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ในลักษณะการผสมผสาน (Integrated) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพให้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยให้บริการแก่บุคคลครอบครัวและชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งการประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนางานระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งองค์ความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งก่อนการเจ็บป่วยและขณะการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 2. เซึ่งปฏิบัติการ

2.1 เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง โดยมีได้จำกัดเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลแต่ต้องดูแลทั้งหมดทั้งที่เป็นการรู้สภาวะสุขภาพและการหามาตรการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 เป็นที่ปรึกษาของประชาชน ในด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวม

2.3 ให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุและบริการทั้งที่เป็นการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

2.4 ร่วมมือประสานงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน

2.5 ติดตามประสานงานการให้บริการประเภทต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบริการ

แบบบูรณาการที่ต่อเนื่อง

### 3. เชิงกระบวนการ

3.1 เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก

3.2 เป็นบริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วยและการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่แรกเกิดจนตาย

3.3 เป็นบริการที่ผสมผสานที่ดำเนินถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

3.4 เป็นหน่วยบริการที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานการบริการอื่น ๆ ทั้งในด้านการแพทย์ ด้านสังคมข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

สรุปการบริการปฐมภูมิ คือ การบริการด่านแรกที่ให้บริการ ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดมีจิตใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับชุมชนมากที่สุดสนใจและเอาใจใส่ทุกบริบทของชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวมและเป็นการบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ

### แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ได้รับการยกฐานะจากสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ตามนโยบายของรัฐบาลรัฐบาลของนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 เพื่อยกระดับสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## 1. ความเป็นมา

สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาล ข้อ 3.3.3 ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ ทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ควรให้ความสำคัญกับระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ตรงกับหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยการให้บริการเชิงรุกเน้นการป้องกันโรค เป็นการดูแลสุขภาพโดยองค์รวม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม มุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาสุขภาพพื้นที่บริการระดับตำบลจึงเป็นด้านแรกและพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะเป็นการให้บริการแก่คนยากจนและประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

## 2. การบริหารจัดการ

สนับสนุนการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพเป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ อีกทั้งเป็นการสอดคล้องกับนโยบายให้ค่าตอบแทนอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เดือนละ 600 บาท ต่อคน ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการช่วยให้การดำเนินการตามภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบความสำเร็จ แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า และมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้โดยง่าย แต่อย่างไรก็ดี ปัญหาด้านการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีอนามัยที่ไม่เพียงพอและทั่วถึงได้สะท้อนภาพความไม่เชื่อมั่น และไม่ไว้วางใจในบริการของสถานีอนามัย และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่งผลให้เกิดการกระจุกตัว และความแออัดในการให้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่น ๆ ที่ตั้งอยู่ในเขตเมือง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้บริการสาธารณสุขที่หลากหลาย อาทิ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเกือบทั้งหมดจะไม่รับผู้ป่วยใน และไม่มีแพทย์ทำงานอยู่เป็นประจำแต่จะอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

### 3. ขอบเขตการดำเนินงาน

สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาล ข้อ 3.3.3 ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ ทุกระดับให้ได้ มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีนอมนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ควรให้ความสำคัญกับระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ตรงกับหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยการให้บริการเชิงรุกเน้นการป้องกันโรคเป็นการดูแลสุขภาพ โดยองค์กรร่วม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วม มุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาสุขภาพพื้นที่บริการระดับตำบลจึงเป็นด่านแรก และพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะเป็นการให้บริการแก่คนยากจนและประชาชนทั่วไปซึ่งเป็น ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศสืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาล ข้อ 3.3.3 ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับให้ได้ มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีนอมนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ รวมถึง แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่ควรให้ความสำคัญกับระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ตรงกับหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยการให้บริการเชิงรุกเน้นการป้องกันโรค เป็นการดูแลสุขภาพ โดยองค์กรร่วม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม มุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาสุขภาพพื้นที่บริการระดับตำบลจึงเป็นด่านแรกและพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะเป็นการให้บริการแก่คนยากจนและ ประชากรทั่วไปซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุข ผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและ สังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้น ดังนี้

1. ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชน เพื่อการสร้างสุขภาพ เป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ เช่น การดูแลทำ กายภาพบำบัดที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ลดภาระของครอบครัว การเยี่ยมบ้าน สํารวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง) เพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อน การสำรวจ หญิงมีครรภ์ เพื่อให้มาฝากครรภ์ให้ครบก่อนคลอดเป็นการป้องกันทารกขาดธาตุเหล็กและ สารไอ โอดีน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มีเด็กเล็กประมาณ 8 แสนคนทั่วประเทศ)ร่วมกับชุมชนรณรงค์ ป้องกัน ไข้เลือดออก เป็นต้น



2. มีความเชื่อมโยงระบบบริการ โดยที่สามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลที่เลี้ยง หรือ ส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับ ผู้ป่วยไว้ นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็สามารถประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน การออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

3. ชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงาน ของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นให้สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน อย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่า ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีนามัย กระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศและมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะสิบปีที่ผ่านมา ความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนและ โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทว่าสถานีนามัยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ “สร้าง สุขภาพ” และบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอประชาชนจำนวนมาก ยังคงเดินทางไป รับบริการที่โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดการกระจุกตัว และความแออัด ในการให้บริการ รักษาพยาบาล และเป็นภาระอย่างมากต่อประชาชนทั้งค่าเดินทางและเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับสถานีนามัย ดังนั้น การดำเนินนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อประชาชน อย่างแท้จริงได้ในระยะยาว รวมไปถึง การตั้งเป้าหมายและ สร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยใช้กล ยุทธ์การสร้างศรัทธาและความไว้วางใจ (Faith and Trust) ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงภูมิสถาปัตย์ ให้สวยงาม นำใช้บริการ การเพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ (ถ้ามี) พยาบาล เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ทันตภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เมื่อมารับบริการแล้วได้รับยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสม ไม่ขาดแคลน การเพิ่มศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงมากขึ้น ทำให้ไม่ต้องส่งตัวมาโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน อันจะก่อให้เกิดความแออัดและอาจนำไปสู่การ ได้รับการรักษาอย่างไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควรอย่างที่กล่าวมาข้างต้น



## แนวคิดและแนวนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### 1. แนวคิดและแนวนโยบาย

ประเทศไทยมีพัฒนาการด้านสุขภาพมายาวนาน ทำให้คุณภาพชีวิตของคนไทยดีขึ้นมาก เห็นได้จากโรคติดเชื้อสำคัญลดลง อัตราทารกตายและอัตราส่วนมารดาตายลดลงมาก คนไทยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นมาก และมีความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากการดำเนินนโยบายของรัฐบาลก่อน คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ทว่าระบบบริการที่มีอยู่ยังไม่อาจทำให้คนใช้บริการได้อย่างถูกต้องถูกทาง ประชาชนมักจะเชื่อถือและไปแออัดอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แม้ว่าโรคส่วนใหญ่ไม่ต้องการแพทย์ในการรักษา โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะโรค การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นยังถูกละเลย ลงทุนด้านนี้น้อยทั้ง ๆ ที่ต้นทุนต่ำกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และแนวโน้มการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อสังคมและประเทศชาติ เปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง การยกระดับสถานีนอมนามัยที่มีกว่า 9 พันแห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

### 2. โครงการยกระดับสถานีนอมนามัยทุกแห่งทั่วประเทศ

ได้มีการยกระดับสถานีนอมนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปีงบประมาณ 2553 ได้มีการยกระดับสถานีนอมนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2,000 แห่ง และที่เหลืออีก 7,770 แห่ง จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณในปี 2554 โดยจะมีการพัฒนาต่อเนื่องจนกระทั่งครบทุกแห่ง การดำเนินงานยกระดับสถานีนอมนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนทั้งในเขตเมือง และชนบท ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค แก่ประชาชนในตำบล หมู่บ้าน ชุมชน

2.2 เพื่อเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุข ให้มีคุณภาพมาตรฐาน และมีศักยภาพมากขึ้นเพื่อให้บริการเชิงรุก แก่ประชาชน

2.3 เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลและทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานได้อย่างเท่าเทียม

2.4 เพื่อให้ประชาชนและผู้บริการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ภายใต้การยกระดับสถานีอนามัย เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### 3. ภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีทั้งหมด 5 ด้าน

3.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ด้านการรักษาพยาบาล

3.3 ด้านควบคุมป้องกันโรค

3.4 ด้านการฟื้นฟู

3.5 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านคุณภาพบริการเพื่อให้มีรูปธรรมในการปฏิบัติตั้งนั้น โครงการตามโรงพยาบาล 3 ดี หรือ โรงพยาบาลสาธารณสุขยุคใหม่ เพื่อคนไทยสุขภาพดี มีรอยยิ้ม 3 ดี ที่ว่าก็คือ

ดีที่ 1 บรรยากาศดี ได้แก่ การปรับสภาพลักษณะ และ โครงสร้างเพื่อการสร้างบรรยากาศที่ดี เป็นการปรับปรุงทางด้านบรรยากาศ หรือกายภาพนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องทำมี 3 ข้อ

(1) ปรับโฉมด้านกายภาพ พื้นที่บริการรองรับผู้ป่วยให้ดูทันสมัย ให้ผ่อนคลาย รวมทั้งภูมิทัศน์ด้วย

(2) พื้นที่รองรับบริการ ห้องตรวจ ห้องพักผ่อนในบริเวณ โรงพยาบาล ห้องน้ำ จะต้องสวยงามเป็นระเบียบ

(3) ต้องจัดมุมความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบที่เหมาะสม เช่น นิทรรศการ ไปสเตอร์หรือแผ่นพับ

ดีที่ 2 การให้บริการที่ดี ต้องแยกเป็นการให้บริการทางด้านการแพทย์ และการให้บริการทางด้านทั่วไป ซึ่งการให้บริการทางด้านการแพทย์นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะดำเนินการ 4 ข้อ ได้แก่

(1) ลดเวลาการรอคอย ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่อง การรอคอยเพราะผู้ป่วยไม่แออัดเหมือนโรงพยาบาล 60 เตียงขึ้นไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ แต่ต้องนำไปปรับใช้ เช่น เวลารอพบแพทย์ คงต้องรวมถึงเวลารอพบพยาบาล หรือเวลารอพบเจ้าหน้าที่ด้วย เวลารอรับยาต้องมีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน

(2) การจัดคิวรอรับบริการ ควรมีการนัดช่วงเวลาเพื่อให้ผู้รับบริการทราบชัดเจน เช่น 09.00 น. – 10.00 น. หรือแจ้งให้ประชาชนได้ทราบว่าช่วงเวลาใดให้บริการอะไร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็อาจจะไม่มีปัญหาเพราะไม่มีผู้ป่วยแออัด แต่ก็สามารถนำมาปรับใช้ได้ตามความเหมาะสม

(3) จุดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ประชาชนได้มีการดูแลสุขภาพของตนเองแต่เป็นเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อประโยชน์ในการประเมินผลในอนาคตต่อไป

(4) มีการจัดบริการส่งต่อ ส่งกลับ จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีการนัดหมายอย่างเป็นทางการสำหรับการให้บริการทั่วไปนั้น ควรมีการนำนโยบายโรงพยาบาลสาธารณสุขยุคใหม่เพื่อคนไทยสุขภาพดี มาปรับใช้ตามศักยภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับความอบอุ่น สะดวกสบาย จะเป็นการช่วยเปลี่ยนบรรยากาศการทำงานและเปลี่ยนบรรยากาศสำหรับผู้มารับบริการที่ได้เห็นความแตกต่างเป็นครั้งคราวเกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ หรือมีชมรมจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ ที่จะมาร่วมให้บริการกับผู้ป่วย หรือเยี่ยมบ้านในรูปแบบที่มีความเหมาะสม

คีย์ที่ 3 คือ การบริหารจัดการที่ดี จะต้องมีการปรับการบริหารจัดการให้เป็นการบริหารจัดการที่ดี โดยมีการกำหนดภารกิจไว้ชัดเจน คือ

(1) การตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วยบุคคลภายนอกจะเข้ามาเป็นประธาน ผู้อำนวยการเป็นรองประธานหรือเลขานุการ จะมีตัวแทนหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้รับบริการหรืออาจจะรวมทั้งผู้นำศาสนาในหมู่บ้าน ตำบลตามความเหมาะสม เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางแห่ง มีพระสงฆ์เข้าร่วมเป็นคณะทำงานและท่านก็ช่วยประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการเป็นอย่างดีเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม เพราะฉะนั้นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องเกิดขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อเป็นแหล่งรับฟังความคิดเห็นและระดมสมองทรัพยากร ในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

(2) ระบบประกันคุณภาพ อาจใช้ระบบ PCA หรือระบบอื่นแต่จะต้องไม่ให้เป็นภาระเกินสมควร เพื่อประกันคุณภาพการปฏิบัติหน้าที่และให้ประชาชนได้รับความพึงพอใจ

(3) จัดการรับฟังความคิดเห็นในรูปแบบต่างๆ เช่น ผู้รับฟังความคิดเห็น ระบบออนไลน์ หรือ Web Site เพื่อสะท้อนปฏิกิริยาจากผู้รับบริการให้เราได้ทราบว่าเราได้ทำอะไรที่เป็นที่พึงพอใจ ประสพผลสำเร็จ เพื่อเป็นการปรับปรุงแก้ไขต่อไปในอนาคต

#### 4. รูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สถานีอนามัยทุกแห่งจะได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดแต่จะมีการปรับระบบบริการเพื่อเสริมประสิทธิภาพการทำงานและแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ประกอบกับการคมนาคมที่สะดวกสบาย ทำให้การเดินทาง หรือการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ พยาบาล สามารถดำเนินงานได้อย่างง่ายดาย รูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็นดังนี้

**รูปแบบที่ 1** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบเดี่ยว ควรมีประชากรประมาณ 5,000 คน และจะต้องมีบุคลากรอย่างน้อย 4 คน เพื่อให้บริการ ไม่นับรวมผู้ที่หมุนเวียนมาให้บริการชั่วคราว หรือผู้ที่ทำหน้าที่สนับสนุน เช่น กรอกข้อมูล, เจ้าหน้าที่การเงิน ได้แก่

- (1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- (2) แพทย์ หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพ คนใดคนหนึ่ง

1 ตำแหน่ง ไม่นับแพทย์ แต่บางแห่งที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ และอาจมีแพทย์ไปให้บริการเป็นประจำบ้างแล้ว ก็ถือว่าเป็นเรื่องที่ดี

- (3) นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งจะทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค
- (4) สหวิชาชีพระหว่างทันตภิบาลหรือเภสัชกร หรือแพทย์แผนไทย หรืออื่น ๆ

ตามความเหมาะสม

**รูปแบบที่ 2** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย เหมาะสมสำหรับพื้นที่ที่ประชากรเบาบาง หรือมีสถานีอนามัยที่หนาแน่นในพื้นที่ เช่น ตำบลเดียวกันแต่มีสถานีอนามัย 2-3 แห่ง ควรจะมีบุคลากรรวมกันอย่างน้อย 7 คน เพื่อที่จะหมุนเวียนและแบ่งปันทรัพยากร ร่วมกันในเครือข่าย จะเป็นการจัดระบบบริการ ที่จะต้องแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน เช่น บุคลากร, อุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่เหมาะสมที่จะลงทุนในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงหรือบุคลากรที่มีความขาดแคลนมาก อาทิทันตภิบาล หากจัดระบบบริการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบเครือข่าย ก็จะมีการหมุนเวียนทันตภิบาลออกไปให้บริการแต่ละสัปดาห์ในเครือข่าย จะทำให้ประชาชนทุกหมู่บ้านสามารถได้รับบริการอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพในการให้บริการสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะแบ่งออกเป็น 3 ขนาด คือ ขนาดเล็กจำนวนประชากรต่ำกว่า 3,000 คน ขนาดกลางประชากร 3,000 – 7,000 คน และขนาดใหญ่ประชากร 7,000 คนขึ้นไป โดยขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีผลต่อการจัดบุคลากรและงบประมาณสัญลักษณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นรูปหัวใจ 4 ดวง ร้อยรัดเข้าด้วยกัน หัวใจ 4 ดวงมีตราสัญลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ตรงกลางหัวใจ 4 ดวง ถือเป็น

กลไกหลักของการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในตำบล ซึ่งต่อไปนี้จะต้องเดินหน้าด้วย 4 หลักสำคัญ

หัวใจดวงที่ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หัวใจดวงที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.

หัวใจดวงที่ 3 แผนสุขภาพตำบลเป็นการค้นหาปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และ  
ดำเนินงานจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมของประชาชน โดยจะต้อง  
มีมาตรการทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

หัวใจดวงที่ 4 กองทุนสุขภาพตำบลเป็นงบประมาณจาก สปสช. ที่จัดไว้จำนวนหนึ่ง  
และให้ท้องถิ่นจัดงบประมาณมาร่วมสมทบตามขนาดของประชากรทำให้มีงบประมาณในการ  
ดำเนินงานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และบริหารงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมที่ได้รับการยอมรับจากหลายฝ่าย  
ทั้งหมดนี้ก็เป็น การหลอมรวมหัวใจทั้ง 4 ดวงเข้าด้วยกัน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็น  
ผู้ขับเคลื่อนนโยบายไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ทำให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีมีรอยยิ้มต่อไป  
ในอนาคต ตราสัญลักษณ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นเครื่องหมายเตือนใจให้ปฏิบัติ  
ภารกิจที่ยิ่งใหญ่ให้ประสบความสำเร็จเพื่อสุขภาพของประชาชนคนไทยทุกคน

นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นับเป็นก้าวสำคัญของการพัฒนา  
ระบบบริการปฐมภูมิ อันเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบบริการ  
ปฐมภูมิที่มีการกำหนดรูปแบบ และระบบสนับสนุนที่จริงจังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ประชาชน  
มีสุขภาพที่ดี โดยมีการใช้จ่ายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด หัวใจสำคัญของ  
การขับเคลื่อนให้เกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีคุณภาพ นอกเหนือไปจาก  
เรื่องปรับปรุงโครงสร้างที่มีการดำเนินการอยู่ตามแผนงบประมาณแล้ว คือ การทำให้เกิด  
การทำงานหรือให้บริการสำคัญสำหรับประชาชน ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

## 5. ขอบเขตการดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินงานบริการสาธารณสุข  
ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ  
การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน  
และสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้น ดังนี้

5.1 ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก  
รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ



5.2 บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลที่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

5.3 มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### พื้นที่การทำงาน

มีเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (Home Ward)

### 6. บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

6.1 มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน

6.2 มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม

6.3 มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน

6.4 มีศักยภาพในการใช้ และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

การพัฒนาบุคลากร สิ่งที่ต้องเน้น คือการทำงานร่วมกันเป็นทีม ใช้ความสามารถของแต่ละส่วนอย่างเต็มที่และทำงานตอบ โจทย์ปัญหาหลักของชุมชนนั้น ได้ดี โดยกำลังคนอาจแบ่งเป็น 3 ส่วน 1) บุคลากรที่ทำงานประจำอย่างต่อเนื่องใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) บุคลากรที่เสริมเพิ่มเติมตามบริการเฉพาะ และ 3) บุคลากรที่เป็นส่วนประสานในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับแม่ข่ายและหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง

กำลังคนส่วนที่เป็นฐานทำงานประจำ ควรเน้นให้มีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน และมีสาขาวิชาชีพที่เพิ่มเติมได้ครอบคลุมงานหลัก ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และนักกายภาพบำบัด วิธีการบริหารจัดการด้านบุคลากรให้มีเพิ่มเติมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นั้น สามารถจัดการได้ใน 4 ลักษณะ คือ

1. บุคลากรที่มีอยู่เดิม แต่มีค่าตอบแทนให้ทำงานได้เพิ่มขึ้น

2. โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรคนลงมาช่วยดูแลงานเพิ่มขึ้น ซึ่งทำได้หลายแบบ เช่น

ระดมผู้ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ/หรือ ยืมรับย้าย ผู้สมัครใจ ทั้งนี้ให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม



3. จ้างเพิ่ม ซึ่งจ้างได้ทั้งนักวิชาการและพยาบาล ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนต่าง ๆ อาทิ รพ.แม่ข่าย ห้องถิ่น หรืองบสนับสนุนเพิ่มเติมจาก สปสช. ภายใต้การประเมินสถานการณ์ความจำเป็น และสถานการณ์ทางการเงินของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

4. พัฒนานาบุคลากรหรือส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องกลับมาทำงาน โดยจะใช้งบประมาณ รพ. แม่ข่าย หรือท้องถิ่นในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเรียน ส่วนการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาจะจ้าง โดย รพ.แม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือท้องถิ่น ขึ้นกับการตกลงกันของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กำลังคนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” โดยต้องเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอ ด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังมีการระดมความร่วมมือในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลตนเอง (Self Care) และครอบครัว

7. เจ็อนไขที่สำคัญปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

7.1 ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามพัฒนาอย่างจริงจังตามนโยบายและแผนปฏิบัติการที่กำหนด

7.2 หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว

7.3 เริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อม ที่สมัครใจ และที่ชุมชนมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วม

7.4 มีการใช้กระบวนการประชาคมเพื่อปรับแนวคิดของคนในชุมชนชน สร้างความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

7.5 มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการร่วมกับการทำงานเชิงรุกในชุมชน

7.6 ความเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. ด้วยกัน และกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

## 8. แนวคิดและกระบวนการงานสำคัญ

แนวคิดการทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการด้านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชนมากที่สุด มีหน้าที่ในการดูแลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้เข้าถึงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม) เพื่อนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำรงชีพร่วมกันภายใต้ความมีต้นทุน และอัตลักษณ์ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เป็นแบบแผนของตนเองได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุก ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ ด้วยการประสานความร่วมมือกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการและองค์กรต่าง ๆ ในลักษณะของการเป็นภาคีร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนอันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในที่สุด ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการจัดระบบสุขภาพแนวใหม่ตามทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ

## 9. เป้าหมายของการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Goal)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกช่วงวัยที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ โดยการจัดให้มีบริการทั้งบริการ ใน รพ.สต. บริการในชุมชนและบริการในบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน แบบครบวงจรต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและ ควบคุม โรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลซึ่งจะเป็นการนำมาซึ่งความสามารถในการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ (ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอันจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลสุขภาพของรัฐในระยะยาว) ของทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการจัดระบบสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ มีความยั่งยืนสอดคล้องกับสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพ ปัญหาสาธารณสุขและบริบทของแต่ละพื้นที่

## 10. พันธกิจในการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Mission)

10.1 การพัฒนาฐานข้อมูลบริการ (Data Base) เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงถึงกันและกันได้ระหว่างเครือข่ายบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแม่ข่าย (OPD-Card, Refer note, Family folder, Community folder และแฟ้มข้อมูล 18 แฟ้ม ฯลฯ) เพื่อให้สามารถรวบรวม

ประมวล วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลสุขภาพชุมชนอย่างถูกต้องครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ อันจะนำมาซึ่งการวางแผนการจัดบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

10.2 การพัฒนาการจัดบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (Hospital Base) เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับบริการที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยการประสานความร่วมมือขอรับการสนับสนุนทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย (Skype, Tele Medicine) ยานพาหนะ รถยนต์ส่งต่อ จาก รพ. แม่ข่าย องค์กรส่วนท้องถิ่นตลอดจนถึงกองทุนประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการรักษา ผู้ป่วย การให้บริการภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการปัญหาโรคของพื้นที่ ในลักษณะของคณะกรรมการการพัฒนา รพ.สต. แบบมีส่วนร่วม (รพ.แม่ข่าย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และองค์กรชุมชน)

10.3 การพัฒนาการจัดบริการในชุมชน (Community Base, Community Health Care) เพื่อให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงการมีส่วนร่วม และสามารถให้การสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ของพื้นที่ โดยอาศัยแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชนที่ได้รับการเสริม ศักยภาพในด้านการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM/SLM) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ผ่านทางกองทุนสุขภาพตำบล สมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรค ชุมชนที่ดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วม ประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ในลักษณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบสุขภาพ ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ในที่สุด จะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดให้มีมาตรการและระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้าน สุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ขึ้นในชุมชน

10.4 การพัฒนาการจัดบริการในบ้าน (Home Base, Home Health Care, Home Ward) ให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใกล้เคียงกับแบบเอื้ออาทร ด้วยบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) โดยการประสานการดำเนินงานจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) จาก รพ. แม่ข่าย ทีมดูแลสุขภาพ (Health Care Team : HCT) จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และแกนนำผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวหรือจิตอาสาดูแลสุขภาพในครอบครัวจาก ชุมชน ตามแผนการดูแลตามความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยอาศัย การถ่ายทอดกระบวนการดูแลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ผ่านการอบรมและการจัดทำแนว

ทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดการความรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการประสานการดูแลโดยหน่วยงานและองค์กรชุมชนอื่นๆ ที่จะช่วยในการดูแลยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

## 11. กระบวนการสำคัญ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชนขนาดย่อม แต่เป็นหน่วยบริการที่เน้นคุณลักษณะบริการที่ต่างออกไป โดยมีครัวเรือนและประชาชนทุกคนเป็นเป้าหมาย และใช้แนวคิดงานเวชปฏิบัติครอบครัวมาเพิ่มคุณภาพบริการ ซึ่งมีคุณลักษณะบริการที่ดี 5 ประการ ดังนี้

### 11.1 การเข้าถึงบริการ

การเข้าถึงบริการ ได้ง่าย สะดวก โดยปราศจากอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ การเงิน สังคมวัฒนธรรม ภาษา

### 11.2 การดูแลต่อเนื่อง

ประชาชนได้รับการดูแลโดยทีมสุขภาพประจำครอบครัวซึ่งทำหน้าที่ดูแลประจำ และรู้จักกันมาต่อเนื่องยาวนาน ดูแลได้ทุกปัญหา

### 11.3 การดูแลแบบองค์รวมและผสมผสาน

ขอบเขตการดูแลที่ครอบคลุมหลายมิติ ปัญหาโรคทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณและมิติรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ

### 11.4 การประสานบริการ

การดูแลที่เชื่อมโยงบริการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บ้าน ชุมชน โดยมีการส่งต่อ ข้อมูลและระบบคำปรึกษา

11.5 ยึดชุมชนเป็นฐานการสร้างการมีส่วนร่วม และเสริมพลังให้ กลุ่มเป้าหมายและภาคีให้พึ่งตนเองทางสุขภาพได้

## 12. ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานบริการด่านแรกในด้านการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งยกระดับจากสถานีอนามัย การดำเนินงานเน้นการปฏิบัติการเชิงรุก ซึ่งเน้นการดูแลประชากรด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูรวมทั้งการรักษาผู้เจ็บป่วย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำทางศาสนา ครู รวมถึงประชากรในพื้นที่ การค้นหาปัญหาในระดับชุมชนมีความจำเป็นสำหรับการปฏิบัติการเชิงรุกการจัดทำแผนที่ทางเดิน

ยุทธศาสตร์ (SRM) เป็นเครื่องมือที่ดีในการช่วยค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมถึงช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ

ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนที่มีความสำคัญในชุมชน เพื่อให้ในการบริหารจัดการ หน่วยบริการและดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่ รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลเป็นภาพรวมของ อำเภอ จังหวัดและประเทศ ดังนี้

#### 12.1 ข้อมูลทั่วไปหรือข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ควรมีข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อรองรับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ ที่สำคัญของชุมชน

12.2 ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง เป็นข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ โรคที่เป็นภัยอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อติดตาม สังเกตการณ์เกิดและการกระจายของโรค มารายงานหรือแจ้งข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคจากข้อมูลที่ได้

12.3 ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสนับสนุนประกอบการวางแผนงาน โครงการ กำหนดนโยบายต่าง ๆ ในระดับชาติและระดับท้องถิ่น เป็นข้อมูลหลักที่สำคัญที่จะบ่งบอกถึงสถานะสุขภาพและอนามัยของประชาชน

12.4 ข้อมูลประชากรตามกลุ่มวัย เป็นข้อมูลที่สะท้อนมิติสุขภาพแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งมีประเด็นสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เฉพาะเจาะจง

12.5 ข้อมูลประวัติครอบครัวของประชากรในพื้นที่ เป็นข้อมูลเชิงกว้าง ได้จากการสำรวจโดยใช้ Family Folder เป็นการเก็บประวัติสุขภาพของประชากรทุกคนในพื้นที่ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพเป็นระยะ ๆ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน หรือการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชนเอง

12.6 ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลสิ่งแวดล้อมชุมชน ได้จากการสำรวจสภาพแวดล้อมของชุมชนที่รับผิดชอบ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะมลพิษ ที่จะมีส่วนต่อประชากรในพื้นที่ เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

12.7 ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ การทำงานของ รพ.สต. จะมีประสิทธิภาพได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีข้อมูลที่มูลที่มีคุณภาพ คือ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จะเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่มีความสำคัญที่สุด เป็นผู้วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลของตนเองเป็นลำดับแรก ซึ่งที่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของทั้งประเทศต่อไป



### 13. การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเข้าใจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ อะไร องค์กรประกอบ บทบาทหน้าที่ กระบวนการทำงาน และสุดท้ายเข้าใจความต้องการของคนท้องถิ่น เข้าใจวัฒนธรรมของการทำงานแบบคนไทย ความเป็นเครือญาติพวกพ้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาจากการเลือกตั้งของชาวบ้าน เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัด เรื่องกำลังคนและงบประมาณต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน เป้าหมายการทำงานกับท้องถิ่น ไม่ใช่เพื่อของงบประมาณมาทำงานเอง แต่ทำอย่างไรจะให้ท้องถิ่นเข้มแข็ง เข้าใจงาน สาธารณสุข วิเคราะห์จัดการปัญหาเองได้ ติดตามประเมินงานได้ โดยการทำงานร่วมกัน ท้องถิ่น/ชุมชนเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนงาน และมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นฝ่ายสนับสนุนวิชาการ/องค์ความรู้

### 14. การทำงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่

จากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และมาตรา 48(4) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน กำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน บริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนจากบทบัญญัติ ฯ ดังกล่าว สำนักงานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงสนับสนุนงบประมาณให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นรูปแบบของการทำงานที่เกิดการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภาคส่วนที่อยู่ในพื้นที่ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน สถานีนอามัยหรือ รพ.สต.

### 15. การเยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพที่บ้าน และการใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นรูปธรรมของการให้บริการที่ผสมผสาน เพื่อช่วยในการดูแลต่อเนื่องเป็นองค์รวมและตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของประชาชนได้อย่าง สอดคล้อง เป็นกระบวนการทั้งที่เป็นการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพ ในการดูแลสุขภาพ ประชาชนมุ่งหวังให้เกิดการกระตุ้นความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน



การพึ่งพากันเองภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัวในชุมชน การเยี่ยมบ้าน ถือได้ว่าเป็นการใช้บ้านแต่ละหลังเป็นเตียงผู้ป่วย โดยมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดเป็นอาณาเขตของโรงพยาบาลหรือถ้ามองให้ถี่ถ้วน คือ หอผู้ป่วยหนึ่ง ๆ นั้นเอง ในการเยี่ยมบ้าน มีคำถามใหญ่ 6 ข้อ ที่ควรตอบและเตรียมไว้ดังนี้

- ข้อที่ 1 การเยี่ยมบ้านนั้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยประเภทใด
- ข้อที่ 2 ผู้ที่จะไปเยี่ยมมีความต้องการในการดูแลมากน้อยแค่ไหน
- ข้อที่ 3 ใ้บุคคลากรประเภทใดบ้างในการให้การดูแล
- ข้อที่ 4 ระยะเวลาการดูแล ควรเป็นอย่างไร
- ข้อที่ 5 จะติดตามผลและผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร
- ข้อที่ 6 ประโยชน์ที่น่าสนใจของการเยี่ยมบ้านอื่นๆ

#### 16. การบริหารจัดการเวชภัณฑ์

- 16.1 การจัดระบบเพื่อให้ประชาชนได้รับยาอย่างเหมาะสมและเพียงพอ
- 16.2 มาตรฐานในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์
- 16.3 คลังเวชภัณฑ์
- 16.4 บริการเภสัชกรรม
- 16.5 การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางเภสัชกรรม
- 16.6 การส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดการยา ใช้อย่างเหมาะสม

#### 17. การประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นับเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนา ซึ่งปัจจุบันมีกรอบในการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาและยกระดับสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้คุณภาพมาตรฐาน โดยเกณฑ์ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

- 17.1 รพ.สต.มีสมรรถนะและมีบรรยากาศเอื้ออำนวย(8 เกณฑ์)
- 17.2 รพ.สต.มีระบบบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ (6 เกณฑ์)
- 17.3 ภาควิชาทุกภาคส่วนร่วมตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุน (5 เกณฑ์)
- 17.4 ชุมชนเข้มแข็งประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (3 เกณฑ์)

ทั้งนี้ เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 4 ประเด็น 22 ตัวชี้วัด โดยเรียงลำดับตามประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รพ.สต. มีสมรรถนะและมีบรรยากาศเอื้ออำนวย

มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับงาน (1 : 1,250)

รายละเอียดเกณฑ์

1. สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร 1 : 1,250

2. มีพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 : 5,000

รายละเอียดเกณฑ์

สัดส่วนพยาบาลเวชปฏิบัติต่อประชากร 1 : 5,000

3. ทีมงานมีการเรียนรู้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) และการจัดการความรู้เพื่อใช้

ในการพัฒนาการทำงานเป็นทีม

รายละเอียดเกณฑ์

3.1 ทีมงานได้รับการอบรม เรื่อง SRM

3.2 ทีมงานมีการจัดประชุมเรียนรู้การถ่ายระดับในพื้นที่

3.3 มีการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จในการทำแผนที่ยุทธศาสตร์ หรือกระบวนการ

ถ่ายทอด

3.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีและใช้แผนที่ทางเดิน

ยุทธศาสตร์ ตามแผนงานกองทุนสุขภาพตำบล

4. ทีมงานมีขวัญกำลังใจและมีความสามารถสร้างจริยธรรมในการทำงานร่วมกัน

รายละเอียดเกณฑ์

4.1 ทีมงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีกติกา หรือข้อตกลง

ในการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง

4.2 มีการแบ่งความรับผิดชอบมีความเท่าเทียมเหมาะสม

4.3 การบริหารงบประมาณมีความเหมาะสม

4.4 มีการจัดสรรค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับบุคลากร

4.5 ทีมงานความสามารถด้านการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมคิดร่วมทำในกิจกรรม

ร่วมกัน มีกิจกรรมที่ส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน

4.6 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคน

5. ทีมงานมีความรู้ ทักษะ และพัฒนาต่อเนื่อง

รายละเอียดเกณฑ์

5.1 แผนพัฒนาบุคลากรของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) / มีบันทึก

หลักฐานการพัฒนา

5.2 บุคลากรได้รับการพัฒนา (ประชุม/อบรม/สัมมนา) อย่างสม่ำเสมอ

6. ระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (โทรศัพท์ติดต่อประชาชน)

รายละเอียดเกณฑ์

6.1 มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

6.2 มีระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์

6.3 มีระบบสื่อสารสารสนเทศ

7. สร้างกระบวนการจัดทำข้อมูลที่ทันสมัยใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน

รายละเอียดเกณฑ์

7.1 มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการ ข้อมูลพื้นฐานของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

7.2 มีข้อมูลแฟ้มครอบครัว (Family Folder) ครอบคลุม ครบถ้วน

7.3 มีข้อมูลแฟ้มชุมชน (Community Folder) ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

7.4 ข้อมูลการตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพของประชาชน

7.5 การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับจากคืน โรงพยาบาลแม่ข่าย /Screening

Click

7.6 การมอบหมาย/แต่งตั้ง เจ้าหน้าที่ ให้เป็นนักจัดการข้อมูล

8. ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, ทันตแพทย์, เกษตรกร) เป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือ

รายละเอียดเกณฑ์

7.1 แต่งตั้งทีมสหวิชาชีพจากเครือข่ายรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนในการพัฒนางานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

**ประเด็นที่ 2** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีระบบบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

9. ปฏิบัติงานเชิงรุก “ใช้บ้านเป็นที่ทำงาน”

รายละเอียดเกณฑ์

9.1 มีการจัดระบบบริการในสถานบริการและการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

9.2 มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการเยี่ยมบ้านที่เป็นปัจจุบัน (Home visit, Home Health Care, Home Ward)

9.3 มีการจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนในการเยี่ยมบ้าน (Home visit) เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (HHC) และดูแลผู้ป่วยนอนที่บ้าน (Home ward)

- 9.4 มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล /อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Care giver) กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ
10. ประสานการส่งต่อเอื้ออาหาร  
รายละเอียดเกณฑ์
- 10.1 มีการประเมิน วินิจฉัย และดูแลผู้ป่วย โดยเชื่อมต่อกับหน่วยบริการอื่น ๆ และรับกลับมาที่หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบส่งต่อ
- 10.2 มีระบบการส่งต่อและการให้คำปรึกษาของเครือข่ายบริการปฐมภูมิและการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ
- 10.3 โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยส่งต่อ
- 10.4 มีคู่มือ/แนวทางในการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญร่วมกัน
- 10.5 มีการคืนข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อกรณีฉุกเฉินให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิภายใน 24 ชั่วโมง
11. สนับสนุนส่งเสริม การสร้างนวัตกรรมบริการ วิธีการและผลผลิต  
รายละเอียดเกณฑ์
- 11.1 มีงานวิจัย,งานนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาบริการที่พบใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) /ชุมชน
- 11.2 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อนวัตกรรม
- 11.3 มีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ /ผลงาน CQI
- 11.4 มีเรื่องเล่าประทับใจจากการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
12. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ  
รายละเอียดเกณฑ์
- 12.1 มีการประชุมทีมงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกเดือน
- 12.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ฯลฯ
13. มีการพัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเข้าถึงประชาชน  
รายละเอียดเกณฑ์
- 13.1 มีการสื่อสารผ่านช่องทางหลักในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนป้ายประกาศ อย่างน้อย 1 ช่องทาง
- 13.2 สนับสนุนข้อมูลข่าวสารและสื่อต่าง ๆ

13.3 มีการติดตามและประเมินผลการสื่อสาร

14. มีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

รายละเอียดเกณฑ์

14.1 มีการติดตาม ควบคุมกำกับกิจกรรม/โครงการเป็นรายงวด

14.2 มีผลการประเมิน โครงการเมื่อสิ้นสุดโครงการ

14.3 มีการนำเสนอผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่รับผิดชอบเป็นรายงวดอย่างต่อเนื่อง

14.4 มีสรุปผลงานประจำปีและเปรียบเทียบข้อมูลอย่างน้อย 3 ปีย้อนหลัง

14.5 มีผลการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจาก CUP อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี

ประเด็นที่ 3 ภาคิทุกภาคส่วนร่วมตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุน

15. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาคม มูลนิธิ ชมรมร่วมขับเคลื่อนทำแผน, ทำประชาคมให้เกิดการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

รายละเอียดเกณฑ์

15.1 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร รพ.สต. โดยมีองค์ประกอบจากภาคีเครือข่าย

15.2 ผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน ผู้รับบริการและผู้ให้บริการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

ประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย ทุก 2 เดือน

15.3 จัดทำประชาคมหมู่บ้าน เพื่อนำเสนอข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหาและจัดทำแผนชุมชน / แผนสุขภาพชุมชน / โครงการแก้ปัญหาในชุมชนของภาคีเครือข่าย

16. มีกองทุนสุขภาพร่วมแก้ไขปัญหาในพื้นที่

รายละเอียดเกณฑ์

16.1 มีกองทุนสุขภาพตำบลหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสุขภาพชุมชน

16.2 มีการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เน้นการส่งเสริมสุขภาพ, ป้องกันควบคุมโรค, พื้นฟูสภาพ)

17. องค์กรต่าง ๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพดูแล “สุขภาพะ”

รายละเอียดเกณฑ์

17.1 ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแล สุขภาพประชาชน ในชุมชน

17.2 คณะกรรมการกองทุน คณะกรรมการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมเป็นเจ้าภาพรับผิดชอบการดำเนินงานในแผนที่ SRM



18. ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมงานแข่งขันดุจญาติมิตร  
รายละเอียดเกณฑ์

18.1 กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วน  
ร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ (ร่วมคิด ตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ ประเมินผล)

19. มีโรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาให้ชุมชนของตนเอง  
รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการ โรงเรียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะยาว

รายละเอียดเกณฑ์

19.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน  
รวมถึงการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

19.2 มีศูนย์ (สถานที่/จุด) ที่จะจัดกระบวนการเรียนรู้ชัดเจน

19.3 มีการกำหนดหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของ อาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /ปัญหาชุมชน

19.4 มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน -  
ประชาชน, ภายใน-ระหว่างชุมชน)

19.5 มีโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน

**ประเด็นที่ 4** ชุมชนเข้มแข็งประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

20. มีการสร้างแกนนำเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในชุมชน

รายละเอียดเกณฑ์

20.1 มีการกำหนดปัญหาสุขภาพของตำบล เพื่อพัฒนากลุ่มต่าง ๆ

20.2 มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน / แกนนำเฝ้าระวัง  
ปัญหาสุขภาพ

20.3 เป็นกลุ่มเฉพาะที่มีความเชี่ยวชาญทำหน้าที่เฝ้าระวังเรื่องปัญหาด้านสุขภาพ  
ของพื้นที่ อย่างน้อย 1 เรื่อง/หมู่บ้าน

20.4 มี Care Giver

20.5 มีกลุ่มชมรมที่ทำงานด้านสุขภาพในหมู่บ้านเช่น กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค,  
กลุ่มอาหารปลอดภัย

20.6 มีชมรมจิตอาสาในชุมชน

## 21. ชุมชนกำหนดมาตรการทางสังคมอย่างมีส่วนร่วม

### รายละเอียดเกณฑ์

21.1 มีการกำหนดมาตรการทางสังคม (ใน SLM และตาราง 11 ช่อง) ที่มาจากประชาคมและนำไปเผยแพร่/ปฏิบัติในชุมชน

21.2 มีการจัดเวทีประชาคม/สมัชชาหมู่บ้าน/ตำบล

22.2 มีมาตรการทางสังคมบังคับใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง ในระดับหมู่บ้าน เน้นหมู่บ้าน

## จัดการสุขภาพ

## 22. ชุมชนทำแผนชุมชนเอง

### รายละเอียดเกณฑ์

มีแผนชุมชน / แผนสุขภาพชุมชน ที่มีการแก้ไขปัญหา/โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงาน มี 2 ระดับดังนี้

1. ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ดำเนินการตามรายละเอียดของแต่ละเกณฑ์ครบทุกข้อ

2. ไม่ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ดำเนินการตามรายละเอียดของแต่ละเกณฑ์ไม่ครบทุกข้อ

ผลการประเมิน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับดี หมายถึง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ 14 ข้อ

ระดับดีมาก หมายถึง ผ่านการประเมินระดับดี และผ่านเกณฑ์ข้อ 20

ระดับดีเยี่ยม หมายถึง ผ่านการประเมินระดับดี และผ่านเกณฑ์ ข้อ 20,21,22

## 19. ภารกิจตามกลุ่มอายุ

การจัดการบริการ/การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถของตนเองในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ภายใต้กลยุทธ์ การชี้แนะ การเพิ่มความสามารถ และการไกล่เกลี่ย

### กลยุทธ์หลัก ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การสร้างความเข้มแข็งกับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นวิธีการทำงานเชิงรุก ที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในสถาน  
บริการชุมชน (รพ.สต.) และนอกสถานบริการ โดยเฉพาะในชุมชนโดยมีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

5.1 การกระตุ้นชุมชน ประชาชน และองค์กรในชุมชน ให้มีความเข้าใจเกิดความ  
ตระหนัก และให้ความสำคัญ กับการสร้างนโยบายสาธารณสุขเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผล  
ต่อสุขภาพในระดับชุมชน

5.2 การสร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อสุขภาพ ทางด้านกายภาพและทางสังคม  
เพื่อปกป้องและส่งเสริมการมีสุขภาพดี และการดูแล/จัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่สร้างภัยคุกคาม  
ต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลบ้าน ที่อยู่อาศัย ที่ทำงานให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

5.3 การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้านสุขภาพ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญ  
ในการสร้างความเข้มแข็ง หรือการสร้างพลังให้แก่ชุมชน

5.4 การปรับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในการให้บริการ นอกจากจะเป็น  
การให้บริการเชิงรับ คือการรักษาพยาบาลแล้ว ต้องปรับบทบาทหน้าที่ในเชิงรุกควบคู่กันไปด้วย  
ทั้งในสถานบริการ (รพ.สต.) และในชุมชน

5.5 การพัฒนาคนให้มีทักษะชีวิตให้มีความสามารถในการปรับตัวการเผชิญกับ  
สิ่งท้าทายในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องทั้งในด้านการสื่อสาร การมี  
สัมพันธภาพ ความตระหนัก มีความเห็นใจผู้อื่น มีความภูมิใจในตนเอง มีการแก้ปัญหาการจัดการ  
กับอารมณ์และความเครียด ซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันปัญหาต่าง ๆ ที่มีสิ่งยั่วยุให้เสียทั้งสุขภาพกาย  
สุขภาพจิต

ประเด็นการพิจารณาเพื่อการดูแลและจัดการสุขภาพตามกลุ่มอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

1. วัยเด็ก

1.1 อายุ 0-1 ปี

1.1.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 0-6 เดือน และควบคู่กับอาหารเสริมอื่น  
ตามวัยจนอายุครบ 2 ปี

1.1.2 ตรวจ/ประเมิน คัดกรองความเสี่ยงในเด็กแรกเกิด ประเมินพัฒนาการเด็ก  
ตามคู่มือกรมอนามัย

1.1.3 เสริมสร้างการพัฒนาด้านสติปัญญา (หนังสือเล่มแรกของหนู)

1.2 อายุ 1-3 ปี

1.2.1 ตรวจคัดกรอง ค้นหาความผิดปกติและพัฒนาการตามเกณฑ์

1.2.2 ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

1.2.3 ดูแลภาวะโภชนาการ

1.2.4 การได้รับวัคซีน

1.3 อายุ 3-5 ปี

1.3.1 ติดตามผลการได้รับการตรวจคัดกรองค้นหาความผิดปกติและพัฒนาการ  
รับรู้ พัฒนาการตามวัย

1.3.2 ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

1.3.3 ฝึกระวังภาวะโภชนาการ

1.3.4 ติดตามเด็กที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ

1.3.5 ติดตามการรับวัคซีนตามเกณฑ์

1.3.6 เล่นิทาน

1.4 วัยเรียน 6-14 ปี

1.4.1 ความรู้พื้นฐานด้านสุขบัญญัติ (สุขบัญญัติ 10 ประการ)

1.4.2 ให้ความรู้และรณรงค์การสร้างพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

1.4.3 ดูแลสุขภาพช่องปากทันตกรรม ตรวจสอบสุขภาพพื้นฐาน

1.5 วัยรุ่น 15-20 ปี

1.5.1 ความรู้เรื่องสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ที่มีผลมาจากฮอร์โมน

1.5.2 การดูแลตนเองด้านความสะอาดและการป้องกันโรค

1.5.3 การสร้างความเข้มแข็งของวัยรุ่นต่อปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะเพศสัมพันธ์  
ก่อนวัยอันควรที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง การติดเชื้อ HIV

1.6 สตรี

1.6.1 สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 14-44 ปี

1.6.2 ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรค

1.6.3 ความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการสมรส การวางแผนครอบครัว  
การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์

1.6.4 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญของสตรี

1.6.5 การได้รับวัคซีนตามวัย

1.7 สตรีวัยทอง อายุ 45-59 ปี

1.7.1 ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรค

1.7.2 ความรู้และแนวปฏิบัติตนเองกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันมีผลมา

จากระดับฮอร์โมน

1.7.3 ความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจาก โรคมะเร็งที่เป็นปัญหา  
ของสตรี

1.8 บุรุษวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี

1.8.1 ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรค

1.8.2 การวางแผนครอบครัว การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.8.3 บทบาทชายกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว

1.9 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.9.1 ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคตามวัย

1.9.2 ปัญหาสุขภาพที่มักเกิดจากอุบัติเหตุ สุขภาพจิต

1.9.3 Home health care/home visit/home ward

1.9.4 ตรวจคัดกรองตามเกณฑ์ของ สปสช.

1.9.5 การติดตาม และจัดการ ในกรณีและผู้สูงอายุมีปัญหาที่เกิดจากการดูแล

สนับสนุน จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

## 20. ภารกิจตามประเด็น

20.1 ด้านการควบคุมและป้องกันโรค

20.2 ด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

20.3 ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ

20.4 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

20.5 ด้านการจัดบริการงานสุขภาพจิตชุมชน

20.6 ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

20.7 ด้านการจัดบริการวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข  
ที่อยู่ในระดับพื้นที่ อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของ  
ประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ในลักษณะ  
ผสมผสาน (Integrated) ในการให้บริการ ซึ่งการดำเนินงานที่จะทำให้อโยบายโรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลประสบความสำเร็จนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยทั้งด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ  
เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป



## แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

รัฐบาลภายใต้การนำของ ฯพณ ฯ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบาย ด้านสาธารณสุขต่อสภาผู้แทนราษฎร ในข้อ 3.3.3 คือปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐานยกระดับสถานีอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพ อย่างเพียงพอทั่วถึงมีทางเลือกที่หลากหลายรูปแบบและครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเพื่อตอบสนอง ต่อการแก้ปัญหาและนโยบายของรัฐดังกล่าวต่อเนื่อง โดยการปรับ โภมการบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิของประเทศไทยให้เปลี่ยนจากบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยจัดทำ “แผนการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพ.ศ. 2552-2555” ขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อน การดำเนินการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและได้ดำเนินการระยะแรกที่เป้าหมายสถานี อนามัยจำนวน 1,001 แห่งในการปรับ โภมการบริการนี้สถานีอนามัยจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง ทั้งด้านกายภาพรูปแบบบริการ (สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล. 2552 : 12)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีพื้นที่ รับผิดชอบในระดับตำบลเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคในระดับบุคคลครอบครัวและ ชุมชนพร้อมกันมีความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น โดยเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์และสามารถส่งต่อ ผู้ป่วยไปรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง”

### 1. ลักษณะที่สำคัญ

- 1.1 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) ในระดับตำบลและมีเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยและหน่วยบริการสุขภาพอื่นในตำบลข้างเคียง
- 1.2 เน้นการให้บริการแบบเชิงรุกที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทความพร้อม และศักยภาพของชุมชน
- 1.3 บุคลากรที่มีความรู้และทักษะแบบสหวิชาชีพ (Skill mix) ทำงานเป็นหมู่คณะ (Teamwork)
- 1.4 มีการให้บริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นที่สูงกว่า โดยสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

1.5 มีการปฏิรูปการบริหารจัดการ (3/4 ประสาน) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคราชการภาคเอกชนและทุกภาคส่วน

## 2. แนวทางปฏิบัติ รพ.สต.

2.1 โครงสร้างพื้นฐานที่ควรปรับปรุง ได้แก่อาคารตรวจรักษาเตียงฝ้าสังเกตอาการระบบการสื่อสารกับรพ.แม่ข่าย (Appropriate IT) ครุภัณฑ์อุปกรณ์ตามมาตรฐานพาหนะเยี่ยมบ้านส่งต่อ

2.2 ขอบเขตบริการ ได้แก่รักษาพยาบาลที่มีคุณภาพให้คำปรึกษาส่งต่อรวดเร็วครบวงจรคัดกรองผู้ป่วยเรื้อรังเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพบุคคลในครอบครัวเครือข่าย อสม. ตรวจกระตุ้นพัฒนาการ ในเด็กวัยซนผู้สูงอายุหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับธาตุเหล็กและโพลีคิกกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายบุคคลและชุมชนชมรมผู้สูงอายุชมรมอาหารปลอดภัยคนไทยไร้พุง

2.3 บุคลากร ได้แก่การปรับย้ายกำลังคน (โยกย้ายภายใน/ชดเชยกำลังคน) สรรหาบุคลากรใหม่ตำแหน่งข้าราชการระบบจ้างงานใหม่ (ระเบียบใหม่, สิทธิประโยชน์, สัญญาจ้าง) เพิ่มศักยภาพของบุคลากร (อบรม, ศึกษาต่อ, ผลิตใหม่) ผลิตเพิ่ม (ทำแผนระยะกลาง) อสม./ลูกจ้าง

2.4 การเงินการคลัง ได้แก่งบประมาณ/เตรียมความพร้อม 200,000 บาท/แห่ง (เฉพาะเป้าหมายปี พ.ศ. 2552) งบ Stimulus Package 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 (สิ่งก่อสร้าง, ครุภัณฑ์) งบลงทุนของเขต/จังหวัดงบเพิ่มเติมจาก CUP/สจ. งบ PP area base ที่อยู่ในระดับเขตและจังหวัดกองทุนสร้างเสริมสุขภาพตำบลบอปท. และงบอื่น ๆ

2.5 บริหารจัดการ/การมีส่วนร่วม ได้แก่คณะกรรมการบริหารรพ.สต. (3/4 ประสาน) กระบวนการประชาคมในการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่

2.6 ระบบสนับสนุนที่ต้องการ ได้แก่ระบบข้อมูลสุขภาพ (Health information system) ระบบการปรึกษาทางไกล (Real time consultation) ระบบการส่งต่อ (Referral System) การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่มีคุณภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่ายการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและ อปท.

2.7 มาตรฐานขั้นต่ำของรพ.สต. (ยังไม่มีเกณฑ์ประเมินด้านคุณภาพของกระทรวง) ได้แก่ การบริหารงาน โดยคณะกรรมการข้อมูลครอบครัว (Family Folder) ระบบการรักษาพยาบาลที่มีการปรึกษากับแม่ข่ายระบบส่งต่อเครือข่าย

2.8 ผลที่คาดว่าจะได้รับ ได้แก่ความครอบคลุมของบริการขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นการให้วัคซีนการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของประชาชนดีขึ้น

อัตราการตายและมารดาตายลดลงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในระดับตำบลดีขึ้นลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายลงจำนวนผู้ป่วยข้ามจากตำบลมาโรงพยาบาลอำเภอ/จังหวัดลดลงการนอนโรงพยาบาลจากโรคแทรกซ้อนหรือโรคป้องกันได้ลดลง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นในการดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพมีการบริการอย่างต่อเนื่องสามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลาโดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลที่เลี้ยงหรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลาทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉินก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมโดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชนชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นมีเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนโดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (Home Ward)

## แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

### 1. การประเมินผล

การประเมินเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเพื่อค้นหาคุณค่าของความจริงภายใต้บริบทของสังคมนิยมชาตินิยมของการประเมินจึงมีความละเอียดอ่อนสลับซับซ้อนซึ่งโดยทั่วไปแล้วการประเมินหมายถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินงานขององค์กรอย่างเป็นระบบเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจหาทางเลือกและคำตอบการวางแผนดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (ศิริชัย กาญจนวาสี. 2536 : 32)

การประเมินผลหมายถึงกระบวนการประเมินค่าของความสัมพันธ์ซึ่งกำหนดตามวัตถุประสงค์ของโครงการต่าง ๆ และพยายามที่จะวัดความเพียงพอประสิทธิภาพและการยอมรับโครงการของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งในการประเมินผลโครงการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนิยมแบ่งผลที่เกิดจากการดำเนินโครงการเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. 2549 : 54)

1.1 การประเมินด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้เจตคติการรับรู้และทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นการประเมินผลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรม โดยตรงการประเมินโครงการในระดับนี้ถือว่าการประเมินปัจจัยนำที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนอกจากปัจจัยนำแล้วบางโครงการหรือบางกรณีอาจจำเป็นต้องทำการประเมินการบริหารจัดการปัจจัยเชื้อและการใช้ปัจจัยเสริมในการส่งเสริมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

1.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายการประเมินในระดับนี้อาจจะจัดอยู่ในประเภทการประเมินผลกระทบที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ในแง่การประเมินผลแผนงาน/โครงการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้นถือว่าการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการประเมินประสิทธิผลของแผนงานโครงการ

1.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน เช่นระดับน้ำตาลในปัสสาวะระดับความดันโลหิตน้ำหนักตัว ฯลฯ

1.4 การประเมินการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุขเช่นอัตราป่วยอัตราตายการป่วยซ้ำที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ดังนั้นการประเมินผลการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่าง ๆ สามารถทำการประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ

1.4.1 ประเมินประสิทธิผลของโครงการ หมายถึง การประเมินสัดส่วนระหว่างผลที่เกิดขึ้นจริงในช่วงระยะเวลาที่กำหนดกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผน

1.4.2 การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดจากการดำเนินงานกับปัจจัยนำเข้าทั้งหมดที่ใช้ไปแต่เนื่องจากในหลายกรณีมีความยุ่งยากในการเปลี่ยนค่าของผลและปัจจัยนำเข้าเป็นค่าของเงินการประเมินประสิทธิภาพ โครงการด้านสาธารณสุขจึงนิยมประเมินโครงการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างโครงการด้วยกัน

## 2. ประโยชน์ของการประเมิน

- 2.1 ช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์และมาตรฐานของการดำเนินงานชัดเจนยิ่งขึ้น
- 2.2 ช่วยในการบริหารทรัพยากรให้เป็นไปอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่
- 2.3 ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนงานที่วางไว้
- 2.4 ช่วยแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นหรือทำให้ความเสียหายลดน้อยลง
- 2.5 ช่วยในการควบคุมคุณภาพของการดำเนินงาน
- 2.6 ช่วยสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร
- 2.7 ช่วยตัดสินใจในการบริหารจัดการ (ไชยยศ เรื่องสุวรรณ. 2541 : 21)

## การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีวัตถุประสงค์เป็นการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานในชุมชนเป็นการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนองค์กรชุมชน และประชาชนในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชนของตนเองการติดตามผล และการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานมีการบริหารจัดการที่ดีมีศักยภาพในการให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบอย่างทั่วถึงและเสมอภาคเป็นการส่งเสริมให้เกิดพลังในการพัฒนาโดยเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาแก้ไขปัญหาและเสนอกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางตัวแทนของชุมชนที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้เคียง ตลอดจนการขยายสู่ชุมชนเช่น โรงเรียน โรงงาน วัด เป็นต้น โดยมีตัวชี้วัด หรือเกณฑ์ชี้วัดที่เป็นมาตรฐานจำนวน 3 ด้าน 15 ตัวชี้วัด และมีวิธีการประเมินจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2552 : 13)

### 1. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยุคใหม่ เพื่อคนไทยมีรอยยิ้มตามแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินจำนวน 3 ด้าน 15 ตัวชี้วัด ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2552 : 13)

#### 1.1 ด้านบรรยากาศและสถานที่

1.1.1 ปรับปรุงด้านกายภาพพื้นที่บริการผู้ป่วยนอกให้ดูทันสมัยและผ่อนคลายได้แก่ มีสัญลักษณ์ของโครงการมองเห็นชัดเจน ได้แก่ สัญลักษณ์ธงโปสเตอร์แถบสีตึกเกอร์มีการปรับปรุงทาสีภายนอกและภายในให้ดูสวยงามมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ภายนอกโรงพยาบาลให้ดูสวยงาม

1.1.2 จัดพื้นที่บริการด้านหน้าเช่นห้องตรวจห้องนำมัมพิกผ่อนบริเวณโรงพยาบาลให้สะอาดสวยงามและเป็นระเบียบ

1.1.3 จัดให้มีทีวี/วีดีโอเปิดรายการเกี่ยวกับการรักษา/การป้องกันโรค/การดูแลสุขภาพ



1.1.4 จัดให้มีมุมให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ นิทรรศการ  
โปสเตอร์แผ่นพับ

## 2. ด้านการบริการทางการแพทย์

- 2.1 ลดเวลาการรอคอยที่มีเป้าหมายชัดเจน
- 2.2 มีจิตอาสาให้บริการดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 มีจุดบริการให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน
- 2.4 มีแพทย์ออกให้บริการตรงเวลา
- 2.5 จัดกิจกรรมสมาธิ/พระเทศน์/เล่นดนตรีหรืออื่น ๆ ระหว่างการรอตรวจ

## 3. ด้านบริหารจัดการ

- 3.1 พัฒนาระบบบริการทั้งภาครัฐเอกชนองค์กรท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา  
รพ. โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 3.2 จัดระบบคิวการรอตรวจมีการกำหนดคาดการณ์เวลาอย่างคร่าว ๆ ให้กับ  
ผู้รับบริการทราบ
- 3.3 จัดระบบการส่งต่อ-ส่งกลับและนัดหมายอย่างเป็นรูปธรรม
- 3.4 จัดระบบการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการในแต่ละ  
เครือข่ายโดยใช้ระบบประชามติและภาคประชาชน
- 3.5 ติดตามประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายบริการอย่างต่อเนื่อง
- 3.6 พัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้ระบบตามความเหมาะสมเช่น โรงพยาบาลผ่านระบบ  
ใดระบบหนึ่งเช่นการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation/HA) มาตรฐานหน่วย  
บริการปฐมภูมิ (Primary Care Award/PCA)

## การพัฒนาคุณภาพการบริการ

### 1. ความหมายการบริการ

การบริการ หมายถึง ความพยายามในการใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และ ความ  
กระตือรือร้นของผู้ให้บริการในการน แสนอการบริการให้แก่ผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ จริงใจ  
และให้เกียรติ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความ คาดหวัง รวมทั้งเพื่อสร้างความ  
พึงพอใจสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

คุณภาพงานบริการ หมายถึง ประสิทธิภาพโดยรวมของกระบวนการดำเนินงานตามมาตรฐานและมีความสม่ำเสมอ ในการตอบสนองตามความต้องการจำเป็น และความคาดหวังของผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจให้กับ ผู้รับบริการ เมื่อได้รับการบริการ

ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มาติดต่อกับ สำนักงานกิจการนักศึกษาต่อกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมนั้น ๆ ระดับความพึงพอใจของบุคคลมีความสุข ชอบใจ พอใจ จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลนั้น ได้รับการตอบสนอง

ผู้รับบริการ หมายถึง นักศึกษา ผู้ปกครองหรือบุคลากรอื่น ๆ การพัฒนาคุณภาพ การให้บริการการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเป็นการมุ่งไปสู่การยกระดับคุณภาพการให้บริการ ตามแนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวม (TQM) มีหลักการดังนี้

1. ผู้รับบริการ สำคัญที่สุด (Customer focus) เพราะผู้รับบริการ เป็นเป้าหมาย ที่สำคัญของงานบริการของสำนักงานกิจการนักศึกษา ซึ่งคุณภาพงานบริการอยู่ที่ความสามารถ ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
2. มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision) เป็นการรวมพลังเพื่อการสร้างสรรค์ ให้ผู้รับบริการและผู้บริการ มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนใน การปรับเปลี่ยน ไปสู่เป้าหมายดังกล่าว
3. ทีมงานสัมพันธ์ (Teamwork & empowerment) ทุกคนต้องทำงาน เป็นทีม ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการเสริมพลังด้วยการฝึกอบรม ข้อมูลและ โอกาส เพื่อให้ นำศักยภาพ ของตนมาใช้อย่างเต็มที่
4. มุ่งมั่นกระบวนการ (Process focus) เป็นการปรับปรุง กระบวนการทำงานให้ กระจ่างง่าย ในการปฏิบัติ เป็นการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติงานทำงาน ได้ดีที่สุดใน
5. มีกระบวนการแก้ปัญหา (Problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทาง วิทยาศาสตร์ มาใช้ปรับปรุงกระบวนการ เริ่มด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหา การทดสอบทางเลือก และนำมาปฏิบัติเป็นมาตรฐาน
6. ผู้นำให้การสนับสนุน (Leadership support) ผู้นำมีบทบาทสำคัญใน การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้นำทุกระดับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการเป็นโค้ช
7. พัฒนาไม่หยุดยั้ง (Continuous improvement) มองหา โอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพการบริการ ของสำนักงานกิจการนักศึกษา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นตัวแปรตามกับ ระดับความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ ถ้าสำนักงานกิจการนักศึกษา ได้มีการปรับ ปรุงพัฒนาคุณภาพ การให้บริการให้มีคุณภาพ ด้วยกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการทำงานลดลง

สามารถปฏิบัติงานได้รวดเร็วขึ้น และลดค่าใช้จ่าย เมื่อปฏิบัติแล้วมีประสิทธิภาพจนเกิดเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

## 2. ความหมายของคุณภาพการให้บริการ

กรอนรูส (Gronroos, 1990 : 321) สมิธ และฮุสตัน (Smith and Houston, 1982 : 312 ; cited in Khantanapha, 2000 : 102) พาราซุรามาน และคณะ (Parasuraman et al. 1988 : 124)

ได้อธิบายและให้ความหมายเชิงปฏิบัติการไว้ไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ (Service quality) เป็นความแตกต่างระหว่างความคาดหวัง (Expectation-WHAT THEY WANT) กับการรับรู้ (Perception-WHAT THEY GET)

ลิวอิส และบลูม (Lewis, and Bloom, 1983 : 341) ได้ให้คำนิยามของคุณภาพการให้บริการว่าเป็นสิ่งที่ชี้วัดถึงระดับของการบริการที่ส่งมอบ โดยผู้ให้บริการต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการว่าสอดคล้องกับความต้องการของเขาได้ดีเพียงใด การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ (Delivering service quality) จึงหมายถึง การตอบสนองต่อผู้รับบริการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ

กรอนรูส (Gronroos, 1992 : 17) ได้ให้ความหมาย ของคุณภาพการให้บริการว่า จำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical quality) อันเกี่ยวกับผลลัพธ์ หรือ สิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจากบริการนั้น โดยสามารถที่จะวัดได้เหมือนกับการประเมินได้คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Product quality) ส่วนคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional quality) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการประเมินนั่นเอง

ครอสบี (Crosby, 1979 : 15) กล่าวไว้ว่า คุณภาพการให้บริการหรือ “Service quality” นั้นเป็นแนวคิดที่ถือหลักการการดำเนินงานบริการที่ปราศจากข้อบกพร่อง และตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้บริการ และสามารถที่จะทราบของต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการได้ด้วย

คุณภาพการให้บริการ เป็นมโนทัศน์และปฏิบัติการในการประเมินของผู้รับบริการ โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (Expectation service) กับการบริการที่รับรู้จริง (Perception service) จากผู้ให้บริการ ซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการหรือสร้างการบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการได้คาดหวัง จะส่งผลให้การบริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990 : 42; 1990 : 18;

Fitzsimmons and Fitzsimmons, 2004 : 78 cited in Napaporn Khantanapha, 2000 ; Kotler and Anderson, 1987 : 102) พาราซุรามาน ซีแธมล์ และเบอริรี่ (Parasuraman, Zeithaml and Berry,

1985) ได้ชี้ให้เห็นด้วยว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการให้บริการที่มากกว่าหรือตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของการประเมินหรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นเลิศของการบริการ ในลักษณะของภาพรวม ในมิติของการรับรู้ ผลการศึกษาวิจัยของนักวิชาการกลุ่มนี้ ช่วยให้เห็นว่า การประเมินคุณภาพการให้บริการตามการรับรู้ของผู้บริโภคเป็นไปในรูปแบบของการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อบริการที่คาดหวังและการบริการตามที่รับรู้ว่ามีคุณสมบัติต่างกันเพียงไร ข้อสรุปที่น่าสนใจประการหนึ่งก็คือ การให้บริการที่มีคุณภาพนั้น หมายถึง

การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้บริโภคอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพึงพอใจต่อการบริการ จึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการทำให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (Confirm or disconfirm expectation) ของผู้บริโภคนั่นเอง

ตามแนวคิดของบัซเซลและเกลล์ (Buzzell and Gale. 1977 : 411) คุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจและมีการให้ความสำคัญอย่างมากดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น มีผลงานวิจัยที่ค้นคว้าพฤติกรรมของผู้บริโภคและผลของความคาดหวังของผู้บริโภค ซึ่งพบว่า คุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่ซับซ้อนขึ้น อยู่กับการมองหรือทัศนคติของผู้บริโภคที่เราเรียกกันทั่วไปว่า “ลูกค้า” แนวคิดและคำอธิบายเรื่องคุณภาพการให้บริการที่น่าสนใจเห็นจะได้แก่ มุมมองจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในสาขาความคาดหวังของลูกค้า (Expert in the field of customer expectation) คือ ซีแธมล์ พาราชูรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry. 1990 : 19) ความแนวคิดของนักวิชาการกลุ่มนี้ คุณภาพการให้บริการ เป็นการประเมินของผู้บริโภคเกี่ยวกับความเป็นเลิศหรือความเหนือกว่าของบริการ นักวิชาการทั้งสามท่าน ดังกล่าว นับได้ว่าเป็นหนึ่งในคณะนักวิชาการที่สนใจทำการศึกษารื่องคุณภาพในการให้บริการ และการจัดการคุณภาพในการให้บริการขององค์กรอย่างจริงจังมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 สิ่งที่ ซีแธมล์ พาราชูรามาน และเบอร์รี่ ให้ความสนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการนั้น เป็นการมุ่งตอบคำถามสำคัญ 3 ข้อ ประกอบด้วย (1) คุณภาพในการให้บริการ คือ อะไร (What is service quality?) (2) อะไรคือ สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาคุณภาพในการให้บริการ (What causes service-quality Problems?) และ (3) องค์กรสามารถแก้ปัญหาคุณภาพในการให้บริการที่เกิดได้อย่างไร (What can organizations do to solve these problems?)

นักวิชาการที่กล่าวถึง ความหมาย ของคุณภาพการให้บริการที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ บิทเนอร์และฮับเบิร์ต (Bitner and Hubbert. 1994) ซึ่งเสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นความประทับใจในภาพรวมของลูกค้าผู้รับบริการอันมีต่อความเป็นเลิศขององค์กรและบริการที่องค์กรจัดให้มี ขณะที่ไวท์ และเอเบล (White and Abel. 1995 : 37) ได้ให้นิยามคำดังกล่าวว่าเป็นการวินิจฉัยของผู้รับบริการเกี่ยวกับความสามารถในการเต็มเต็มงานการให้บริการ

ของหน่วยงานที่ให้บริการ บริการเช่นว่านี้ ไวท์และเอเบล เสนอแนวคิดที่แตกต่างไปจากสินค้า (Goods) กล่าวคือ สินค้าเป็นสิ่งที่จับต้องได้ มีความคงทนสูง และโดยทั่วไปผลิตขึ้นภายใต้และผลิตเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่แน่นอนอันหนึ่ง ในขณะที่บริการ เป็นเรื่องที่มีความผันแปรมากกว่า สินค้าแม้จะมีลักษณะที่ตอบสนองผู้บริโภคเช่นเดียวกับสินค้าก็ตาม และโดยทั่วไปแล้ว บริการมีคุณลักษณะสำคัญที่จับต้องไม่ได้ มีความหลากหลาย และไม่สามารถแบ่งแยกได้จากการผลิตและการบริโภค (Inseparability of production and consumption) ประเด็นที่น่าสนใจ คือ คุณภาพการให้บริการเป็นการพิจารณาจากเรื่องใด

ชเมนนอร์ (Schmenner, 1995 : 111) ได้กล่าวถึง คุณภาพการให้บริการไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ ได้มาจากการรับรู้ที่ได้รับจริงลบด้วยความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากบริการนั้น หากการรับรู้ในบริการที่ได้รับมีน้อยกว่าความคาดหวัง ก็จะทำให้ผู้รับบริการมองคุณภาพการให้บริการนั้นติดลบ หรือรับรู้ว่าการบริการนั้นไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ตรงกันข้าม หากผู้รับบริการรับรู้ว่าการบริการที่ได้รับจริงนั้นมากกว่าสิ่งที่เขาคาดหวัง คุณภาพการให้บริการ ก็จะเป็นบวก หรือมีคุณภาพในการบริการนั่นเอง ในประเด็นเดียวกันนี้ เลิฟล็อก (Lovelock, 1996) มองคุณภาพการให้บริการว่ามีความหมายอย่างกว้าง ๆ เป็นแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องของสินค้าหรือบริการที่ลูกค้าที่มีศักยภาพในการซื้อหา สามารถและอาจจะทำการประเมินก่อนที่จะเลือกบริโภคสินค้าหรือบริการนั้น

ซีนลดีน (Zineldin, 1990 : 351) เสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ในด้านของคุณภาพภายหลังจากที่เขาได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการนั้น ๆ และมีความต้องการที่จะใช้บริการนั้น รวมทั้งการที่เขาได้ทำการประเมินและเลือกที่จะใช้บริการ

วิชเชอร์ และคอร์เนย์ (Wisher and Corney, 2001 : 321) กล่าวว่า คุณภาพการให้บริการ มีแนวการศึกษาที่สำคัญคือการวิเคราะห์ที่เรียกว่า SERVQUAL ทั้งนี้ นักวิชาการทั้งสองท่านเสนอว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการตัดสินใจวินิจฉัยเกี่ยวกับความเลิศของบริการ (Superiority of the Service)

ในทัศนะของนักวิชาการไทย เช่น วีรพงษ์ เกลิมจิรรัตน์ (2539 : 14-15) คุณภาพการให้บริการ คือ ความสอดคล้องกันของความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการ หรือระดับของความสามารถในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอันทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่เขาได้รับ ส่วนสมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550 : 66) เสนอความเห็นไว้ว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นทัศนคติที่ผู้รับบริการสะสมข้อมูลความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับจากบริการ ซึ่งหากอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Tolerance zone) ผู้รับบริการก็จะมีความ



พึงพอใจในการให้บริการ ซึ่งจะมีระดับแตกต่างกันออกไปตามความคาดหวังของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจนี้เอง เป็นผลมาจากการประเมินผลที่ได้รับจากบริการนั้น ณ ขณะเวลาหนึ่ง

กล่าวอย่างสรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ (Service quality) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของธุรกิจให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะสร้างความแตกต่างของธุรกิจให้เหนือกว่าคู่แข่งได้ การเสนอคุณภาพการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่จะต้องกระทำ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าได้รับสิ่งที่ต้องการ เมื่อผู้รับบริการมีความต้องการ ณ สถานที่ที่ผู้รับบริการต้องการ และในรูปแบบที่ต้องการ

## 2. ทฤษฎีของคุณภาพการให้บริการ

ในแง่แนวคิดทางวิชาการ แนวคิดพื้นฐาน (Basic Concept) ในเรื่องคุณภาพการให้บริการประกอบไปด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ แนวคิดความพึงพอใจของลูกค้า (Customer satisfaction) คุณภาพการให้บริการ (Service quality) และคุณค่าของลูกค้า (Customer value) (Cronin, and Taylor. 1992 ; Oliver. 1993 ; Zeithaml, Parasuraman, and Berry. 1985) ตามแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ความพึงพอใจของลูกค้าต่อบริการ เป็นพฤติกรรมเชิงจิตวิทยาที่บุคคลมีต่อบริการที่ได้รับหรือเกิดขึ้น (Oliver. 1993 : 79) ส่วนแนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการ เป็นแนวคิดที่ได้รับการเสนอไว้โดย โครนินและเทเลอร์ (Cronin and Taylor. 1992 : 47) ในทัศนะของนักวิชาการทั้งสองท่าน ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้รับบริการ ได้รับบริการ กับความคาดหวังที่ผู้รับบริการนั้นมีในช่วงเวลาที่มารับบริการ และเป็นสิ่งที่จะช่วยให้สามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้ ส่วนคุณภาพการให้บริการในมุมมองเชิงการตลาด คอร์ดับเบิลสกี รัสท์ และซาร์ฮอริก (Cordupleski, Rust, and Zahorik. 1993) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าคุณภาพการให้บริการ เป็นส่วนขยายของบริการ กระบวนการบริการ และองค์การที่ให้บริการ ที่สามารถตอบสนองหรือทำให้เกิดความพึงพอใจในความคาดหวังของบุคคล แนวคิดพื้นฐานที่มองคุณภาพการให้บริการผ่านกรอบการมองด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการนี้ ได้รับการสนับสนุนจากนักวิชาการอีกท่านหนึ่งคือบิทเนอร์ (Bitner. 1992) ซึ่งอธิบายจากผลงานวิจัยที่ได้เคยทำการศึกษาไว้ว่า คุณภาพการให้บริการสามารถวัดได้ผ่านความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

โดยประการที่ได้กล่าวมาข้างต้น ก่อให้เกิดกรอบการพิจารณาตัวแบบการศึกษา

คุณภาพการให้บริการจากแนวคิดพื้นฐาน 3 แนวคิดดังกล่าวได้ในสองนัยยะ กล่าวคือ นัยยะแรก คุณภาพการให้บริการสามารถพิจารณาได้จากทั้งสามองค์ประกอบ หรืออย่างน้อย 2 องค์ประกอบรวมกัน และนัยยะที่สอง คุณภาพการให้บริการ พิจารณาได้จากตัวชี้วัดซึ่งพัฒนาจากแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งเป็นหลัก เช่น แนวคิดพื้นฐานเรื่องคุณภาพการให้บริการ (Service quality) ซึ่งจากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้เขียน พบว่า นักวิจัยส่วนใหญ่มักให้ความสนใจทำการศึกษาคคุณภาพการให้บริการจากแนวคิดพื้นฐานสองแนวคิดหลัก คือ แนวคิดความพึงพอใจของลูกค้า และแนวคิดคุณภาพการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแนวคิดแรกมุ่งวัดความพึงพอใจในมิติต่าง ๆ ส่วนแนวคิดที่สอง วัดคุณภาพการให้บริการตามตัวแบบ SERVQUAL ที่เสนอโดยซีแทมส์ พาราชูรามานและคณะ คำถามที่มักเกิดขึ้นต่อมาก็ คือ เราจะใช้การวัดความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้รับบริการที่มีต่อการบริการ หรือจะวัดจากคุณภาพการให้บริการ จึงสามารถตอบได้ในเบื้องต้น คำตอบก็คือเราจะวัดโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่สำคัญคือ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการวัด โดยเฉพาะในประเด็นความต้องการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินไปใช้ประโยชน์นั่นเอง เพียงแต่แนวคิดทฤษฎีและข้อสรุปทั่วไปจากการวิจัยเท่าที่ปรากฏ จะรองรับและยอมรับวิธีการวัดคุณภาพการให้บริการ ในกรอบการมองเรื่องคุณภาพการให้บริการมากกว่ากรอบการมองด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ

### 3. เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการให้บริการ

เนื่องจากคุณภาพเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนและมีองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายอย่าง ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง อันส่งผลให้การมองคุณภาพจำเป็นต้องทำการมองจากหลายด้าน ดังที่ สมวงศ์ พงศ์สถาพร (2550 : 50) อธิบายให้เห็นว่า คุณภาพการให้บริการ โดยพื้นฐานแล้วนับเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากธรรมชาติความไม่แน่นอนของงานบริการที่จับต้องไม่ได้และคาดหมายลำบาก จึงได้มีการพยายามจากนักวิชาการมาโดยต่อเนื่องในการพยายามค้นหาแนวทางการประเมินหรือวัดคุณภาพการให้บริการที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการปฏิบัติและสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างเด่นชัดที่สุด

กรอนรูส (Gronroos, 1990 : 61) ได้เสนอแนวคิดไว้ว่า คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional quality) เป็นภาพแห่งมิติของคุณภาพที่ส่งผลกระทบต่อถึงทั้งความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการ และคุณภาพการให้บริการจะมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับของ คุณภาพเชิงเทคนิค และคุณภาพเชิงหน้าที่นั่นเอง ทั้งนี้ กรอนรูส ได้กล่าวถึงเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการบริการว่าสามารถสร้างให้เกิดขึ้น ได้ตามหลัก 6 ประการ กล่าวคือ

1. การเป็นมืออาชีพและการมีทักษะของผู้ให้บริการ (Professionalism and skill)  
เป็นการพิจารณาว่า ผู้รับบริการสามารถรับรู้ได้จากการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะในงานบริการ ซึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีระบบและแบบแผน

2. ทักษะและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Attitude and behavior) ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกได้จากการที่ผู้ให้บริการสนใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน

3. การเข้าพบได้อย่างง่ายและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (Accessibility and flexibility) ผู้รับบริการจะพิจารณาจากสถานที่ตั้งไว้ให้บริการ และเวลาที่ได้รับการจากผู้ให้บริการ รวมถึงระบบการบริการที่จัดเตรียมไว้เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ

4. ความไว้วางใจและความเชื่อถือได้ (Reliability and trustworthiness) ผู้รับบริการจะทำการพิจารณาหลังจากที่ได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการให้บริการของผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามที่ได้รับตกลงกัน

5. การแก้ไขสถานการณ์ให้กับสู่ภาวะปกติ (Recovery) พิจารณาจากการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าเกิดขึ้นหรือเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติ และผู้ให้บริการสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้ทันที่ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งทำให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ

6. ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (reputation and credibility) ผู้รับบริการจะเชื่อถือในชื่อเสียงของผู้ให้บริการจากการที่ผู้ให้บริการดำเนินการด้วยดีมาตลอดคำอธิบายและผลงานของการศึกษาเรื่องคุณภาพการให้บริการของกรอนรูส (Gronroos, 1982 : 984) ตามที่ได้กล่าวมานั้น นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาคุณภาพที่เน้นหนักในเชิงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง ผลงานที่สำคัญอันเป็นแนวคิดของกรอนรูส คือ ข้อเสนอในเชิงแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่เขาเรียกว่า “คุณภาพการให้บริการที่ลูกค้ารับรู้ (Perceived Service Quality-PSQ)” และ “คุณภาพการให้บริการที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด (Total Perceived Quality-TPQ)” ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภค และผลกระทบที่เกิดจากความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการเกี่ยวกับคุณภาพของการให้บริการ ที่มีต่อการประเมินคุณภาพของบริการภายหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว (ปรับปรุงจาก ธีรภักดิ์ นวรัตน์ ณ อยุธยา, 2547 : 182)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 กรอนรูส (Gronroos, 1990 : 40-42) ได้อธิบาย แนวคิดในเรื่องคุณภาพที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด ว่าเป็นคุณภาพการให้บริการที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการรับรู้ โดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. คุณภาพที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการคาดหวัง (expected quality) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การสื่อสารทางการตลาด (Marketing communication) ภาพลักษณ์ขององค์กร (Corporate image) การสื่อสารแบบปากต่อปาก (Word-of-mouth communication) และความต้องการของลูกค้า (Customer needs)

2. คุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ในการใช้บริการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Experiences quality) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย ภาพลักษณ์ขององค์กร (Corporate image) คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical quality) และคุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional quality) ทศนะเรื่องคุณภาพการให้บริการของกรอนรูส ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ลูกค้าที่รับบริการมักจะทำการประเมินคุณภาพของการให้บริการ โดยการเปรียบเทียบคุณภาพที่คาดหวังกับคุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ของการใช้บริการว่าคุณภาพทั้งสองด้านนั้น สอดคล้องกันหรือไม่ หรือ มีความแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาร่วมกันแล้ว จะกลายเป็นคุณภาพที่ลูกค้ารับรู้ทั้งหมด (Total Perceived Quality-TPQ) และทำการสรุปผลขั้นสุดท้ายเป็นคุณภาพที่รับรู้ได้ (Perceived Service Quality-PSQ) นั่นเอง ซึ่งหากผลจากการเปรียบเทียบ พบว่า คุณภาพที่เกิดจากประสบการณ์ไม่เป็นไปหรือไม่สอดคล้องกับคุณภาพที่คาดหวังจะทำให้มีการรับรู้ของลูกค้าที่ดีหรือไม่คืออย่างไร

ส่วนนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้ให้ความสนใจทำการศึกษาค้นคว้าเพื่อใช้ชี้วัดคุณภาพการให้บริการ และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายก็คือ พาราซุรามาน และคณะ ในผลงานการวิจัยเชิงสำรวจและบทความตีพิมพ์เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ ได้แก่ ผลงานเมื่อปี ค.ศ.1985, 1988 และ 1990 ซึ่งได้ต่อยอดจากผลงานความคิดของกรอนรูส (Gronroos, 1982 : 1984) และได้รับการพัฒนามาเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานเรื่องการศึกษาคุณภาพการให้บริการ

บัซเซลและเกลด์ (Buzzle and Gale, 1985 : 194 ; อ้างถึงใน อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ, 2542 : 2-3) ได้กล่าวถึง เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพการให้บริการไว้ดังนี้

1. คุณภาพการให้บริการ จะถูกกำหนดโดยลูกค้าหรือผู้รับบริการ ลูกค้าหรือผู้รับบริการจะเป็นผู้พิจารณาว่าอะไรที่เรียกว่าคุณภาพ โดยไม่ได้ใส่ใจว่ากระบวนการทำให้การบริการเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร อย่งไรก็ดี ลูกค้าหรือผู้รับบริการแต่ละคนย่อมมีมุมมองในเรื่องคุณภาพที่อาจแตกต่างกันไปบ้าง

2. คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องค้นหาอยู่ตลอดเวลาไม่มีจุดสิ้นสุด โดยที่เราไม่สามารถกำหนดคุณภาพการให้บริการให้เป็นไปโดยเฉพาะเจาะจง หรือเป็นสูตรสำเร็จตายตัวได้ การให้บริการที่ดีมีคุณภาพจึงต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งในช่วงเวลาที่กิจการดำเนินไปได้ด้วยดีหรือไม่ดีก็ตาม

3. คุณภาพการให้บริการ จะเกิดขึ้น ได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงานในส่วนใด การควบคุมคุณภาพของการปฏิบัติงานของแต่ละคนเป็นเรื่อง

ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการให้บริการที่มีคุณภาพได้ สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องได้รับ คือ การปลุกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อการให้บริการ และการนำเสนอบริการที่มีคุณภาพอยู่เสมอ ทั้งต่อเพื่อนร่วมงานและลูกค้าหรือผู้รับบริการ

4. คุณภาพการให้บริการ การบริหารการบริการ และการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ ในการนำเสนอการให้บริการที่มีคุณภาพนั้น ผู้ปฏิบัติงานให้บริการจะต้องมีความรู้และเข้าใจคำติชมผลงาน ซึ่งให้การนี้ ผู้บริการจะต้องเอาใจใส่ต่อการบริหารจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานบริการด้วยความจริงใจและสร้างสรรค์ ภายใต้ความมุ่งมั่นที่จะให้บริการที่ออกมามีคุณภาพดี

5. คุณภาพการให้บริการ จะต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นธรรม

6. คุณภาพการให้บริการจะดีเพียงนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของการบริการภายในองค์กรที่เน้นความเป็นธรรมและคุณค่าของคน โดยองค์กรที่ให้บริการที่สามารถปฏิบัติต่อกู้ค้าและบุคลากรขององค์กร ได้อย่างเท่าเทียมกัน ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการอย่างแท้จริง

7. คุณภาพการให้บริการ ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการให้บริการ แม้ว่าคุณภาพการให้บริการจะไม่สามารถหรือยากที่จะกำหนดตายตัวลงไป แต่การวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมของการบริการไว้ล่วงหน้า รวมทั้งการเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ย่อมก่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพที่ดี

8. คุณภาพการให้บริการ หมายถึงการรักษาคำมั่นสัญญาว่าองค์กรจะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการ ได้อย่างที่เป็น ไปตามความคาดหวัง และเป็นไปตามเงื่อนไขที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ นอกเหนือจากที่กล่าวไปแล้ว สตีฟและคูก (Steve and Cook, 1995 : 53) ยังชี้ให้เห็นด้วยว่า การเลือกใช้บริการของผู้รับบริการ โดยส่วนใหญ่ นอกจากจะคำนึงถึงภาพลักษณ์ขององค์กรและความต้องการส่วนบุคคลแล้ว คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการยังสามารถพิจารณาได้จากเกณฑ์ 9 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการ ได้ทันทีตามความต้องการของผู้ให้บริการ
2. ความสะดวกของทำเล ที่ตั้งในการเข้ารับบริการ
3. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจของการให้บริการ
4. การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการแต่ละคน
5. ราคาค่าบริการที่เหมาะสมกับลักษณะของงานบริการ
6. คุณภาพการให้บริการทั้งในระหว่างเข้ารับบริการและภายหลังการเข้ารับ



7. ชื่อเสียงของบริการที่ได้รับรวมถึงการยกย่องชมเชยในบริการ
8. ความปลอดภัยในการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ
9. ความรวดเร็วในการให้บริการ

นักวิชาการที่ได้กล่าวถึง หลักการพิจารณาคุณภาพการให้บริการยัง ได้แก่ เคอร์ซและโคลว์ (Krutz and Clow, 1998 : 374) ซึ่งได้เสนอ หลักพิจารณา 3 ประการ ประกอบด้วย (1) คุณภาพการให้บริการ เป็นสิ่งที่ลูกค้าประเมินได้ยากกว่าคุณภาพของสินค้า (2) คุณภาพการให้บริการนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของลูกค้าเกี่ยวกับผลผลิตของการให้บริการ และจะประเมินจากกระบวนการที่บริการนั้นเกิดขึ้น และ (3) คุณภาพการให้บริการเกิดจากการเปรียบเทียบสิ่งที่ลูกค้าได้คาดหวังไว้ กับระดับของการบริการที่ได้รับจริง

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการนั้น เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและหลากหลายในแง่มุมของการพิจารณา แต่กระนั้น เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งผู้บริหารขององค์กรพึงให้ความสำคัญและทุ่มเทความสนใจ องค์กรที่ต้องการความสำเร็จของการประกอบการไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน จึงต้องให้ความสนใจต่อประเด็นเรื่องคุณภาพการให้บริการที่พิจารณาหรือทำความเข้าใจจากความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการให้ได้เช่นนี้

#### 4. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

คุณภาพ สามารถพิจารณาได้จากหลายมุมมอง และสาขาความรู้ หลากลักษณะทาง เศรษฐกิจ สังคม การตลาด จิตวิทยาและการวิจัยการดำเนินการ (Khantanapha, 2000 : 8) โดยจาก มุมมองของบอร์น (Born, 1994 : 321) คุณภาพเป็นเรื่องทางเทคนิคที่ปัจจุบันได้รับความสำคัญอย่างยิ่งจากผู้บริหารระดับสูง (Top management agenda) และเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานของการสร้างสมรรถนะการจัดการและการแข่งขันให้กับองค์กร และได้รับความสนใจอย่างเห็นได้ชัด ในช่วงหลายคริสต์ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ในมุมมองเชิงปรัชญา (Philosophical View) คุณภาพเป็นคุณลักษณะแห่งความคิดและบรรดาถ้อยแถลงที่เชื่อมั่นว่าจะก่อให้เกิดผลดังที่คาดไว้ (Pirsig, 1974 : 8) ความเป็นนามธรรมของคุณภาพนี้ ทำให้เรายากที่จะให้คำนิยามความหมายของคุณภาพได้ เนื่องจากคุณภาพมักเป็นคำที่จะต้องพิจารณาในเชิงสัมพันธ์กับตัวของมันเอง

นักวิชาการที่มีชื่อเสียงซึ่งได้ให้ความหมายของคุณภาพที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายได้แก่ โจเซฟ จูแรน (Joseph Juran) ปรมจารย์ด้านการบริหารงานคุณภาพ ผู้เสนอแนวคิดระบบการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management-TQM)



อดีตศาสตราจารย์แห่งสถาบันเทคโนโลยีแห่งแมสซาชูเซตส์ (MIT) ได้เสนอไว้ว่า คุณภาพก็คือ ความเหมาะสมพอดีในการใช้และเป็นส่วนขยายในความสำเร็จของผลิตภัณฑ์ (สินค้าหรือบริการ) ในการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการใช้งานตลอดระยะเวลาที่ใช้สินค้าหรือบริการนั้น ส่วนครอสบี (Crosby, 1982 : 31) ให้ความหมายอย่างกระชับไว้ว่า เป็นการตอบสนอง ต่อความต้องการ (Conformance to requirement) ในขณะที่ซีแซมล์ พาราสุรามาน และเบอร์รี่ (Zeithaml, Parasuraman, and Berry, 1990 : 41) เสนอว่า คุณภาพเป็นสิ่งที่เกิดจากความคาดหวัง ของลูกค้าหรือผู้รับบริการที่มีต่อบริการนั้น กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพก็คือ ผลิตภัณฑ์บริการ ที่ดีที่สุด โดยมีคุณค่าและมีความเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ซึ่งเกิดจาก การเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ในการให้บริการ/ผลิตภัณฑ์ หากผู้รับบริการ ได้รับการบริการเป็นไปตามที่คาดหวัง กล่าวได้ว่า การบริการมีคุณภาพ (Juran and Gryna, 1998 ; Hutchins, 1985 : 165 ; Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990 : 16) คุณภาพจึงเป็น การเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังของลูกค้าในผลิตภัณฑ์ หรือบริการ กับการรับรู้ที่แท้จริงที่มี โดยหากลูกค้า หรือผู้รับบริการเห็นว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสิ่งที่คาดหวัง ก็ถือได้ว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการดังกล่าวมีคุณภาพนั่นเอง และคุณภาพการให้บริการนี้ จากทัศนะของรอสโกทซ์และเดวิส (Ross, Goetsch and Davis, 1997 : 11-13) ก็จัดว่าเป็นกรอบ การมองเรื่องคุณภาพกรอบหนึ่ง พร้อมอธิบายว่า คุณภาพการให้บริการ เป็นการควบคุม เพื่อให้เกิด คุณภาพการให้บริการ อันมีความแตกต่างจากคุณภาพในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้เพราะ วิธีการควบคุมคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากการบริการจะมีการควบคุมหรือ การบริการจัดการน้อย แต่ขณะเดียวกันก็มีความสำคัญมาก กับในทางหนึ่งระดับของคุณภาพที่ได้ จากการบริการ มักไม่สามารถทำการทำนายได้เพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ พฤติกรรม ผู้ให้บริการ (Behavior of the delivery person) ภาพพจน์ ชื่อเสียงขององค์กร (Image of the organization) โดยผู้รับบริการจะเป็นผู้ทำการตรวจสอบ ตั้งแต่กระบวนการการเริ่มให้บริการจนถึง การสิ้นสุดในการให้บริการ โดยการให้บริการจะยิ่งดียิ่งขึ้น ถ้าหากผู้รับบริการทำการประเมิน การให้บริการในขณะนั้น จากที่ได้กล่าวถึงทัศนะของนักวิชาการดังกล่าว การศึกษาคุณภาพ การให้บริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเรื่องหนึ่ง และเป็นมุมมองในเชิงคุณภาพที่สำคัญที่พึงได้รับความสนใจ

##### 5. การวัดคุณภาพการให้บริการ

นักวิชาการบางท่านเสนอความเห็นไว้ว่า ในการวัดคุณภาพการให้บริการนั้นเรามักจะ ใช้วิธีการวัดดัชนีความพึงพอใจ (Customer Satisfaction Index-CSI) ของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

ภายหลังจากที่ได้รับบริการนั้นแล้ว แต่โดยทั่วไป ปัญหาในการวัดคุณภาพการให้บริการนั้น มักจะขึ้นอยู่กับวิธีการวัดเงื่อนไขที่นำมาสู่การสะท้อนคุณภาพการให้บริการ ซึ่งก็คือการตอบสนองหรือเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นจริง หรือที่ได้กล่าวมาแล้วว่าเป็นความพึงพอใจที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่เขาได้รับมานั้น สอดคล้องกับความคาดหวังที่วางไว้ หรือที่ได้รับรู้มา เช่น การให้บริการจากบุคคลโดยตรง (The one-on-one) การให้บริการจากแบบเผชิญหน้า (Face-to-face) และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

แต่อย่างไรก็ตาม การวัดคุณภาพการให้บริการมีองค์ประกอบประการใดบ้างนั้น สามารถพิจารณาได้จากทัศนะของนักวิชาการได้แก่ โคลเลอร์และเพนคอฟสกี (Koehler and Pankowski, 1996 : 184-185) ซึ่งได้ให้หลักการสำคัญในการวัดคุณภาพของสินค้าหรือบริการ โดยจะต้องพิจารณาถึง 4 ประการหลัก ดังนี้

ประการที่ 1 ความคาดหวังของผู้บริการ (Customer expectations) สิ่งสำคัญประการหนึ่งของกระบวนการแห่งคุณภาพ คือ การทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นจริง และสร้างความเบิกบานใจให้แก่ลูกค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งคำถามเพื่อที่จะถามผู้รับบริการจะเป็นการวัดถึงความพึงพอใจจากการบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี ในส่วนของคำถามผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการจะต้องสร้างคำถามในลักษณะที่ว่าทำอย่างไร

ประการที่ 2 ภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) รูปแบบต่าง ๆ ของผู้นำภายในองค์กร ทั้งแบบผู้อำนวยการ ผู้บริหาร ผู้จัดการ และผู้ควบคุม จะแสดงให้เห็นถึงการกระทำที่นำไปสู่ความมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขององค์กร เช่น การจัดแบ่งด้านเวลา การจัดสรรทรัพยากร เป็นต้น

ประการที่ 3 การปรับปรุงขั้นตอน (process improvements) โดยทำการอธิบายถึงวิธีการที่จะทำให้ขั้นตอนต่าง ๆ มีระดับที่ดีเพิ่มขึ้น หากกระบวนการใหม่ในการปรับปรุงขั้นตอนทำการปรับปรุงเครื่องมือเพื่อให้เกิดขั้นตอนใหม่ ๆ เกิดขึ้นและติดตามถึงผลสะท้อนกลับจากขั้นตอนใหม่ ๆ ดังกล่าว

ประการที่ 4 การจัดการกับแหล่งข้อมูลที่สำคัญ (Meaningful data) เริ่มจากการอธิบายถึงการคัดเลือกและจัดแบ่งข้อมูล รวมทั้งทำการวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อความพึงพอใจของลูกค้า โดยทำการสำรวจจากจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) สอบถามทางโทรศัพท์ นัดพบกับลูกค้าเป็นรายบุคคล การสนทนากลุ่มหรือจดหมายร้องเรียน นอกจากนี้ยังหมายถึงการรายงานหรือการศึกษาค้นคว้าพิเศษ (จากรัฐบาล)

สรุปได้ว่า การวัดคุณภาพของสินค้าหรือบริการ จะพิจารณาจากองค์ประกอบ 4 ประการหลักเป็นสำคัญ และถ้าสามารถทำให้ความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จริงจะส่งผลให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือบริการ และนำไปสู่ความมีคุณภาพของการให้บริการเป็นลำดับ

## 6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการ

จากการศึกษาวิจัยและผลงานเขียนของนักวิชาการจำนวนมาก เห็นพ้องกันว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการประกอบไปด้วย

ความคาดหวังกับคุณภาพการให้บริการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ กล่าวอย่างรวบรัดได้ว่าเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการที่เขาจะได้รับ เมื่อเขาไปใช้บริการ จากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน ผู้วิจัยขอประมวลเสนอให้เห็นว่า ความคาดหวังในเรื่องคุณภาพในการให้บริการนี้ มีระดับที่แตกต่างกันออกไป โดยยึดเอาเกณฑ์การพิจารณาความพึงพอใจที่ได้รับจากการบริการ ได้กล่าว คือ ในระดับต้น หากผู้รับบริการไม่พึงพอใจ จะแสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการให้บริการมีน้อย ในระดับที่สอง หากผู้รับบริการมีความพึงพอใจ แสดงว่าคุณภาพในการให้บริการ และในระดับที่สาม หากผู้รับบริการมีความประทับใจ ย่อมแสดงว่าการให้บริการนั้นมีคุณภาพสูงหรือมีคุณภาพในการให้บริการสูง ความคาดหวังเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการนำมาใช้สำหรับการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภค และคุณภาพการให้บริการ ซีแฮมล์ พาราสุรามาน และเบอริรี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry. 1985 : 24) ซึ่งได้เสนอตัวแบบ SERVQUAL เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการที่เขาได้รับ โดยเสนอความเห็นไว้ว่า ความคาดหวังหมายถึง ความปรารถนาหรือความต้องการของผู้บริโภค โดยความคาดหวังของบริการนี้ ไม่ได้แนะนำถึงการคาดการณ์ว่าผู้ให้บริการอาจจะให้บริการอย่างไร แต่เป็นเรื่องที่พิจารณาว่า ผู้ให้บริการควรให้บริการอะไรมากกว่า กล่าวโดยสรุปแล้ว ความคาดหวังของผู้รับบริการ เป็นการแสดงออกถึงความต้องการของผู้รับบริการที่อันที่จะได้รับบริการจากหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ โดยความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ ย่อมมีระดับที่แตกต่างกันไป มากบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความต้องการส่วนบุคคล การได้รับคำบอกเล่า ประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นต้น และความคาดหวังของผู้รับบริการนี้ หากได้รับการตอบสนองหรือได้รับบริการที่ตรงตามคาดหวังแล้ว ก็ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการ ในงานวิจัยหลายชิ้น นอกจากจะศึกษาการรับรู้ในคุณภาพในการให้บริการแล้ว ยังมีการศึกษาความคาดหวังในการให้บริการเพื่อสะท้อนถึงคุณภาพในการให้บริการกันอย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน

ซีแฮมล์ พาราชุรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry) ได้เสนอ มุมมองของการพิจารณาคุณภาพในการให้บริการจากความคาดหวัง (expectation) ของผู้รับบริการ อีกด้วย นักวิชาการกล่าวกันว่า โดยทั่วไปนั้น ความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อบริการหนึ่ง บริการใด ย่อมเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการประกอบกันหรือเป็นตัวกำหนด และปัจจัยเช่นนั้นก็กำหนดความคาดหวังของผู้รับบริการ นอกเหนือไปจากการรับรู้ ซึ่งจะเห็นได้จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอว่า คุณภาพในการให้บริการ เป็นความแตกต่างของบริการที่ได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังนั่นเอง ในประการนี้ ซีแฮมล์ พาราชุรามาน และเบอร์รี่ ได้กำหนดปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (Determiner) ความคาดหวังของผู้รับบริการไว้ 4 ประการ ด้วยกันดังนี้ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry. 1990 : 19)

ประการแรก การบอกแบบปากต่อปาก (Word-of-mouth communication) ความคาดหวังที่เกิดจากการบอกเล่าปากต่อปาก หมายถึง ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าที่รับทราบจากคำแนะนำของเพื่อน หรือญาติสนิทที่เคยไปรับบริการ ในสถานที่แห่งนั้นมาก่อน และพบว่าการให้บริการเป็นอย่างดี อันทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังที่จะได้รับบริการเช่นนั้น

ประการที่สอง ความต้องการส่วนบุคคล (Customer's personal needs) ซึ่งอาจจะ เป็นสิ่งที่ทำให้ระดับความคาดหวังของบุคคลอยู่ในระดับที่ลดลงจากเดิมก็ได้

ประการที่สาม ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) ความคาดหวังอันเกิดจาก ประสบการณ์ในอดีต มีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านการบริการที่เคยได้รับ และมีอิทธิพล ต่อความคาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ประสบการณ์นั้นอาจจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความประทับใจหรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจก็ได้

ประการที่สี่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ (External communication) เป็นความคาดหวังที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารเพื่อโน้มน้าวผู้รับบริการ ซึ่งเป็นทั้งการสื่อสารทางตรงและการสื่อสารทางอ้อม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ เช่น การให้บริการด้วยความจริงใจ ตรงต่อเวลา เป็นต้น

นอกจากนี้ เทนเนอร์และเดอโร (Tenner and Detoro. 1992 : 68-69) ได้เสนอถึงปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในการบริการของผู้รับบริการไว้เช่นกัน ในทัศนะของนักวิชาการ ทั้งสองท่าน ผู้รับบริการ มีความต้องการที่จะให้ความคาดหวังของตนได้รับการตอบสนองหรือ บรรลุผลอย่างครบถ้วน และมีแนวโน้มที่จะยอมรับการให้บริการนั้น โดยทำการเปรียบเทียบกับ ประสบการณ์จริงที่เคยได้รับ ก่อนที่จะชำระค่าบริการเสมอ ซึ่งผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจก็ ต่อเมื่อได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของเขา ดังนั้น ในหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จ ในการให้บริการ จึงจะต้องเป็นหน่วยงานที่สามารถทำนายความคาดหวังของผู้รับบริการ และสร้าง

ความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการประกอบได้ด้วย

1. ลักษณะบริการที่ผู้รับบริการต้องการ
2. ระดับของการปฏิบัติงานหรือการให้บริการที่ผู้รับบริการพึงพอใจ
3. ความสัมพันธ์ของงานบริการที่สำคัญ
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปได้ จากทัศนะของนักวิชาการหลายท่านดังที่ได้หยิบยกมานำเสนอข้างต้น คุณภาพการให้บริการ เป็นเรื่องของการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการให้บริการของผู้ให้บริการ ซึ่งนอกจากจะมีมิติหรือครอบคลุมถึงเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในการให้บริการ การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความเป็นธรรมและอื่น ๆ ซึ่งรวมถึงการรักษาคำมั่นสัญญาขององค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการด้วย และโดยทั่วไปนั้น การรับรู้ในคุณภาพการให้บริการหรือคุณภาพของการบริการ จะผูกพันหรือยึดโยงกับความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อสองสิ่งคือ การรับรู้และความคาดหวังที่มีต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ (Technical quality of outcomes) ซึ่งเป็นเรื่องของผลงานหรือบริการที่ผู้รับบริการได้รับ และคุณภาพของกระบวนการบริการ (Functional quality of process) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ในแต่ละสถานการณ์และพฤติกรรมการบริหารที่ผู้ให้บริการแสดงออกมา

การรับรู้กับคุณภาพการให้บริการ ในเชิงทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม การรับรู้ หมายถึงสามารถอธิบายได้อย่างสั้น ๆ คือ วิธีการที่บุคคลมองโลกที่อยู่รอบ ๆ ตัวของบุคคล ฉะนั้นบุคคล 2 คน อาจมีความคิดต่อตัวกระตุ้นอย่างเดียวกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน แต่บุคคลทั้ง 2 อาจมีวิธีการยอมรับถึงตัวกระตุ้น (Recognize) การเลือกสรร (Select) การประมวล (Organize) และการตีความ (Interpret) เกี่ยวกับตัวกระตุ้นดังกล่าวไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม ยังขึ้นกับพื้นฐานของกระบวนการของบุคคลแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการ ค่านิยม การคาดหวัง และปัจจัยอื่น ๆ ทั้งนี้ มิติของการรับรู้คุณภาพในการให้บริการ (The definition and dimensions of perceived service quality) นักวิชาการเห็นพ้องกันว่าประกอบไปด้วย (1) เวลา หมายถึงเวลาของการตัดสินใจว่าจะใช้บริการเมื่อใดหรือในช่วงใด (2) เหตุผล ในการตัดสินใจใช้บริการนั้น เป็นการตัดสินใจที่ผู้ใช้บริการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับต้นทุนที่ได้ลงไป (3) การบริการ เนื่องจากคุณภาพการให้บริการเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จึงต้องมีการประเมินหรือการวัดคุณภาพการให้บริการจากผู้รับบริการหรือลูกค้า (4) เนื้อหา โดยคุณภาพการให้บริการครอบคลุมถึงความรู้ (Cognitive) ความรู้สึก (Affective) และแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral) ของผู้รับบริการ (5) บริบท (Context) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากบริการหรือปัจจัยสถานการณ์ และ



(6) การรวม (Aggregation) โดยที่พฤติกรรมการใช้บริการนั้น จะได้รับการพิจารณาว่าเป็นเรื่องของ การทำธุรกิจ หรือความต้องการสร้างความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ประสบการณ์การรับบริการกับคุณภาพการให้บริการ ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวกับการรับบริการในทางทฤษฎีแล้วถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลหรือส่งผล หรือเป็นตัวกำหนด ความคาดหวังต่อคุณภาพในการให้บริการของผู้รับบริการเช่นที่ได้กล่าว โดยอาศัยทัศนะ ของซีแทมล์ พาราซูรามาน และเบอร์รี่ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry) อันมีอิทธิพลต่อความ คาดหวังในปัจจุบันของผู้รับบริการ ในทางการตลาด ประสบการณ์ของการเคยรับบริการ นับเป็น ส่วนผสมทางการตลาด (Marketing mix) ของธุรกิจบริการหนึ่งใน 7 องค์ประกอบ (7 P's) ที่นักการตลาดคำนึงถึงในการจัดการทางด้านการตลาดของสินค้าหรือบริการ

## 7. ตัวอย่างคุณภาพการให้บริการของภาครัฐไทย

การจัดบริการสาธารณะหรือบริการส่วนรวมที่หลากหลาย นับได้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ เบื้องต้นของรัฐหรือรัฐบาล (James Anderson. 1989 : 19-22 อ้างถึงใน ทศพร ศิริสัมพันธ์. 2549 : 12) ที่ในแวดวงวิชาการรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ได้มีการถกแถลงกับมาพอควรว่าแท้จริง นั้น บทบาทของการจัดบริการสาธารณะของภาครัฐควรกว้างขวางมากเพียงใด

โดยหลักการแล้ว การบริการสาธารณะย่อมยังประโยชน์แก่สังคมและบุคคลทั่วไป การดำเนินบทบาทสำคัญประการนี้ของหน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ต่อเรื่องของประสิทธิภาพในเชิงการบริหารจัดการ และประสิทธิภาพเช่นว่านี้ ย่อมเป็นองค์ประกอบ สำคัญในการกำหนดทิศทางในภาพรวมของประสิทธิภาพของการจัดการภาครัฐที่มีต่อระบบ การบริหารงานภาครัฐและระบบเศรษฐกิจ การให้บริการของภาครัฐที่มีคุณภาพ จึงเป็นสิ่งที่สะท้อน สมรรถนะของการปฏิบัติงานการให้บริการตอบสนองความต้องการประชาชนที่เป็นลูกค้า ผู้รับบริการของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้รากฐานของการบริหารราชการหรือการบริหารงานภาครัฐ ตามแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management-NPM) ที่ระบบราชการของหลาย ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยรับมาเป็นกระบวนการทัศน์ในการขับเคลื่อนการจัดการระบบงาน ภาครัฐในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ตามแนวคิดนี้ นอกจากแนวทางการปรับปรุงสมรรถภาพและ การยกระดับกำลังการผลิตของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งมีมติอยู่ที่การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development) และมีการใช้ประโยชน์จากภาคเอกชนให้มากขึ้น (OECD. 1991 ; อ้างถึง ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์. 2549 : 41) ซึ่งฮูด (Christopher Hood ; อ้างถึงใน ทศพร ศิริสัมพันธ์. 2549 : 63) ได้เสนอความเห็นไว้ว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่นั้นมีมิติสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ ความสำคัญต่อการให้บริการประชาชน (Public Service Orientation) ที่มุ่งเน้นคุณภาพ



การให้บริการประชาชนที่เป็นลูกค้าผู้มารับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเป็นทั้งปัจเจกชนและผู้ประกอบการที่ต้องติดต่อสัมพันธ์กับหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะนับจากช่วงกลางทศวรรษ พ.ศ. 2540-2550 ที่รัฐบาลหลายสมัยของประเทศไทยต่างได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ บริบทของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในฐานะที่เป็นเรื่องอันคาบเกี่ยวกับบทบาทภารกิจ การให้บริการสาธารณะของหน่วยงานภาครัฐดังที่ได้กล่าวไปข้างแล้ว ประเทศไทยหรือหน่วยงานภาครัฐของไทย ได้นับเอาเครื่องมือทางการจัดการ (Management Tools) อันนับว่าเป็นเครื่องมือสากลเช่น การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) การจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management-TQM) มาใช้ต่อเนื่องและขยายตัวในเชิงปริมาณเป็นลำดับ กระทั่งต่อมาประเทศไทยได้มีการพัฒนาเครื่องมือการจัดการมาใช้ในการบริหารงานภาครัฐของไทยอย่างหลากหลาย อาทิ ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (P.S.O.) รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย (TQA) และการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ก็ได้รับการพัฒนาและผลักดันเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงระบบการบริหารและการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐทั้งราชการส่วนกลาง และราชการส่วนภูมิภาค รวมถึงราชการส่วนท้องถิ่นอย่างแพร่หลาย คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ จัดได้ว่าเป็นเรื่องหรือแนวคิดใหม่ที่หน่วยงานภาครัฐจะต้องดำเนินการตามกรอบและบริบทของการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐของไทย โดยเฉพาะนับแต่ได้มีการรื้อปรับระบบราชการครั้งใหญ่เมื่อปี พ.ศ. 2545 อันเป็นผลมาจากทั้งนโยบายของรัฐบาลในสมัยนั้น (สมัยพันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี) และข้อกำหนดจากบทบัญญัติของกฎหมายหลายฉบับ อาทิ กฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน กฎหมายว่าด้วยการปรับปรุงส่วนราชการ และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นต้น ประกอบกับการนำแนวคิดของการบริหารงานราชการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-based Management) ได้ทำให้หน่วยงานราชการต่างๆ มุ่งกำหนดเป้าประสงค์หลักเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Core Objective) ในการจัดบริการประชาชนทุกระดับเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ อันเป็นไปตามเจตนารมณ์ในการพัฒนาระบบราชการในเชิงการจัดระบบบริหารราชการแผ่นดิน ที่เน้นความมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามบทบัญญัติที่ระบุไว้ในพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

นอกเหนือจากที่ได้กล่าวมา วัฏจักรหนึ่งของการมุ่งพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ (Public Sector Management Quality) ที่ปรากฏในระบบบริหารราชการไทยยุคใหม่ ยังได้แก่ การที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้ดำเนิน โครงการพัฒนาคุณภาพ

การจัดการภาครัฐ ตามหลักเกณฑ์แนวคิดรางวัลคุณภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Malcolm Balbridge National Quality Award-MBNQA) และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย (Thailand Quality Award-TQA) ภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ อันสอดคล้องกับแผนบริหารราชการแผ่นดิน ยุทธศาสตร์ที่ 6 ค. ทิศทางการพัฒนาระบบราชการไทยภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546-2550) และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546

ความสำคัญของเรื่องคุณภาพในการให้บริการ ยังสะท้อนออกมาจากแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546-2550 และแผนการบริหารราชการแผ่นดินฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2548-2551 และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนที่ดีขึ้น ที่นำเสนอและขับเคลื่อนโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ พอสรุปได้ดังนี้

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ตามความในพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ได้มีบทบัญญัติและการดำเนินงานเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ทำการกำหนดวิธีการดำเนินงานตามภารกิจ โดยจำแนกออกได้เป็น 5 กลุ่ม โดยมีเรื่องของการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ จัดอยู่ในกลุ่มภารกิจที่ทุกส่วนราชการจะต้องดำเนินการพร้อมกันในพื้นที่ (ภารกิจกลุ่มที่ 1) ซึ่งให้เริ่มดำเนินการนับแต่ปี พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน และดำเนินการควบคู่ไปกับการบริหารราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน การบริหารราชการอย่างมีประสิทธิภาพ การลดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ การอำนวยความสะดวกในการบริการและการปรับปรุงระบบการให้บริการของส่วนราชการ

ตัวอย่างของมาตรการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้นของหน่วยงานภาครัฐตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 บัญญัติให้ส่วนราชการต้องถือปฏิบัติดังนี้

1. การรับฟังความคิดเห็นและความพึงพอใจของสังคม โดยรวม และประชาชน ผู้รับบริการเพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติกรให้เหมาะสม (มาตรา 7(4))
2. ให้มาตรการกระจายอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการสั่ง การอนุญาต การอนุมัติ การปฏิบัติราชการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและลดขั้นตอนการปฏิบัติราชการ (มาตรา 27)
3. ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการประชาชน หรือส่วนราชการด้วยกัน ให้ส่วนราชการแต่ละแห่งจัดทำแผนภูมิขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการ และเปิดเผยทำให้ประชาชนทราบ (มาตรา 29)

4. เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนให้ส่วนราชการร่วมกันจัดตั้งศูนย์บริการร่วม กระทรวง ศูนย์บริการร่วมจังหวัด ศูนย์บริการร่วมอำเภอ ให้ประชาชนสามารถติดต่อในเรื่องต่าง ๆ ได้ในที่เดียวกัน (มาตรา 30-32)

5. ให้ส่วนราชการทบทวนเพื่อดำเนินการยกเลิก ปรับปรุง กฎหมาย กฎระเบียบ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสะดวก รวดเร็ว และลดภาระของประชาชนเป็นสำคัญ (มาตรา 35-36)

6. ในการบริการประชาชนหรือติดต่อระหว่างส่วนราชการด้วยกัน ให้ส่วนราชการ กำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จของงานและประกาศให้ประชาชนทราบเป็นการทั่วไป พร้อมทั้งจัดให้มี ระบบเครือข่ายสารสนเทศ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย (มาตรา 37)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546 - 2550 และแผนการบริหาร ราชการแผ่นดินฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2548 - 2551 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546 - 2550 และแผนการบริหารราชการแผ่นดินฉบับปัจจุบัน พ.ศ. 2548 - 2551 ได้กำหนด สาระสำคัญให้การพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) ที่สำคัญหนึ่งในลำดับต้น จากบรรดา 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่กำหนดไว้ และในอีกทางหนึ่งนั้น คุณภาพการให้บริการ ยังเป็นกรอบมิติ (มิติที่ 2) ของการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรอง การปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณที่ส่วนราชการจะต้องดำเนินการอีกด้วย โดยตัวอย่าง ของกิจกรรมที่รัฐบาลสมัยที่ผ่านมาได้ริเริ่มและดำเนินการไปแล้ว ในอันที่จะพัฒนาคุณภาพ การให้บริการ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์บริการร่วมในรูปแบบเคาน์เตอร์บริการประชาชน (Government Counter Service-GCS) การลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงานเพื่อประชาชน และ การให้บริการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Service) และเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ ส่วนราชการในการนำเรื่องดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติที่บังเกิดผลสมความมุ่งหมาย รัฐบาลได้จัดให้ มีรางวัล “คุณภาพการให้บริการประชาชน” มอบให้แก่ส่วนราชการที่สามารถดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาของการปฏิบัติงาน ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบ ราชการ นับแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมาจนปัจจุบัน ผลของการดำเนินมาตรการตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546 - 2550) นั้น ได้แก่

#### 1. มาตรการตามยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีการทำงาน

โดยการปรับปรุงขั้นตอนและแนวทางการให้บริการประชาชน โดยให้แต่ละส่วนราชการเสนอแผน ในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติของทางราชการที่ล่าสมัย ไม่มีความจำเป็น หรือ อาจเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการประชาชน โดยเฉพาะการมอบอำนาจ การอนุมัติ อนุญาตและ การสั่งการต่าง ๆ ให้เสร็จสิ้น ณ จุดให้บริการเดียวกัน

## 2. มาตรการตามยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบราชการให้ทันสมัย

2.1 สนับสนุนและส่งเสริมให้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจัดช่องทางให้ประชาชนขอใช้บริการ รับบริการ และดำเนินการธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต หรือศูนย์บริการทางโทรศัพท์ ได้อย่างกว้างขวางภายใต้การวางมาตรฐานด้านฮาร์ดแวร์-ซอฟต์แวร์ และรูปแบบการให้บริการที่กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประสานกำหนด

2.2 ส่งเสริมและกำหนดมาตรฐานการให้บริการของรัฐในระดับสำนักงานที่มีประสิทธิภาพถูกต้องและรวดเร็ว ในรูปแบบของศูนย์บริการอิเล็กทรอนิกส์แบบครบวงจรที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานภาครัฐเช่นเดียวกับการให้บริการรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ทางอินเทอร์เน็ตการรายงานผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี (Annual Performance Agreement Report)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ยังได้กำหนดเรื่องคุณภาพการให้บริการเป็นมิติหนึ่งใน 4 มิติของกรอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งส่วนราชการจะต้องรายงานผลการปฏิบัติงานในรูปแบบของการประเมินตนเอง (Self Assessment Report-SAR) และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี (Annual Performance Agreement Report) โดยกรอบการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งส่วนราชการจะต้องรายงานผลการปฏิบัติงานในรูปแบบของการประเมินตนเอง และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี เป็นหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบและส่วนราชการได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนปัจจุบัน โดยที่คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้กำหนดกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการใน 4 มิติ ดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยขอขยายความมิติของการประเมินผลการปฏิบัติราชการดังต่อไปนี้ (ทศพร ศิริสัมพันธ์. 2549 : 393)

มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์ ส่วนราชการจะต้องแสดงให้เห็นว่าผลงานที่ปฏิบัติ บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณมาดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนที่มาใช้บริการ

มิติที่ 2 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ ส่วนราชการจะต้องแสดงความสามารถในการปฏิบัติราชการ เช่น ลดค่าใช้จ่าย การลดอัตราค่าจ้าง การลดระยะเวลาการให้บริการ และความคุ้มค่าในการใช้เงิน เป็นต้น

มิติที่ 3 ด้านคุณภาพการให้บริการ ส่วนราชการจะต้องแสดงให้เห็นการให้ความสำคัญต่อผู้มารับบริการ การให้บริการที่มีคุณภาพ สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้

มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร ส่วนราชการจะต้องแสดงความสามารถในการเตรียมความพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร เช่น การมอบอำนาจการตัดสินใจ การอนุมัติอนุญาตไปยังระดับปฏิบัติการ การนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในภาคปฏิบัติงาน การพัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นต้น

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนที่ดีขึ้น นับได้ว่าเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้เร่งรัดผลักดันการดำเนินการในช่วงหลายปีที่ผ่านมา นอกเหนือจากการมุ่งพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐตามกรอบแนวคิดที่ได้เสนอไปข้างต้นแล้ว สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2552 : ออนไลน์) เสนอไว้ว่า การให้บริการประชาชนเป็นนโยบายที่ทุกรัฐบาลให้ความสำคัญ และพยายามผลักดันให้มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนให้ดีขึ้นมาโดยตลอด ทั้งนี้เนื่องจากในสังคมประชาธิปไตยนั้นการตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นพันธกิจสำคัญอันดับแรกที่รัฐพึงกระทำ ยิ่งในช่วงปัจจุบันเป็นกระแสการเรียกร้องให้ปรับเปลี่ยนสภาพสังคมให้เข้าสู่ความเป็นประชาธิปไตยที่สมบูรณ์ที่เกิดขึ้นในทุกภูมิภาคของโลกล้วนมุ่งเป้าไปสู่จุดหมายเดียวกัน คือ การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen Centered) ประกอบกับในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและประชาชนได้เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งประชาชนมีการเรียกร้องการบริการที่ดีขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีสมัยใหม่เปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปหรือองค์กรประชาชนเปิดเผยความต้องการของตนให้สังคมได้รับรู้ง่ายขึ้น ประชาชนมีระดับการศึกษาและค่านิยมประชาธิปไตยที่สูงขึ้นทำให้ต้องการภาครัฐที่มีความโปร่งใสและรับผิดชอบในการดำเนินงานมากขึ้น รวมถึงการทำงานที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ากับเงินภาษีของประชาชน และการที่ภาครัฐเองก็ตระหนักดีว่าหากไม่ได้รับความร่วมมือที่ดีจากประชาชนแล้วนโยบายของรัฐก็จะไม่เกิดผลและจะกระทบถึงเสถียรภาพของรัฐบาลในระยะยาวอีกด้วย และด้วยแรงกดดันดังกล่าวจำเป็นที่ภาครัฐต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ซึ่งความต้องการและความคาดหวังดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก จึงจำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพให้สนองความต้องการดังกล่าวแต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ง่ายนัก เนื่องจากความต้องการของประชาชนมีหลากหลายและซับซ้อน ยิ่งไปกว่านั้นการดำเนินการดังกล่าวของภาครัฐต้องได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการต่าง ๆ ในการปรับปรุงการบริการให้มีประสิทธิภาพ



ตัวอย่างของผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการเพื่อให้เป็นไปตามหลักการและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ ในรอบ 4 ปี (พ.ศ. 2546 - 2549) ที่ผ่านมา พบว่า ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนและผลักดันให้ส่วนราชการต่างๆ พัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน โดยกำหนดทิศทางกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546 - 2550) และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 โดยตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546 - 2550) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการได้กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนที่ดีขึ้น ไว้ได้แก่ (1) ประชาชนร้อยละ 80 โดยเฉลี่ยมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานราชการ และ (2) ขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อให้บริการประชาชนลดลงได้มากกว่าร้อยละ 50 โดยเฉลี่ยภายในปี พ.ศ.2550

#### 8. เครื่องมือศึกษาคุณภาพการให้บริการ

ตัวแบบที่ใช้วัดคุณภาพการให้บริการที่ได้รับความนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายนั้น นับว่าได้แก่ผลงานของพาราซูรามาน ซีแฮมล์ และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml and Berry) ซึ่งได้พัฒนาตัวแบบเพื่อใช้สำหรับการประเมินคุณภาพการให้บริการโดยอาศัยการประเมินจากพื้นฐานการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า พร้อมกับได้พยายามหาความหมายของคุณภาพการให้บริการและปัจจัยที่กำหนดคุณภาพการให้บริการที่เหมาะสม ผลงานความคิดและการพัฒนาตัวแบบ SERVQUAL ของซีแฮมล์ พาราซูรามานและคณะ (Zeithaml, Parasuraman, and Berry, 1985 : 1990) มาจากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างคุณภาพการให้บริการ ที่ได้แบ่งระยะของการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการของบริษัทชั้นนำหลายแห่ง และนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบคุณภาพในการให้บริการ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงประจักษ์โดยมุ่งศึกษาที่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะ ใช้รูปแบบคุณภาพในการให้บริการที่ได้จากระยะที่ 1 มาปรับปรุงได้เป็นเครื่องมือที่เรียกว่า SERVQUAL และปรับปรุงเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคุณภาพในการให้บริการตามการรับรู้ และความคาดหวังของผู้รับบริการ ระยะที่ 3 ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เหมือนในระยะเวลาที่ 2 แต่มุ่งขยายผลการวิจัยให้ครอบคลุมองค์การต่างๆ มากขึ้น มีการดำเนินงานหลายขั้นตอน เริ่มต้นด้วยการวิจัยในสำนักงาน 89 แห่ง ของ 5 บริษัทชั้นนำในการบริการ แล้วนำงานมาวิจัยทั้ง 3 ระยะมาศึกษาร่วมกัน โดยการทำสัมมนากลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้บริหารและท้ายสุดได้ทำการวิจัยสำรวจในทุก ๆ กลุ่ม ต่อมาได้ทำการศึกษาอีกครั้งในธุรกิจบริการ 6 ประเภท ได้แก่ งานบริการซ่อมบำรุง งานบริการบัตรเครดิต งานบริการประกัน งานบริการโทรศัพท์ทางไกล



งานบริการธนาคารสาขาย่อย และงานบริการนายหน้าซื้อขาย และระยะที่ 4 เป็นมุ่งศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้บริการ โดยเฉพาะงานวิจัย ของนักวิชาการทั้งสามท่านนี้ นับได้ว่ามีชื่อเสียงและเป็นพื้นฐานแนวคิดของการศึกษาในเรื่องการตลาดบริการ (Service marketing)

ข้อสรุปทั่วไป จากงานวิจัยข้างต้น ซีแธมล์ พาราซุรามานและคณะ (Ziethaml, Parasuraman, and Berry. 1990 : 98) ได้กำหนดมิติที่จะใช้วัดคุณภาพในการให้บริการ (Dimension of service quality) ไว้ 10 ด้าน มีมาตรวัดความพึงพอใจของการบริการรวม 22 คำถามด้วยกัน ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในอุตสาหกรรมบริการ (สมวงศ์ พงศ์สถาพร, 2550: 75) ตัวแปรหลัก 10 ตัวแปร ที่ซีแธมล์ พาราซุรามานและคณะที่ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ชี้วัดคุณภาพการให้บริการ สามารถสรุปได้ในตารางด้านล่าง ก่อนที่จะมีการปรับปรุงให้คงเหลือเพียง 5 ตัวแปรหลักและได้ให้ความหมายของมิติหรือมุมมองของคุณภาพการให้บริการไว้กล่าวคือ

มิติที่ 1 ลักษณะของการบริการ (Appearance) หมายถึง สภาพที่ปรากฏให้เห็นหรือจับต้องได้ในการให้บริการ

มิติที่ 2 ความไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่เป็นไปตามคำมั่นสัญญาได้อย่างตรงไปตรงมาและถูกต้อง

มิติที่ 3 ความกระตือรือร้น (Responsiveness) หมายถึง การที่องค์การที่ให้บริการแสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเต็มที่ทันทีทันใด

มิติที่ 4 สมรรถนะ (Competence) หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

มิติที่ 5 ความมีไมตรีจิต (Courtesy) หมายถึง มีอัธยาศัยนอบน้อม มีไมตรีจิตที่เป็นกันเอง รู้จักให้เกียรติผู้อื่น จริงใจ มีน้ำใจ และมีความเป็นมิตรของผู้ปฏิบัติการให้บริการ

มิติที่ 6 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความสามารถในการด้านการสร้างความเชื่อมั่นด้วยความซื่อตรงและสุจริตของผู้ให้บริการ

มิติที่ 7 ความปลอดภัย (security) หมายถึง สภาพที่บริการปราศจากอันตราย ความเสี่ยงภัยหรือปัญหาต่าง ๆ

มิติที่ 8 การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การติดต่อเข้ารับบริการเป็นไปด้วยความสะดวก ไม่ยุ่งยาก

มิติที่ 9 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อความหมาย

มิติที่ 10 การเข้าใจลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Understanding of customer) ในการค้นหาและทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ รวมทั้งการให้ความสนใจต่อคำตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ต่อมาภายหลัง ตัวแบบและวิธีการประเมินคุณภาพการให้บริการหรือ SERVQUAL ได้รับการนำมาทดสอบซ้ำจากจากโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่มทั้งสิ้น 12 กลุ่ม คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ จำนวน 97 คำตอบ ได้ทำการจับกลุ่มเหลือเพียง 10 กลุ่มที่แสดงถึงคุณภาพการให้บริการ โดยแบบวัด SERVQUAL นี้ได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดถึงความคาดหวังในบริการจากองค์กรหรือหน่วยงาน และส่วนที่ 2 เป็นการวัดการรับรู้ภายหลังจากได้รับบริการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในการแปลคะแนนของแบบวัด SERVQUAL สามารถทำได้โดยการนำคะแนนการรับรู้ในบริการลบกับคะแนนความคาดหวังในบริการ และถ้าผลลัพธ์ของคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ +6 ถึง -6 แสดงว่า องค์กรหรือหน่วยงานดังกล่าวมีคุณภาพการให้บริการในระดับดี ทั้งนี้ นักวิชาการที่ทำการวิจัย ดังกล่าว ได้นำหลักวิชาสถิติเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวัดการรับรู้คุณภาพในการบริการของผู้รับบริการ และได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) และความเที่ยงตรง (validity) พบว่า SERVQUAL สามารถแบ่งมิติได้เป็น 5 มิติหลักและยังคงมีความสัมพันธ์กับมิติของคุณภาพการให้บริการทั้ง 10 ประการ SERVQUAL ที่ทำการปรับปรุงใหม่จะเป็นการยุบรวมบางมิติจากเดิมให้รวมกันภายใต้ชื่อมิติใหม่ SERVQUAL ที่ปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย 5 มิติหลัก (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990 : 28 ; Lovelock, 1996 : 464-466) ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกได้ว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

มิติที่ 2 ความเชื่อถือได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้องเหมาะสม และได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

มิติที่ 3 การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพนุ่มนวล มีกริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน SERVQUAL ได้รับความนิยมในการนำมาใช้เพื่อศึกษาในธุรกิจอุตสาหกรรมบริการอย่างกว้างขวาง ซึ่งองค์กรต้องการทำความเข้าใจต่อการรับรู้ของกลุ่มผู้รับบริการเป้าหมายตามความต้องการ ในบริการที่เขาต้องการ และเป็นเทคนิคที่ให้วิธีการวัดคุณภาพในการให้บริการขององค์กร นอกจากนี้ ยังสามารถประยุกต์ใช้ SERVQUAL สำหรับการทำความเข้าใจกับการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพในการให้บริการ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การพัฒนาการให้บริการประสบผลสำเร็จ

## 9. บทสรุป

องค์กรที่มีภารกิจหลักในการให้บริการมักจะมีการกำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการภายในองค์กร ความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพของสินค้าหรือบริการ จึงเป็นเรื่องที่พบเห็น ได้ทั่วไปในองค์กรภาคเอกชน ที่ขยายมายังหน่วยงานภาครัฐในระยะหลังมานี้ ความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพนี้ เป็นผลสืบเนื่องประการหนึ่งมาจากแรงกดดันจากการแข่งขัน ความก้าวหน้าทางการสื่อสารและ โลกาภิวัตน์ รวมไปถึงการแข่งขันและการประเมินสัมฤทธิ์ผลจากการปฏิบัติงานขององค์กรอย่างเข้มข้นเข้มข้น โดยนัยประการหนึ่งเพื่อสร้างความอยู่รอดให้กับองค์กร และคุณภาพเอง เป็นเครื่องชี้บ่งถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กรได้เป็นอย่างดี กล่าวโดยเน้นถึงองค์ภาครัฐในปัจจุบัน ได้ปรับกระบวนการในการบริหารงานจากเดิมที่ประชาชนเป็นเพียงผู้จำเป็นต้องรับบริการที่รัฐจัดให้ มาเป็นลูกค้าที่องค์ภาครัฐพึงให้ความสนใจจัดบริการสาธารณะตามขอบเขตอำนาจหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องของคุณภาพการบริการนั้น นับว่าได้รับความสนใจทำการศึกษาและกล่าวถึงในองค์การภาครัฐอย่างจริงจังเมื่อไม่นานมานี้ แต่กระนั้น คุณภาพของการบริการนับได้ว่าเป็นเรื่องซับซ้อนไม่น้อย ซึ่งในแวดวงวิชาการตะวันตก ได้มีการพัฒนาแนวคิดการประยุกต์ตัวแบบ รวมทั้งการวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวาง ภายใต้เป้าหมายสำคัญของการมุ่งแสวงหาตัวแบบของการประเมินคุณภาพการให้บริการที่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการนั่นเอง

จากที่ได้กล่าวถึงมิติของการประเมินคุณภาพการให้บริการ ซึ่งเป็นมิติหลักด้านหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐ โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญในเรื่องความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนการปรับปรุงแก้ไขบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้น ในทางวิชาการและปฏิบัติ แม้จะสามารถวัดผล โดยกำหนดเครื่องมือได้ง่าย เช่น การใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มาใช้หรือขอรับบริการจากหน่วยงาน แต่ก็ยังคงมีประเด็นที่น่าสนใจอันนำมาสู่การทำความเข้าใจในครั้งนี่ว่า คุณค่าของการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการเพื่อสะท้อนคุณภาพของการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น เป็นเครื่องชี้วัดที่สะท้อนถึงคุณภาพของการให้บริการอย่างแท้จริงหรือไม่ เพียงใด และการกำหนดเครื่องมือเพื่อชี้วัดความพึงพอใจของการให้บริการจากผู้รับบริการนั้น มีตัวแบบหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือการวัดหรือไม่ และความสนใจของผู้เขียนเองว่า หากได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องคุณภาพการให้บริการ ตามตัวแบบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น ตัวแบบตามแนวคิดของซีแอมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1990 : 78) จะให้ผลของการวัดที่สะท้อนมิติของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้นหรือไม่ รวมทั้งจะสามารถพัฒนาตัวแบบคุณภาพการให้บริการของซีแอมล์ พาราซุรามาน และเบอร์รี่ดังกล่าว ไปเป็นเครื่องมือพื้นฐานเพื่อการตรวจวัดคุณภาพการให้บริการของหน่วยงาน (Service Quality Diagnostic Tools) ได้เพียงใด อันจะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน ได้ปรากฏผลงานวิจัยระดับคุชฌิตันนิต และมหาบัณฑิตที่ให้ความสนใจศึกษาคุณภาพการให้บริการรวมทั้งการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐจำนวนมากขึ้น โดยลำดับ

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยในประเทศ

วชิรา กสิโกศลและคณะ (2544 : 241) ได้ศึกษาการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคกลางจากการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการจัดระบบบริการดังนี้ จัดบริการแบบผสมผสานต่อเนื่องและองค์รวมอย่างเสมอภาคจัดบริการที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรจัดบริการที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ

สุนทราวดี เทียรพิเชฐและคณะ (2544 : 235) ได้ศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการผลการศึกษ พบว่า รูปแบบระบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย ลักษณะบริการที่เป็นแบบ“ใกล้บ้านใกล้ใจสัมผัสได้ทุกมิติ” โดยสถานบริการอาจปรับสถานภาพ

จากสถานบริการที่มีอยู่เดิมในชุมชนให้ชื่อเป็น“ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน” มีคณะกรรมการบริหาร โดยการมีส่วนร่วมของจตุรมิตร ได้แก่ทีมสุขภาพประชาชนองค์กรท้องถิ่นและองค์กรอิสระมี กองทุนสุขภาพที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐองค์กรท้องถิ่นประชาชนจัดให้มีการบริหารจัดการที่ดีเน้นการมีส่วนร่วมมีการกำกับและตรวจสอบ

อัมพร ฝอยทอง (2545 : 255) ได้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคการบริการสุขภาพของ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลทองแสนขันจังหวัดอุตรดิตถ์พบว่าการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพ ชุมชนโดยรวมมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเจ้าหน้าที่มีการดำเนินงานใน ด้านการรักษาพยาบาลได้ดีแต่การดำเนินงานในด้านชุมชนซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้การทำงาน ที่มีลักษณะผสมผสานบูรณาการจำเป็นต้องมีการเพิ่มขีดความสามารถให้กับเจ้าหน้าที่ โดยการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ (2546 : 324) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจากการศึกษา พบว่า การบริการสุขภาพและแนวคิดที่เป็นฐานของ การบริการสุขภาพนั้นครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรทุกสภาพการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรักษาพยาบาลทั่วไป ทั้งกรณีเรื้อรังและฉุกเฉินการส่งเสริมสุขภาพการฟื้นฟู สภาพการควบคุมป้องกันโรค และการสนับสนุนการพึ่งตนเองของชุมชนและการบริการด้านยา โดยแบ่งกลุ่มเป็นการบริการสุขภาพรายบุคคล และครอบครัวและกิจกรรมการสร้างคามเข้มแข็ง ให้ชุมชน

สุปราณี เสนาดิสัย และคณะ (2546 : 241) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปฏิรูป ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคกลางอำเภอบางซ้ายจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากการศึกษาพบว่ารูปแบบในระยะแรกของการ ปฏิบัติงานเน้นการตรวจรักษา เพื่อดึงศรัทธาจากประชาชนและต่อมาปรับแนวคิดการออกแบบ ระบบให้ผสมผสานเป็นเวชปฏิบัติครอบครัวมากขึ้นในระยะหลัง (เนื่องจากอัตรากำลังบุคลากร อยู่ในขีดจำกัด) พัฒนางานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแต่ละหน่วยให้สอดคล้องตาม นโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการรักษาและ การฟื้นฟูสุขภาพแก่บุคคลครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม

วรนารถ เล้าอติมาน (2548 : 214) ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและบริการ ที่ได้รับจริงของผู้มารับบริการที่มีคุณภาพบริการตามความคาดหวังศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามอำเภอ สารภีจังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้รับบริการยังคงเลือกศูนย์สุขภาพชุมชนข้ามอำเภอเป็นสถานบริการแห่ง



แรกสาเหตุที่เลือกคือใกล้บ้านไปมาสะดวกร้อยละ 80.4 เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพได้มาตรฐานและอุปกรณ์ทันสมัยร้อยละ 24.3

กมล ภูวนกมลกรรม (2549 : 248) ทำการศึกษาผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีต่อการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เรื่องมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และ พบว่า ผลการประเมินการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการบริการอยู่ในระดับดีมาก ส่วนการปฏิบัติงานด้านวิชาการ อยู่ในระดับดี

วัฒนา โปธา (2550 : 274) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์ การจัดการสุขภาพในตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สถานีอนามัย (สต.) องค์กร ประชาชน และองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้ง เพื่อหารูปแบบและ ข้อเสนอเป็นแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพ โดยเครือข่ายในตำบล ผลการศึกษา พบว่า เรื่องการจัดการสุขภาพในตำบลนั้น ภาคประชาชนยังขาดความศรัทธาและขาดความเชื่อมั่น ในศักยภาพของตนเอง เพราะเป็นฝ่ายตั้งรับกิจกรรมการพัฒนาที่ถูกกำหนดมาจากภายนอก และ การเฝ้าจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ส่งผลให้ประชาชนขาดการเอาใจ ใส่และใช้ชีวิตด้วยความประมาท และดูเหมือนจะแคลงว่าภูมิปัญญาที่มีการสั่งสมมาช้านานนั้น ล้าสมัย ก่อให้เกิดการทัศนคติในการฟังฟังผู้อื่น และบุคคลจากภายนอกชุมชนสำหรับใน ส่วน ของ องค์การบริหารส่วนตำบล นั้น พบว่ามีทัศนคติต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ แต่มีภารกิจที่ ต้องดำเนินการหลากหลายที่ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกด้าน และถูกคาดหวังจากการรับรู้ ของสังคมสูงมาก แต่ องค์การบริหารส่วนตำบล ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ทัศนคติและภูมิหลัง ของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งหากชอบคลุกคลีกับประชาชน และชอบทำงานพัฒนางานก็จะเกิดบรรยากาศที่ดี และการติดต่อประสานงานจากภาคประชาชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจะราบรื่น ใน องค์การบริหารส่วนตำบล หากมีบรรยากาศการทำงานแบบเป็นที่เป็นที่ เป็นน้อง ญาติมิตรมีการทำงาน เป็นทีม ก็จะส่งผลที่เอื้อต่อการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบลนั้น เนื่องจากมี โครงการบริหารราชการแผ่นดินที่ต้องรอรับคำสั่งการปฏิบัติภารกิจจากหน่วยงานที่อยู่เหนือขึ้นไป จึงมักไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของ องค์การบริหาร ส่วนตำบล และรอฟังคำสั่งจากผู้บังคับบัญชา ส่งผลให้การทำงานไม่เอื้อต่อการดำเนินงานใน ลักษณะเครือข่าย และไม่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงานของ องค์การบริหารส่วนตำบล ที่ต้องการ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร วิชาการ วิธีการและแนวทางจากหน่วยงานราชการ เพื่อใช้



ประกอบการทำงานและการพัฒนา แต่หากที่ใดมีข้าราชการคิคนอกกรอบ มีทัศนคติที่ดีต่องานพัฒนาและทำงานใกล้ชิดกับประชาชน และ องค์การบริหารส่วนตำบลก็มักจะได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการทำงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลด้วยดีเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ไปด้วย จากผลการศึกษามีข้อเสนอต่อแนวทางการดำเนินงาน โดยควรจัดให้มีเนื้อหาสาระที่ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ โดยเครือข่ายแก่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้นำองค์กรประชาชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นการประหยัดเวลา งบประมาณ ลดความซ้ำซ้อน และช่วยลดความขัดแย้ง และปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้กับกลุ่ม และองค์กรต่าง ๆ ในตำบลรวมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนให้ใช้ “กระบวนการแผนชุมชน” เป็นกลไกที่ก่อให้เกิดพื้นที่สาธารณะในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างแท้จริงของคนในชุมชน โดยกำหนดให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นประเด็นรวมเพื่อแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในตำบล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล และหากเชื่อมโยงไปสู่การจัดการสุขภาพ โดยนัยของคำว่า “รัฐศาสตร์สุขภาพ” ได้ย่อมส่งผลต่อความเข้าใจและความตระหนักของประชาชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนตำบล ในการให้ความสำคัญต่อการผลักดันให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในระดับตำบลมากขึ้น

ศุภาัญญา อุปแสน (2551 : 352) ได้ศึกษาการจัดการคุณภาพการดำเนินงานมาตรฐานงานสุข ศึกษาโดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพเดมมิ่งของสถานบริการสาธารณสุขอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร เพื่อศึกษาผลของการจัดการคุณภาพการดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: A-I-C) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษาโดยรวมทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการค้นหาค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหา ด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหา ด้านการได้รับประโยชน์จากการแก้ไขปัญหา และด้านการประเมินผลอยู่ในระดับมากและสถานบริการสาธารณสุขมีคุณภาพสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง

อุไร หักกิจและคณะ (2544 : 247) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนกรณีศึกษาชุมชนภาคใต้โดยใช้จัดกระบวนการมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้ทรงคุณวุฒิผู้เกี่ยวข้อง ระดมสมองจากการศึกษาพบว่าศูนย์สุขภาพระดับต้นมีคณะกรรมการบริหารพหุภาคีทำงานเป็น

เครือข่ายสหวิชาชีพมีระบบส่งต่อที่ชัดเจนการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องประชาชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

กันยา บุญธรรมและคณะ (2552 : 124) ได้ศึกษาประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552 พบปัญหาและความพร้อมในการสนับสนุนการพัฒนารพ.สต. ดังนี้คือด้านกำลังคน (ร้อยละ 32.4) เครื่องมืออุปกรณ์ (ร้อยละ 19.7) โครงสร้างพื้นฐานรพ.สต. (ร้อยละ 16.8) และการเงินการคลังที่ไม่ค่อยดีและไม่สามารถพึ่งตนเอง ได้แม้ว่าแนวโน้มรายรับเงินบำรุงและเงินบำรุงคงเหลือในภาพรวมดีขึ้นแต่ รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 50 ยังมีสถานการณ์รายรับเงินบำรุงและเงินบำรุงคงเหลือที่ไม่แน่นอนและแตกต่างกันมากในรายแห่งและรายภูมิภาคยังมีความต้องการการสนับสนุนเป็นลำดับสุดท้าย (ร้อยละ 15.6) ผลการดำเนินงานที่สำคัญมีบริการนอกเวลาร้อยละ 93.4 แต่บริการครบ 24 ชั่วโมงมีเพียงร้อยละ 18.2 ระบบการศึกษาด้านการรักษาพยาบาลระหว่าง รพ.สต. และรพ. แม่ข่ายผ่าน webcam มีเพียงร้อยละ 28.6 ซึ่งยังมีปัญหาในเชิงการปฏิบัติอยู่หลายด้านรายการยาและเวชภัณฑ์มาตรฐานครบเหมือนรพ.แม่ข่ายมีเพียงร้อยละ 11.8 เท่านั้นความพร้อมอุปกรณ์และพาหนะการส่งต่อมีร้อยละ 59.4 งานเชิงรุกการเชื่อมโยงบริการระบบสนับสนุนในบริการเชิงรุกรายบุคคลและกลุ่มประชากร ยังมีข้อจำกัดขาดความชัดเจนทั้งด้านกำลังคนงบประมาณค่าตอบแทนเครื่องมืออุปกรณ์ยานพาหนะตลอดจนการเชื่อมโยงบริการและระบบการสนับสนุนซึ่งในแง่การทำงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องยังทำได้จำกัดขาดความมั่นใจคุณภาพงานประ โยชน์ที่เกิดขึ้นต่อประชาชน

ชูชัย แก้วมณีชัย (2552 : 245) ได้ศึกษาการจัดกิจกรรมอบรมแบบมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อผ่านมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดหนองคายพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เข้ารับการอบรมแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี A-I-C และเทคนิคการเรียนรู้แบบ (PBL) มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนรายหมวดและรายตัวชี้วัดอยู่ในระดับและจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนระดับดีมากทุกแห่ง

ศักรินทร์ ทองภุชงค์ (2553 : 244) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้าและทำการศึกษาในกลุ่มแกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าเมื่อใช้กระบวนการกระตุ้นความคิดเพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนมีความรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ศูนย์สุขภาพชุมชนมากขึ้นและทำให้การประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์การพัฒนาตามมาตรฐานในระดับดีมาก

ประภาพร กามะพร (2554 : 298) ที่ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน้าอยู่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบัวคืออำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้าและแนวทางการมีส่วนร่วมของ ก.พ.ร. มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการพัฒนา และขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กตำบลบัวคือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน้าอยู่มากขึ้น

พัชรี ประยูรพันธ์ (2554 : 254) ที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรณีศึกษา : กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบัวอำเภอเกษตรสมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้าและแนวทางการมีส่วนร่วมของ ก.พ.ร. มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการพัฒนา และขั้นการสะท้อน ผลการปฏิบัติพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาทำให้คณะกรรมการบริหารกองทุนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนมากขึ้น

สมเกียรติ ออกแดง (2554 : 274) ได้ศึกษา การประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การรับรู้แนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ แรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ ) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ )

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล (2554 : 65) ได้รายงานการติดตามประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ข้อสรุปที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1. ในแง่ความชัดเจนการรับรู้สาระและ

แนวปฏิบัติของนโยบายที่แตกต่างกันตลอดจนความคาดหวังของประชาชนที่ต้องการชุดบริการ ลักษณะที่พร้อมคล้ายโรงพยาบาลขนาดย่อในพื้นที่ตำบล 2. ในแง่การดำเนินนโยบายการพัฒนา รพ.สต.มีข้อจำกัดและเสนอแนะให้ดำเนินการในประเด็นการจัดการเรื่องกำลังคนการจัดการวางแผน เครื่องมือบริการในระดับพื้นที่ การสนับสนุนทรัพยากรในระดับต่าง ๆ ทั้งเชิงการบริหารจัดการ ระบบแผนการวางแผนและเสริมศักยภาพบุคลากรตลอดจนบริการและระบบสนับสนุนจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายให้รพ.สต.เป็นหน่วยที่พร้อมจัดบริการและทำงานตามประสงค์ร่วมกับความร่วมมือของชุมชนท้องถิ่น ได้ต่อไปโดยใช้หลักการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขนอกจากนี้ ยังมีการสะท้อนปัญหาและข้อเสนอแนะในประเด็นโครงสร้างระบบงานภายในรพ.สต. รวมทั้ง การจัดการบริการตามแนวทางปฏิบัติงานที่เน้นงานเชิงรุกที่มีคุณภาพสอดคล้องกับงานบริการลักษณะ ตั้งรับภายในหน่วยบริการ

## 2. งานวิจัยต่างประเทศ

Jolley, Lawless and Hurley (2008 : 324) แห่งหน่วยค้นคว้าวิจัยสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย Flinders ตอนใต้ประเทศออสเตรเลีย ได้ทำการศึกษาและพัฒนาศักยภาพเครื่องมือ สำหรับการวางแผนและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ขั้นพื้นฐานในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนอย่างเป็นทางการอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยเป้าหมายของเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ผลการศึกษพบว่าแนวคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่มี ผู้ศึกษาไว้แต่ละประเด็นนั้นเกิดขึ้น โดยความร่วมมือของสมาชิก ในชุมชนเป็นกลุ่มแรกแล้วจึงถูกนำมาพัฒนาต่อเนื่องในปัจจุบัน

Phuong et al (2008 : 357) หน่วยโรคติดเชื้อและโรคเอดส์สถาบันเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยทางการแพทย์กรุงฮันโนยประเทศเวียดนาม ได้ทำการศึกษาเพื่อสำรวจปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกและการมีส่วนร่วมในการควบคุมการเกิดโรคของชุมชนในจังหวัด BinhThuan ประเทศเวียดนาม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสังเกตสิ่งแวดล้อมร่วมกับการ สทนทนากลุ่ม กับกลุ่มแกนนำชุมชน ในการควบคุมแมลงพาหะนำโรคพบว่า การควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพมากนั้นควรได้รับการร่วมมือจากสมาชิกในชุมชนทุก ๆ คน

Jankowski (2008 : 547) แห่งแผนกวิชาภูมิศาสตร์มหาวิทยาลัย San Diego State ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจของชุมชน โดยใช้ระบบ สารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการสร้างระบบข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มบุคคลในชุมชนมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจและส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนของตนเอง ได้อย่างยั่งยืนเก็บ

ข้อมูลโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่ประชาชนใช้ในการสื่อสารและตัดสินใจร่วมกัน วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมของระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ผลจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าชุมชนเกิดแนวคิดใหม่ขึ้น 2 แนวคิดคือแนวคิดการวางแผนการใช้ทรัพยากรทางน้ำร่วมกันและแนวคิดการใช้คอมพิวเตอร์ในการค้นหาข้อมูลที่ทันสมัยขึ้นซึ่งผลจากการศึกษาในเรื่องระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์นี้จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชุมชนและข้อมูลต่าง ๆ ของพวกเขาได้ดีขึ้น

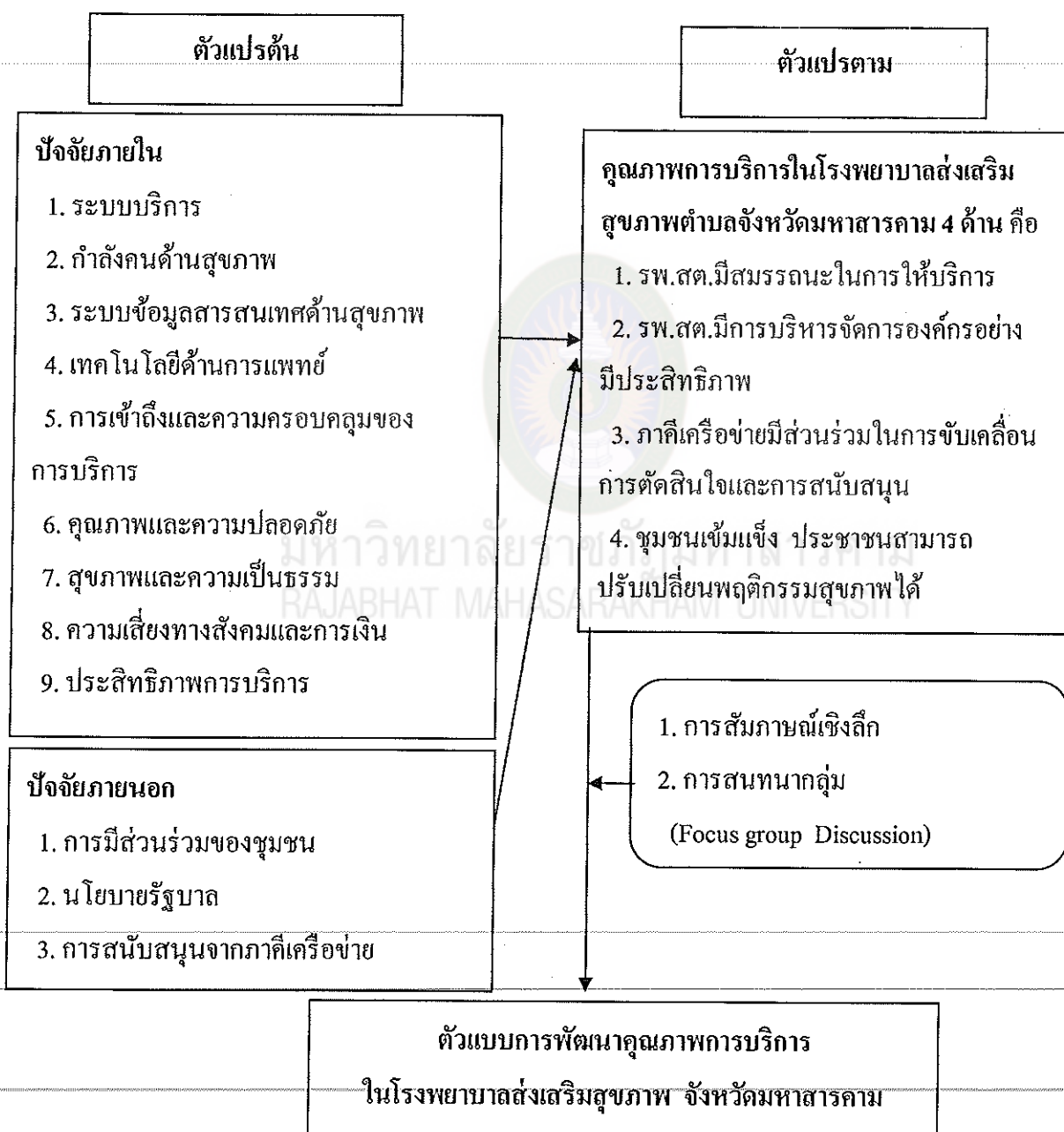
Weeks et al (2008 : 341) แห่งภาควิชาวิทยาการครอบครัวและโภชนาการ มหาวิทยาลัย Prince Edward Island ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลานานเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทีละคนแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการสรุปประเด็นเนื้อหาผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายुरวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ดังนั้นชุมชน จึงควรจัดรูปแบบของการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้และคำแนะนำช่วยเหลือการร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุการทำความเข้าใจถึงวิธีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น

จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการพัฒนาและฟื้นฟูขึ้นหลังจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยเริ่มตั้งแต่การยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นให้มีบทบาทสำคัญในการให้บริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ได้สะดวกและได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของประชาชนและจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะมีการดำเนินงานได้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามที่กำหนด ผู้วิจัยเห็นว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องอาศัยภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนรวมถึงการมีระบบการบริหารจัดการที่ดีมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ โดยเฉพาะจากคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยุคใหม่เพื่อคนไทยมีรอยยิ้มตามแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมิน จำนวน 3 ด้าน ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552 : 31) สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย