

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ศสช. ทั้ง 4 แห่ง ดังนี้ ศสช. ที่ 1. จำนวน 8 คน ศสช. ที่ 2. จำนวน 7 คน ศสช. ที่ 3. จำนวน 9 คน และ ศสช. ที่ 4. จำนวน 7 คน ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนสรรพยา จังหวัดชัยนาท รวมจำนวนตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 31 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 เมษายน ถึง 5 พฤษภาคม 2546 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหารจัดการตามมาตรฐานที่ 7 ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิจังหวัดชัยนาท ประกอบด้วยมาตรฐานด้านที่ตั้งและประชากร ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ด้านระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ ด้านระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และด้านการเงินและพัสดุ

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน แนวทางการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน) (N=31)	ร้อยละ (100)
เพศ			
	ชาย	10	32.3
	หญิง	21	67.7
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน			
	แพทย์	4	12.9
	เภสัชกร/ เจ้าพนักงานเภสัชกร	4	12.9
	ทันตแพทย์/ ทันตภิบาล	3	9.7
	พยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลเทคนิค	8	25.8
	เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	3	9.7
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	6	19.4
	นักวิชาการสาธารณสุข	3	9.7
ภูมิลำเนา			
	ชัยนาท	24	77.4
	กรุงเทพฯ ฯ	3	9.7
	อื่นๆ	3	9.7
	ไม่ตอบคำถาม	1	3.2
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน ศสช.			
	ต่ำกว่า 1 ปี	10	32.3
	1 ปี ขึ้นไป	21	67.7
	$\bar{X} = 11.97$ เดือน $SD = 8.02$ ต่ำสุด = 1 เดือน สูงสุด = 18 เดือน		
อายุราชการ			
	1-5 ปี	11	35.5
	6-10 ปี	7	22.6
	11-15 ปี	6	19.4
	16-20 ปี	3	9.7
	21-25 ปี	3	9.7
	26 ปีขึ้นไป	1	3.2
	$\bar{X} = 10.16$ ปี $SD = 7.36$ ต่ำสุด = 1 ปี สูงสุด = 29.07 ปี		

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มประชากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน) (N=31)	ร้อยละ (100)
หน้าที่หลักที่ได้รับมอบหมาย		
ตรวจรักษาโรค	14	45.2
ส่งเสริมสุขภาพ	12	38.7
ป้องกันโรค	5	16.1
ประเภทการให้บริการ		
ให้บริการประจำ*	24	77.4
ให้บริการเสริม**	7	22.6
ประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน		
มีประสบการณ์	24	77.4
ไม่มีประสบการณ์	7	22.6
เหตุผลในการมาปฏิบัติงาน		
ผู้บังคับบัญชามอบหมายให้มาปฏิบัติงาน	19	61.3
ปฏิบัติงานอยู่ในสถานีนามัยที่จัดตั้งเป็นหน่วยบริการ	5	16.1
สมัครใจมาปฏิบัติงานในศสช.เอง	6	19.4
อื่นๆ(หลังจบปริญญาตรีต้องปฏิบัติงานในหน่วยบริการ)	1	3.2
หมายเหตุ	*ให้บริการประจำ หมายถึง การอยู่ให้บริการใน ศสช. เป็นประจำมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป **ให้บริการเสริม หมายถึง การอยู่ให้บริการใน ศสช. แบบหมุนเวียน หรือแบบไปกลับ	

การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ได้แก่ เพศ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ภูมิลำเนา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน ศสช. อายุราชการ หน้าที่หลักที่ได้รับมอบหมาย ประเภทของการให้บริการ ประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน และเหตุผลในการมาปฏิบัติงานใน ศสช. เพื่อจำแนกลักษณะประชากร

ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มประชากรที่ปฏิบัติงานใน ศสช. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.7 จำแนกตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 25.8 รองลงมาเป็นเจ้าของงานสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 19.4 แพทย์และเภสัชกรร้อยละ 12.9 และเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และทันตภิบาลร้อยละ 9.7 เท่ากัน โดย ศสช. ในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีแพทย์, เภสัชกร และทันตภิบาลหมุนเวียนไปปฏิบัติงาน ยกเว้น ศสช. ที่ 4. มีแพทย์ให้บริการประจำที่หน่วยบริการ ส่วนการจำแนกตามภูมิลำเนาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดชัยนาทร้อยละ 80 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดอื่นๆ

ร้อยละ 10 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีร้อยละ 67.7 และต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 32.3 ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคที่หมุนเวียนไปปฏิบัติงานมีกำหนดเวลาในการปฏิบัติงานเพียงคนละ 6 เดือนเท่านั้น

การจำแนกตามอายุราชการ พบว่า มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปีร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ ระหว่าง 6-10 ปีร้อยละ 22.6, ระหว่าง 11-15 ปีร้อยละ 19.4, ระหว่าง 16-20 ปี และ ระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 9.7 เท่ากัน และมีเพียงร้อยละ 3.2 ที่มีอายุราชการที่มากกว่า 26 ปีขึ้นไป ส่วนหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหลักในการปฏิบัติงานใน ศสช. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตรวจรักษาโรคร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ การส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 38.7 และการป้องกันโรคร้อยละ 16.1 ประเภทการให้บริการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการประจำใน ศสช. ร้อยละ 77.4 และเป็นผู้ให้บริการเสริม คือ หมุนเวียนมาให้บริการเมื่อมีผู้ให้บริการที่ ศสช. ไม่เพียงพอร้อยละ 22.6 และ พบว่า มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนมาก่อนร้อยละ 77.4 ส่วนที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนร้อยละ 22.6 เหตุผลในการมาปฏิบัติงานใน ศสช. พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา ให้มาปฏิบัติร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ สมัครใจมาปฏิบัติงานใน ศสช. เองร้อยละ 19.4 เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานีนามัยที่จัดตั้งเป็น ศสช. ร้อยละ 16.1 และเหตุผลอื่นๆ ร้อยละ 3.2 คือ หลังจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีแล้วต้องมาปฏิบัติงานใน ศสช.

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหารจัดการตามมาตรฐานที่ 7 ของ
เครือข่ายบริการปฐมภูมิจังหวัดชัยนาท

ตาราง 2 ผลการประเมินศูนย์สุขภาพชุมชนด้านบริหารจัดการ จำแนกตามมาตรฐานเบื้องต้นของ
ศูนย์สุขภาพชุมชน (มาตรฐานที่ 7)

มาตรฐานเบื้องต้นของศสช.	ศสช.			
	ศสช. ที่ 1.	ศสช. ที่ 2.	ศสช. ที่ 3.	ศสช. ที่ 4.
เกณฑ์ที่ 1 มาตรฐานด้านที่ตั้งและประชากร				
1.1 ศสช. รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน	X	X	X	√
1.2 ประชากรสามารถเดินทางเข้าถึง ศสช. ภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์	√	√	√	√
1.3* ในกรณีหน่วย ศสช. อยู่ในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยก เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกเป็น OPD ทัวไปมีทีมประจำการและ บริการได้สะดวกรวดเร็ว	-	-	-	√
เกณฑ์ที่ 2 ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่				
2.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบป้องกันการติดเชื้อ	√	√	X	√
2.2 สถานที่รองรับบริการ, ตรวจ, รักษา และให้คำปรึกษาจัดเป็นสัดส่วน สะอาดและมีพื้นที่ให้บริการเพียงพอ	√	√	√	√
2.3 ป้ายชื่อสถานีนามัย	X	√	√	√
2.4 รั้วมีขอบเขตชัดเจน	√	X	√	X
2.5 เสาธง	√	√	√	√
2.6 บริเวณของสถานีนามัยได้รับการดูแล	√	√	√	X
2.7 สวนสมุนไพร มีสมุนไพรครบ 5 ชนิด พร้อมป้ายชื่อ (ฟ้าทะลายโจร, ขมิ้นชัน, ชุมเห็ดเทศ, ว่านหางจระเข้, เสลดพังพอนตัวเมีย)	√	X	X	√
2.8 ถนนจากรั้วถึงสถานที่ให้บริการ	√	√	√	√
2.9 เคาเผาขยะ	√	X	√	√
2.10 มีกริ่งสำหรับเรียกเจ้าหน้าที่พร้อมป้าย	√	√	√	X
2.11 จัดสถานบริการเป็นเขตปลอดบุหรี่	√	X	√	√

หมายเหตุ 1. √ = ผ่าน , X = ไม่ผ่าน

2. แนวทางการพิจารณา เกณฑ์คะแนน ระบุในภาคผนวก ก

3. * ทำการประเมินเฉพาะใน ศสช. ที่ 4. เท่านั้น

ตาราง 2 ผลการประเมินฯ (ต่อ)

มาตรฐานเบื้องต้นของศสข.	ศสข.			
	ศสข. ที่ 1.	ศสข. ที่ 2.	ศสข. ที่ 3.	ศสข. ที่ 4.
2.12 ป้ายประชาสัมพันธ์ (ภายนอกอาคาร)	√	√	√	√
2.13 สถานที่จอดรถ	√	√	√	√
2.14 ที่บริการน้ำดื่ม	√	√	√	√
2.15 เอกสารแผ่นพับ	√	√	√	√
2.16 ป้ายประชาสัมพันธ์ (ภายในอาคาร)	√	√	√	√
2.17 มุม โอ อาร์ ที	√	√	√	X
2.18 แผนภูมิการให้บริการ	√	√	√	√
2.19 อ่างล้างมือ	√	√	√	√
2.20 อัตราค่าบริการ	√	X	X	X
2.21 มีนโยบายของ ศสข. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ	√	√	X	√
2.22 มีผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ	√	√	√	√
2.23 มีแผนที่อาณาเขต	√	√	√	√
2.24 ตู้หนังสือหรือมุมวิชาการ	√	√	X	√
2.25 มีม่านกันห้องหรือห้องตรวจที่เป็นสัดส่วน	√	√	√	√
2.26 ห้องพัสดุ	X	X	√	X
2.27 มีถังขยะ	√	X	X	X
เกณฑ์ที่ 3 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ				
3.1 มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องอย่าง เป็นองค์รวมและปรับปรุงบริการ				
3.1.1. มีข้อมูลฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียน	√	X	√	√
3.1.2. มีข้อมูลและเวชระเบียนเพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม	√	√	√	√
3.1.3. มีระบบข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยรวมทั้งเชื่อมโยงบันทึกการดูแล ในสถานพยาบาลกับข้อมูลครอบครัวของผู้รับบริการและกิจกรรม เชิงรุกในชุมชน	√	√	√	√
3.1.4. มีระบบข้อมูลเพื่อการกำกับผลงาน ความครอบคลุมคุณภาพงาน	√	√	X	√

หมายเหตุ 1. √ = ผ่าน , X = ไม่ผ่าน

2. แนวทางการพิจารณา เกณฑ์คะแนน ระบุในภาคผนวก ก

ตาราง 2 ผลการประเมินฯ (ต่อ)

มาตรฐานเบื้องต้นของศสข.	ศสข.			
	ศสข. ที่ 1.	ศสข. ที่ 2.	ศสข. ที่ 3.	ศสข. ที่ 4.
3.1.5. มีบริการเยี่ยมบ้านและดำเนินงานในชุมชนเพื่อติดตามผู้ที่มีปัญหา สุขภาพและดำเนินงานด้านสร้างเสริม	X	X	X	X
3.1.6. ระบบข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวางแผนงาน (ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทรัพยากร, ข้อมูลสถานสุขภาพ, ข้อมูลกิจกรรมสาธารณสุข)	√	√	√	√
3.1.7. มีการปฏิบัติตามระเบียบสารบรรณ	√	√	√	√
3.1.8. มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน	√	√	X	√
3.1.9. ศสข. มีการปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายมีทีมงานสุขภาพ	√	X	X	√
3.1.10. มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน	√	X	√	√
3.1.11. ศสข. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	√	√	√	√
3.1.12. เจ้าหน้าที่สามารถระบุระดับความสามารถยอมรับของชุมชน และโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่	X	X	X	X
3.2. บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม				
3.2.1. มีบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้				
1). มีบุคลากรที่เป็นพยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วย ศสข. อัตราส่วนอย่างน้อย 1: 1,250	√	X	X	X
2). ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 5,000	X	√	X	√
3). มีแพทย์ในเครือข่าย ร่วม ให้คำปรึกษา ติดตามกำกับคุณภาพอย่าง ประจำในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 10,000 และมีแพทย์ลงมาติดตาม ในพื้นที่ร่วมกับให้บริการ โดยตรงเป็นบางเวลา 1 ครั้ง/ สัปดาห์	X	X	X	√
4)*. ทันตแพทย์และ/ หรือ ทันตภิบาลในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 20,000 คนในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพออาจจัดให้มีทันต ภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 20,000 คนภายใต้การดูแลของ ทันตแพทย์รวมทั้งหมดไม่เกิน 1: 40,000 คน	X	X	X	

หมายเหตุ 1. √ = ผ่าน, X = ไม่ผ่าน

2. แนวทางการพิจารณา เกณฑ์คะแนน ระบุในภาคผนวก ก

3.* ไม่ทำการประเมินใน ศสข. ที่ 4.

ตาราง 2 ผลการประเมินฯ (ต่อ)

มาตรฐานเบื้องต้นของศสช.	ศสช.			
	ศสช. ที่ 1.	ศสช. ที่ 2.	ศสช. ที่ 3.	ศสช. ที่ 4.
5). มีเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหายา จัดเก็บยาบริหารเวชภัณฑ์และจ่ายยาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชม. และร่วมให้บริการพร้อมแพทย์ในหน่วยบริการ	√	√	x	√
6). บุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ของเวลาทำการของ ศสช.	√	√	√	√
3.2.2. เจ้าหน้าที่สามารถระบุเป้าหมายทิศทางการทำงานกระบวนการทำงานของ ศสช. รวมทั้งบทบาทที่แต่ละคนมีต่อเป้าหมายนั้น	√	√	x	x
3.2.3. เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวคิดและแนวทางในการทำงานที่จำเป็น	√	√	√	√
3.2.4. มีการประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ	√	√	x	√
3.3 มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ				
3.3.1 ระบบการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาในคลังยาที่เหมาะสมและไม่มียาหมดอายุ	x	√	x	√
3.3.2 มีระบบบริการและบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	√	√	√	√
3.3.3 ยาฉุกเฉินและ Antidote พอเพียงในคลังยา	√	√	x	√
3.3.4 ผู้รับบริการสามารถระบุวิธีใช้ยาที่ถูกต้องได้	x	x	x	√
เกณฑ์ที่ 4 มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับข้อมูลและรับฟังความคิดเห็นของประชาชน				
4.1 มีช่องทางให้ผู้รับบริการได้สะท้อนหรือระบุว่าได้รับข้อมูลที่จำเป็นและมีประโยชน์	√	x	x	x
4.2 มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสิทธิผู้ป่วย	√	x	x	x
เกณฑ์ที่ 5 มีระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ				
5.1 มีระบบติดต่อสื่อสารกับหน่วยรับส่งต่อกรณี ส่งต่อฉุกเฉิน	√	√	√	√
5.2 มีวิธีบริหารจัดการ ในเรื่องยานพาหนะที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	√	√	√	√
5.3 มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อ	√	√	x	√

หมายเหตุ 1. √ = ผ่าน, x = ไม่ผ่าน

2. แนวทางการพิจารณา เกณฑ์คะแนน ระบุในภาคผนวก ก

ตาราง 2 ผลการประเมินฯ (ต่อ)

มาตรฐานเบื้องต้นของศสช.	ศสช.			
	ศสช. ที่ 1.	ศสช. ที่ 2.	ศสช. ที่ 3.	ศสช. ที่ 4.
เกณฑ์ที่ 6 งานบริหารด้านการเงินและพัสดุ				
6.1 งานพัสดุ				
6.1.1 การปฏิบัติตามระเบียบพัสดุ	√	√	√	√
6.1.2 มีการจัดหาพัสดุสอดคล้องกับความต้องการ	√	√	√	√
6.1.3 มีหลักฐานการตรวจสอบภายใน	√	√	√	√
6.2 งานการเงิน				
6.2.1 ปฏิบัติตามระเบียบการเงินและการบัญชี	√	√	√	√
6.2.2 มีแผนการใช้จ่ายเงิน	√	√	√	√
6.2.3 มีการจัดทำทะเบียนการเงิน	√	X	√	√

หมายเหตุ 1. √ = ผ่าน, X = ไม่ผ่าน

2. แนวทางการพิจารณา เกณฑ์คะแนน ระบุในภาคผนวก ก

ผลการศึกษาจากตารางที่ 2 การประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหารจัดการตามมาตรฐานที่ 7 ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิจังหวัดชัยนาท ทั้ง 6 เกณฑ์ มีจำนวนข้อทั้งหมด 66 ข้อ ซึ่ง ศสช. ที่ 1. ผ่านเกณฑ์จำนวน 55 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 83.3 ศสช. ที่ 2. ผ่านเกณฑ์ 46 ข้อคิดเป็นร้อยละ 70 ศสช. ที่ 3. ผ่านเกณฑ์ 40 ข้อคิดเป็นร้อยละ 60.0 และ ศสช. ที่ 4. ผ่านเกณฑ์ 54 ข้อคิดเป็นร้อยละ 82 ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ได้กำหนดระดับคะแนน คือต้องมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไปจึงจะผ่านเกณฑ์ ซึ่งพบว่ามี ศสช. จำนวน 3 แห่งที่ผ่านเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 4. และ ศสช. ที่ 2. ตามลำดับ และมีแห่งเดียวที่ไม่ผ่านการประเมิน คือ ศสช. ที่ 3. (ผลการประเมินอยู่ในภาคผนวก ข)

ตาราง 3 จำนวนจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ		
	สำรวจ*	ทะเบียน* ราษฎร	ที่ขึ้น* ทะเบียน
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 1.	14,085	14,712	13,127
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 2.	12,058	12,241	11,836
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 3.	10,841	11,193	10,585
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4.	8,592	9,047	8,726

หมายเหตุ: * เก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2546 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา, 2546)

ผลการศึกษาจากตารางที่ 3 แสดงจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบของ ศสช. ซึ่งเก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2546 แยกตามแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง คือ จากการสำรวจ จากทะเบียนราษฎร และจากจำนวนประชากรที่มาขอขึ้นทะเบียนใน ศสช. ทั้ง 4 แห่ง พบว่า หน่วยบริการที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบมากที่สุด คือ ศสช. ที่ 1. รองลงมาคือ ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 2. ส่วนหน่วยบริการที่มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบที่น้อยที่สุดคือ ศสช. ที่ 4.

ตาราง 4 แสดงจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน	จำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 1.	21 หมู่บ้าน
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 2.	12 หมู่บ้าน
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 3.	14 หมู่บ้าน
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4.	8 หมู่บ้าน

หมายเหตุ: เก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2546 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา, 2546)

ผลการศึกษาจากตารางที่ 4 แสดงจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ ศสช. ทั้ง 4 แห่ง พบว่า ศสช. ที่ 1. มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบมากที่สุด รองลงมาคือ ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 3. คือ จำนวน 21 หมู่บ้าน 14 หมู่บ้าน และ 12 หมู่บ้าน ตามลำดับ ส่วน ศสช. ที่มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบน้อยที่สุด คือ ศสช. ที่ 4. จำนวน 8 หมู่บ้าน

เลขหมู่..... ๑/๓๓
๓๖๒-๑๒
๑.๓๗๖ ๓

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑.๒

ตาราง 5 แสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการประจำวัน จำแนกตามศูนย์สุขภาพชุมชน

ตำแหน่ง	ศสช. ที่ 1.						ศสช. ที่ 2.						ศสช. ที่ 3.						ศสช. ที่ 4.						
	จ.	อ.	พ.	พญ	ศ.	อ.ก.	จ.	อ.	พ.	พญ	ศ.	อ.ก.	จ.	อ.	พ.	พญ	ศ.	อ.ก.	จ.	อ.	พ.	พญ	ศ.	อ.ก.	
แพทย์	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-
ทันตแพทย์/ทันตภิบาล	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-	1	1	1	1	1	-
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	-	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	-
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	1	-
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	-	-	-	-	-	-	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	-	-	2	2	2	2	2	-
นักวิชาการสาธารณสุข	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-

ผลการศึกษาคงจากตารางที่ 5 แสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใน ศสช. โดยแยกเป็นรายวันใน ศสช. ทั้ง 4 แห่ง พบว่า เจ้าหน้าที่ที่อยู่ปฏิบัติงานใน ศสช. เป็นประจำทุกวัน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลเทคนิค และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ยกเว้น ศสช. ที่ 1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งนี้) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข (ยกเว้น ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. ไม่มีเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งนี้) ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ออกปฏิบัติงานใน ศสช. เป็นแบบหมุนเวียนเป็นรายสัปดาห์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม และทันตแพทย์ หรือทันตภิบาล เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ (ยกเว้น ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. เพราะมีทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำใน ศสช.)

การประเมินผลการดำเนินงานด้านบริหารจัดการตามมาตรฐานที่ 7 ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิจังหวัดชัยนาท ประกอบด้วย ด้านที่ตั้งและประชากร ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ด้านระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ ด้านระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และด้านการเงินและพัสดุ รายละเอียดได้แยกตามมาตรฐาน และเงื่อนไขตามผลการศึกษาที่แสดงในตารางที่ 2 ซึ่งในการนำเสนอผลที่ได้จากการประเมินในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง คือ ประเด็นที่ผ่านเกณฑ์ และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และในส่วนที่สอง คือ ประเด็นที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด โดยรูปแบบในการนำเสนอจะแบ่งเป็นหัวข้อย่อยแสดงในรูปของเชิงปริมาณ ซึ่งได้จากการให้คะแนนในแต่ละข้อ และตามด้วยการเสนอข้อมูลในเชิงคุณภาพ ซึ่งได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเด็นที่ผ่านเกณฑ์ และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามมาตรฐานที่ 7 ด้านบริหารจัดการ ได้แก่

เกณฑ์ที่ 1 มาตรฐานด้านที่ตั้งและประชากร

1. ศสข. รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากสถิติทะเบียนราษฎร สถิติการขึ้นทะเบียนกับ ศสข. และสถิติการสำรวจจำนวนประชากรประจำเดือน มีนาคม 2546 (ตารางที่ 3) ของ ศสข. แต่ละแห่ง พบว่า ศสข. ที่รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 10,000 คน ตามเกณฑ์มีเพียงแห่งเดียว (ร้อยละ 25) คือ ศสข. ที่ 4. ส่วนอีก 3 แห่ง (ร้อยละ 75) คือ ศสข. ที่ 1. ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 3. รับผิดชอบประชากรมากกว่า 10,000 คน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า การแบ่งประชากรแบ่งตามหมู่บ้านที่รับผิดชอบไม่สามารถแบ่งเป็นส่วนๆ ของหมู่บ้าน ดังนั้นหากรับผิดชอบหลายหมู่บ้าน และหมู่บ้านมีจำนวนประชากรมาก ทำให้ต้องรับผิดชอบประชากรมากเกินไปด้วย ซึ่งมีเพียงบางศสข. เท่านั้นที่ขอรับผิดชอบและดูแลประชากรมากกว่าที่กำหนด เพราะหมู่บ้านอยู่ในบริเวณใกล้สถานบริการ มี การแก้ไขโดยให้ CUP ส่งพยาบาลไปปฏิบัติงานใน ศสข. ที่มีประชากรเกินเกณฑ์เพื่อช่วยในการรักษาพยาบาล แต่ปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนทุก 6 เดือน จึงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการแบ่งงาน และการแบ่งความรับผิดชอบในชุมชน และทำให้ขาดความคุ้นเคยกับประชาชน ซึ่งขัดกับแนวคิดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ คือ "ด้านบริหารจัดการคนกรอบเดิม 5 คน ไม่พอ ตอนนี้ได้มา 6 คน ต่อไปทันตภิบาลต้องย้ายขาดไม่ได้แทน ปริมาณคนไข้มาก ประมาณ 60 คนต่อวัน การแก้ไขที่เกิดขึ้นนั้น ดูเหมือนไม่ตรงจุด จำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่เกิน เกือบลำบากเพราะตัวเลขมันไม่เป๊ะ มันแบ่งยาก เช่น ประชากร 1,900 คนต้องใช้เจ้าหน้าที่ 2 คน เพราะเกณฑ์เขาให้ 1,250 ต่อ 1"

“ที่เกิน 15,000 คน เพราะเจ้าหน้าที่ขอดูแลเอง และบริเวณพื้นที่ที่ให้บริการนั้น อยู่ใกล้สถานีอนามัย”

2. กรณี ศสช. อยู่ในโรงพยาบาล สถานที่ให้บริการต้องแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน แยกเป็นแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD) มีทีมประจำการและบริการได้สะดวก รวดเร็ว ซึ่งทำการตรวจเฉพาะ ศสช. ในโรงพยาบาลเท่านั้น และจากการสังเกตการจัด Unit และการให้บริการแก่ผู้ป่วย พบว่า CUP ได้สร้างอาคารแยกออกจากอาคารของโรงพยาบาลชุมชน แต่อยู่ในบริเวณเดียวกัน ลักษณะเป็นอาคารถาวรชั้นเดียว มีการจัด Unit ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนชัดเจนครบทุกประเภท เช่น ห้องบัตร ห้องยาอยู่ในอาคารเดียวกัน และแยกออกจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล พร้อมทั้งมีทีมประจำการเพื่อให้บริการอย่างต่อเนื่อง

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า มีการประชุมเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการและการบริหารจัดการก่อนดำเนินการดังกล่าว ลักษณะการทำงานของ ศสช. ในโรงพยาบาล ยังเป็นเพียงฝ่ายหนึ่งในโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะการดำเนินการบางอย่างยังทำร่วมกัน เช่น การให้บริการทันตกรรม, งานเภสัชกรรม, งานพัสดุ รวมทั้งงานการเงิน ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเก็บเงินส่งเจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาล ภายหลังเวลาราชการในแต่ละวัน ซึ่งการส่งขยะติดเชื่อเพื่อทำลายก็ส่งที่โรงพยาบาลเช่นกัน ส่วนปัญหาที่พบบ่อยภายหลังจากการจัดตั้ง ศสช. คือประชาชนมารับบริการไม่ถูกสถานที่ เพราะการแยก ศสช. ยังไม่ชัดเจน ซึ่ง ศสช. อยู่ห่างจากโรงพยาบาลชุมชนเพียง 100 เมตร และบางครั้งประชาชนเข้ารับการตรวจรักษาที่ ศสช. ในโรงพยาบาล แต่ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากไม่มียานัดนั้นใน ศสช. ทำให้ขาดระบบในการให้บริการ เจ้าหน้าที่บางส่วนจึงมีความคิดเห็นว่า ควรยกเลิกการเปิด ศสช. ในโรงพยาบาล เพราะเป็นการเปิดที่ซ้ำซ้อน แต่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน CUP ให้เหตุผลในการไม่ยกเลิก ศสช. เพราะต้องการสร้าง ศสช. ในโรงพยาบาลให้เป็นต้นแบบ และเพื่อให้ ศสช. แห่งอื่นๆ ได้เรียนรู้แนวทางการดำเนินงานใน ศสช. ว่าควรดำเนินการไปในทิศทางใด แต่ในปัจจุบันยังดำเนินการได้ไม่คึก เพราะยังคิดปัญหาในด้านอื่นๆ อีกมาก

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ คือ “ข้อเสียในการเปิด ศสช. ในโรงพยาบาล คือคนใช้สับสน มีบ่นบ้าง”

“การแยก ศสช. กับ โรงพยาบาลไม่ชัดเจน บางทีตรวจที่นี่แต่รับยาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่เข้าใจระบบ แต่ตอนนี้เข้าใจมากขึ้น”

“มีปัญหาเรื่องประชาชนมารับบริการผิดที่ เพราะว่า ศสช. กับ โรงพยาบาลใกล้กันจริงๆ แล้ว ศสช. ในโรงพยาบาลจะให้ยุบ เพราะมันซ้ำซ้อน แต่เขาไม่ยอม”

“อยากทำให้เป็นต้นแบบที่แท้จริง แนวคิดดีแต่ทำไม่ได้ และจะมีปัญหาผู้ป่วยสับสนมากกว่าถ้ารวมอยู่ในโรงพยาบาล”

เกณฑ์ที่ 2 ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่

1. มีอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งจากการตรวจสอบตามเกณฑ์มาตรฐานด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่จำเป็น (ภาคผนวก ง) พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ เครื่องมือครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4.

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ได้เริ่มวางแผนการใช้งบประมาณในการจัดซื้อตามรายการเครื่องมือและอุปกรณ์ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด และพิจารณาตามกรอบของ ศสช. ในเรื่องของเครื่องมือที่จำเป็นต้องจัดให้มี และจัดซื้อ ซึ่งการดำเนินงานในช่วงแรก (ช่วงเดือน ตุลาคม 2544) การจัดตั้ง ศสช. ไม่มีปัญหาในเรื่องงบประมาณ เพราะได้มีการจัดสรรไว้ เพื่อเป็นงบประมาณในการลงทุน 30% ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก CUP แต่ ศสช. ที่เปิดดำเนินการในรุ่นต่อมา (ช่วงเดือน เมษายน 2546) จะดำเนินการได้ลำบากมากขึ้น เนื่องจากปัญหาในเรื่องงบประมาณ ซึ่งในขณะนี้เงินทั้งหมดอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนการดำเนินงานใน ศสช. ในโรงพยาบาล ไม่มีปัญหาด้านวัสดุ อุปกรณ์ เพราะใช้ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านบริหารจัดการ คือ “พิจารณาตามเกณฑ์ว่าในเรื่องของเครื่องมือที่จำเป็นต้องมี ควรมีอะไรบ้าง และถ้าอุปกรณ์ขาดก็ให้ใช้เงินตัวเองซ่อม”

ด้านการเงินและงบประมาณ คือ “ส่วนในเรื่องของงบประมาณนั้นในช่วงแรกจะได้รับการสนับสนุนจาก CUP (30%) ซึ่งในขณะนั้นเงินอยู่ที่ CUP แต่ตอนนี้เงินอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด และถ้าอุปกรณ์ขาดก็ให้ใช้เงินตัวเองซ่อม”

ส่วนหน่วยบริการที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือไม่ครบตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 3. เพราะขาดอุปกรณ์พื้นฐานมากกว่าร้อยละ 20

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เนื่องจากเริ่มเปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2546 จึงทำให้ขาดความพร้อมในการดำเนินงาน เพราะงบประมาณไม่เพียงพอ แต่ได้ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งมีการจัดสรรไว้เพื่อสนับสนุนงานด้านสาธารณสุข ส่วนการแก้ไขเรื่องขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยการทำหนังสือขอยืมจากโรงพยาบาลชุมชน

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านการเงินและงบประมาณ คือ “อุปกรณ์ขาด เพราะเพิ่งเริ่มดำเนินการ ต้องซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติมเงินไม่พอ ตอนนี้กำลังขออนุมัติโดยใช้เงินบำรุงอยู่ อาจขอองค์กรบริหารส่วนตำบลเพื่อสนับสนุนไม่รู้ว่าจะได้หรือเปล่า ตอนนี้ก็เลยต้องชะลอไปก่อน”

ในส่วนของวัสดุ อุปกรณ์ที่ไม่ได้กำหนดไว้ตามกรอบ แต่มีความจำเป็นในการดำเนินงานใน ศสช. ได้แก่ ไม่มี unit ทำฟัน ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นเก้าอี้สนาม ทำให้มีปัญหาในด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และเนื่องจากมีผู้มารับบริการมากประมาณ 90-120 คนต่อเดือน ทำให้ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เต็มที่

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านวัสดุ อุปกรณ์ คือ “ไม่มี Unit ทำฟัน พอเครื่องมือไม่ค่อยพร้อม ทำให้การให้บริการได้ไม่เต็มที่”

2. ป้ายชื่อสถานีนามัย จากการตรวจสอบ พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 2, ศสช. ที่ 3, และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 1. มีไม่ครบตามเกณฑ์ เพราะป้ายชื่อสถานีนามัยไม่มีแสงส่องสว่างในเวลากลางคืน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เจ้าหน้าที่ขาดการดูแลตรวจสอบอุปกรณ์ เพื่อให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้

3. รั้วมีขอบเขตชัดเจน ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงครึ่งหนึ่งที่ครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. และ ศสช. ที่ 3. ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. มีไม่ครบตามเกณฑ์ และจากการสังเกต พบว่า ลักษณะของรั้วทั้งสองแห่งเป็นรั้วลวดหนามกันเพียงบางด้าน ซึ่งขาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย และบางแห่งมีหญ้าขึ้นรกรุงรัง

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า สภาพพื้นที่ไม่เอื้ออำนวยในการดำเนินการ อีกทั้งมีปัญหาด้านงบประมาณ คือนโยบายของสาธารณสุขจังหวัด เน้นว่าการนำเงินในระบบ UC ไปใช้ หากไม่ส่งผลให้เกิดการสร้างสุขภาพของประชาชนให้ระดับโครงการดังกล่าวออกไปก่อน

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านการเงินและงบประมาณ คือ “การใช้เงินทำรั้วต้องเป็นงบประมาณของงบประมาณปี ใช้เงิน UC ไม่ได้ คือ สรุปว่าการก่อสร้างทั่วไปที่ไม่จำเป็นต่อคนไข้ให้ชะลอก่อน เพราะฉะนั้นรั้วก็เลยยังไม่ทำ”

4. บริเวณของสถานีนามัยได้รับการดูแล ซึ่งจากการสังเกตบริเวณของ ศสช. พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1, ศสช. ที่ 2, และ ศสช. ที่ 3. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 4. มีไม่ครบตามเกณฑ์ เพราะขาดความสะอาด

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ก่อนการประเมินครั้งนี้ได้ทำโครงการ 5 ส. จึงมีป้ายระบุเขตความรับผิดชอบอยู่ในแต่ละส่วนในบริเวณของสถานีนามัย ในการนี้จึงยึดตามโครงการดังกล่าวเพื่อความต่อเนื่อง แต่เพราะภาระการทำงานมากขึ้นเจ้าหน้าที่บางคนจึงไม่มีเวลาดำเนินการในส่วนดังกล่าว

5. สวนสมุนไพร มีสมุนไพรครบ 5 ชนิด พร้อมป้ายชื่อ ได้แก่ ฟ้ายะลวยโจร, ขมิ้นชัน, ชุมเห็ดเทศ, ว่านหางจระเข้, เสลดพังพอนตัวเมีย ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงครั้งหนึ่งที่ครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 3. มีไม่ครบตามเกณฑ์ เพราะมีสมุนไพรไม่ครบ 5 ชนิด และไม่มีป้ายชื่อพร้อมการบอกสรรพคุณ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เดิมเป็นสถานีนามัยทดแทน แต่เมื่อสร้างเป็น ศสช. มีปัญหาในเรื่องของพื้นที่ในการจัดทำสวนสมุนไพร ซึ่งได้แก้ปัญหาโดยการปลูกสมุนไพรในกระถาง และจัดเป็นสัดส่วนแทนการทำเป็นสวนสมุนไพร และก่อนทำการประเมินฯ ทาง ศสช. ได้มีการปรับปรุงสถานที่บางส่วน และได้มีการเคลื่อนย้ายกระถางสมุนไพร ซึ่งในวันที่คณะกรรมการทำการประเมินฯ เจ้าหน้าที่ไม่ได้นำกระถางมาจัดเรียงเหมือนเดิม

6. เต้าเผาขยะ ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีเต้าเผาขยะตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 2. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะไม่มีเต้าเผาขยะ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เดิมมีเต้าเผาขยะ แต่เมื่อดำเนินการสร้างเป็น ศสช. แล้วมีปัญหาเรื่องพื้นที่ และเหตุผลหลักในการนำขยะไปกำจัดที่โรงพยาบาล เพราะปริมาณขยะติดเชื้อมีมาก และการกำจัดขยะติดเชื้อมันเต้าเผาธรรมดาที่ใช้โดยทั่วไปประสิทธิภาพไม่สูงพอในการป้องกันการแพร่เชื้อ ซึ่ง ศสช. ตั้งอยู่ในเขตชุมชนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงได้ และการสร้างเต้าเผาขยะที่มีประสิทธิภาพสูงเพียงพอต่อการป้องกันการแพร่เชื้อต้องใช้งบประมาณสูง ซึ่งปัจจุบันงบประมาณมีจำกัดไม่เพียงพอในการจัดสรรมาใช้ในส่วนนี้ เจ้าหน้าที่จึงมีความเห็นว่า การนำขยะไปทำลายที่ โรงพยาบาล เป็นวิธีแก้ไขที่ดีที่สุด ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน ศสช. ได้อธิบายวิธีการเก็บขยะว่า เก็บทุกวันโดยการบรรจุในถุงสองชั้นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและถุงทุกใบมีฉลากระบุถึงชนิดของขยะ วันที่เก็บ และมีการเซ็นชื่อผู้เก็บทุกครั้ง

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านบริหารจัดการ คือ “การกำจัดขยะติดเชื้อนำไปกำจัดที่โรงพยาบาลสรรพยา เนื่องจากขยะติดเชื้อไม่สามารถทำลายได้ในเตาเผาขยะธรรมดา และอาจก่อให้เกิดอันตราย แล้วในการทำลายขยะที่มีอันตรายขนาดนี้ต้องใช้เตาเผาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อที่ดี ซึ่งเตาประเภทนี้ก็ต้องใช้งบประมาณที่สูงมาก จึงเห็นว่านำไปทำลายในโรงพยาบาลน่าจะปลอดภัยกว่า แต่ในการขนส่งเพื่อนำไปทำลายทางเจ้าหน้าที่ก็มีระบบการบรรจุขนส่งที่รัดกุมมีการระบุน้ำเก็บ ระบุชนิดของขยะ และบรรจุถุง 2 ชั้นเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ”

ด้านการเงินและงบประมาณ คือ “เตาประเภทนี้ก็ต้องใช้งบประมาณที่สูงมาก”

7. มีกริ่งสำหรับเรียกเจ้าหน้าที่พร้อมป้าย ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า ศสข. ส่วนใหญ่มีกริ่งสำหรับเรียกเจ้าหน้าที่พร้อมป้าย คือ ศสข. ที่ 1. ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 3. ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่า กริ่งสามารถใช้งานได้ และอยู่ด้านหน้าประตูทางเข้า ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสข. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะไม่มีการติดตั้งกริ่งและป้าย

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า การให้บริการของ ศสข. ที่ 4. ต่างจาก ศสข. อื่นๆ คือไม่เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ เพราะตั้งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล ซึ่งการมารับบริการนอกเวลาราชการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะไปที่โรงพยาบาลโดยตรง จึงมีความเห็นว่าเป็นการซ้ำซ้อนมากกว่า และเพื่อเป็นการลดต้นทุน จึงไม่เปิดให้บริการนอกเวลาใน ศสข. ที่ 4.

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารจัดการ คือ “ไม่มีการเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ เหมือนในหน่วยบริการอื่นๆ เพราะเห็นว่าซ้ำซ้อน และเห็นว่าตั้งอยู่ในบริเวณของโรงพยาบาล ถ้าหากผู้ป่วยมารับบริการนอกเวลาก็สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ทันที จึงไม่ได้ดำเนินการติดตั้ง”

8. จัดสถานบริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งจากการสังเกต พบว่า ศสข. ส่วนใหญ่มีป้ายแสดงชัดเจน คือ ศสข. ที่ 1. ศสข. ที่ 3. และ ศสข. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสข. ที่ 2. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะไม่มีป้ายแสดงชัดเจน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ในปัจจุบันรัฐบาลได้ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์ทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์ รวมถึงการรณรงค์เป็นประจำอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ จึงเห็นว่าประชาชนน่าจะมีการรับรู้และร่วมปฏิบัติในกฎหมายดังกล่าว จึงไม่ได้ดำเนินการติดป้ายแสดงเขตปลอดบุหรี่ในบริเวณ ศสข. ซึ่งปกติผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่ในเขต ศสข. อยู่แล้ว

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารจัดการ คือ “เห็นว่ามีการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบริการต่างๆ แล้ว เลยคิดว่าผู้ที่มารับบริการก็น่าจะรู้กฎหมายข้อนี้ดี เพราะมีการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างมาก จึงไม่ได้ทำป้ายแสดง เขตปลอดบุหรี่ในสถานบริการ”

9. มุมโอ อาร์ ที (Oral Rehydration Treatment: ORT) จากการสังเกต พบว่า ศสข. ส่วนใหญ่มีการจัดตั้งมุมโอ อาร์ ที ครบตามเกณฑ์ คือ ศสข. ที่ 1. ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 3. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสข. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะไม่มีการจัดตั้งมุม โอ อาร์ ที

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ตามเกณฑ์มาตรฐานต้องจัดตั้งมุมสาธิตการทำน้ำเกลือแร่ โดยต้องจัดให้มีขวดน้ำเปล่า, เกลือ, และน้ำตาล เพื่อสาธิตให้ผู้รับบริการดู แต่เจ้าหน้าที่เห็นว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีในการนำเสนอมีการพัฒนาขึ้นมาก และการสาธิตในแบบเดิมไม่ได้รับความสนใจ เพราะในปัจจุบันการผสม ORS เพื่อรับประทานเองมีน้อย เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและสะดวกกว่าการผสมเอง (แบบเดิม) เจ้าหน้าที่จึงเสนอให้ทางคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์ใหม่ โดยขอใช้โปสเตอร์นำเสนอแทนการจัดตั้งมุม โอ อาร์ ที

10. อัตราค่าบริการตามกฎกระทรวง ซึ่งจากการสังเกต พบว่า มี ศสข. เพียงส่วนน้อยที่มีครบและแสดงให้เห็นชัดเจน คือ ศสข. ที่ 1. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสข. ที่ 2. ศสข. ที่ 3. และ ศสข. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะไม่มีการแสดงให้เห็นชัดเจน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ได้จัดทำแล้ว แต่แต่ไม่ได้ติดแสดงให้เห็นได้ชัดเจน เนื่องจากไม่สะดวกในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ และมีการเก็บเงินจากผู้รับบริการไม่บ่อยนัก เนื่องจากผู้รับบริการที่มีความสามารถในการจ่ายส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าจึงสามารถจ่ายราคาที่ใช้ใน ศสข. ได้ และเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องทำ

11. มีนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากการสังเกต พบว่า ศสข. ส่วนใหญ่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสข. ที่ 1. ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสข. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีไม่ครบและไม่แสดงให้เห็นชัดเจน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า คณะกรรมการที่ทำการตรวจมีหลายท่าน และแต่ละท่านตรวจเฉพาะเกณฑ์ที่ได้รับมอบหมาย ส่วนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน ศสข. มีประมาณ 3-5 คน และต้องรับผิดชอบในหลายเกณฑ์/ มาตรฐานต่อคน ดังนั้นการหาเอกสารให้คณะกรรมการจึงทำได้ไม่ทั่วถึง และเมื่อคณะกรรมการหาเอกสารเองและไม่พบ จึงให้ตกเกณฑ์ อีกทั้งคะแนนที่ได้มาเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการประเมินฯ มาตรฐานไม่ลงลึกในรายละเอียด ตรวจเพียงการมีครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น อาจมีอคติ เพราะวัดแต่ปริมาณไม่คำนึงถึงคุณภาพ ซึ่งจากการสัมภาษณ์

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน CUP ถึงหลักการที่ใช้ในการประเมิน ได้ชี้แจงว่า มีการประชุมคณะกรรมการแล้วแยกกันดูตามเกณฑ์ ซึ่งคณะกรรมการต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี แต่การตรวจแบบนี้มักจะมีอคติ เพราะฉะนั้นควรมีคณะกรรมการกลางลงไปตามเช็คอีกครั้ง

ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนโยบายว่า เป็นนโยบายใหม่ และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คิดเร็ว ทำเร็ว ไม่คำนึงถึงขวัญกำลังใจของบุคลากร ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านย่อมมีปัญหา แต่ในเมื่อเป็นนโยบายทุกคนจะต้องปฏิบัติตาม ซึ่งความชัดเจนของนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติไม่ชัดเจนทำให้ท้อ

12. ตู้หนังสือหรือมุมวิชาการ ซึ่งจากการสังเกต พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีการจัดเก็บเอกสารเป็นหมวดหมู่ คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกมีร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะไม่มีการจัดเก็บหนังสือ หรือเอกสารให้เป็นหมวดหมู่

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เริ่มเปิดดำเนินการเป็น ศสช. เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2546 ทำให้ขาดความพร้อมในการดำเนินการ เพราะการดำเนินการในส่วนอื่นเร่งด่วนมากกว่า ดังนั้นจึงต้องชะลอการดำเนินการออกไปก่อน ซึ่งกำลังดำเนินการแก้ไขอยู่

13. ห้องพัสดุ ซึ่งจากการสังเกต พบว่า มี ศสช. เพียงส่วนน้อยที่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 3. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะห้องพัสดุไม่สะอาด และขาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เกิดความผิดพลาดที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ เพราะปกติจะต้องมีการดำเนินการอยู่เสมอ แต่ปัจจุบันงานประจำค่อนข้างมาก จึงไม่มีเวลาดำเนินการให้เรียบร้อย

14. มีถังขยะ ซึ่งจากการสังเกตและตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงส่วนน้อยที่มีถังขยะครบและแยกขยะได้ถูกต้อง คือ ศสช. ที่ 1. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 2. ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะแยกไม่ถูกต้อง

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า มีการประชาสัมพันธ์ และรณรงค์พร้อมทั้งติดป้ายบอกวิธีการแยกขยะในบริเวณที่มีถังขยะตั้งอยู่ แต่ประชาชนยังให้ความร่วมมือค่อนข้างน้อย

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เกณฑ์ที่ 3 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

3.1. มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมและปรับปรุงบริการ

1. มีข้อมูลฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีข้อมูลที่มีการขึ้นทะเบียนเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ดี คือระหว่าง 98-100% คือ ศสช. ที่ 1, ศสช. ที่ 3, และ ศสช. ที่ 4.

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ในระยะแรกของการดำเนินงาน ศสช. ได้เปิดให้บริการในช่วงภาคบ่าย และให้ประชาชนไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใน ศสช. ทุกคนออกสำรวจข้อมูลพื้นฐานประชากร ซึ่งหลังจากได้รับการจัดสรรบุคลากรเพิ่ม คือมีพยาบาลลงปฏิบัติงานในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่ใน ศสช. สามารถออกสำรวจได้มากขึ้น และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน CUP ได้ชี้แจงว่า ระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนมีการปรับปรุงใหม่ทุก 2-3 เดือน และในปัจจุบันมีระบบการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูล ซึ่งหากพบว่ามีกรเข้าซ้อนจะไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ คือ “มีการเร่งออกสำรวจให้เสร็จตั้งแต่เริ่มโครงการ คือในช่วงแรกเปิดในช่วงกลางวัน ให้คนไข้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเลยก็เลยเสร็จทัน”

อีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 2. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีข้อมูลที่มีการขึ้นทะเบียนเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่ากำหนด คือมีเพียง 94-97%

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เดิมมีพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน หลังจากได้ดำเนินการเป็น ศสช. มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งรับเพิ่มจากตำบลอื่น หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลได้ระยะหนึ่ง ก็มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่รับผิดชอบอีกครั้ง เพราะพื้นที่ที่รับเพิ่มจากตำบลอื่นใกล้สถานีอนามัยที่เป็นเครือข่ายมากกว่า ทำให้การแก้ไขข้อมูลล่าช้ากว่าที่กำหนด และสาเหตุที่จำนวนประชากรขึ้นทะเบียนไม่ครบ 100% เพราะว่าข้อมูลเกี่ยวกับประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพราะมีประชากรเกิดและตายทุกวัน เช่น ในวันที่ 20 เมษายน 2546 เด็กที่เกิดใหม่ต้องขึ้นทะเบียน เพื่อทำบัตรเด็ก 0-12 ปี เด็กที่มีอายุ 12 ปีย่าง 13 ปี ต้องเปลี่ยนเป็นบัตรเด็กนักเรียนสำหรับเด็กที่เรียน แต่สำหรับเด็กที่ไม่เรียนต้องทำบัตรทอง 30 บาท ส่วนลูกจ้างที่ออกจากงานบัตรประกันสังคมก็ต้องหมดอายุ ต้องเปลี่ยนเป็นบัตรทอง 30 บาท รวมถึงปัญหาบัตรประกันสังคมของลูกจ้างที่นายจ้างปิดบัง เนื่องจากกฎหมายเข้าไม่ถึงทำให้ลูกจ้างเสียประโยชน์ในสิทธิที่ควรจะได้ เพราะประกันสังคมมีการคุ้มครองที่มากกว่า ส่วนผู้ที่อายุ 59 ปีย่าง 60 ปีก็ต้องทำบัตรผู้สูงอายุ และยังคงเจอกับปัญหาการมีสิทธิซ้ำซ้อนของข้าราชการ เช่น บุตรที่บรรลุนิติภาวะก็

ไม่สามารถทำการเบิกได้ ก็ต้องทำบัตรทอง 30 บาทให้ ซึ่ง บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาเพียงพอในการดำเนินการในส่วนนี้ เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับระบบข้อมูลฐานประชากรดังกล่าว และบางครั้งการตามแก้ไขสิทธิทำได้ยาก เพราะส่วนมากที่ได้รับการแก้ไขเพราะผู้ป่วยเจอปัญหากับตนเอง เช่น เข้ารับการรักษาแล้วบัตรใช้ไม่ได้ ก็ต้องรีบมา แก้ไขสิทธิในคอนั้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ระบุว่าปัญหาอยู่ที่ CUP ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลใหม่มาให้แก้ไขอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ คือ “มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ที่รับผิดชอบหลายครั้ง ซึ่งก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ดำเนินการในข้อมูลตรงนี้ช้าลง และทำให้ต้องมีการแก้ไขข้อมูลบ่อย อีกอย่างข้อมูลประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เช่นเด็กอายุ 0-12 ปี ที่เป็นเด็กเกิดใหม่มีการแจ้งเกิดก็ต้องมีการขึ้นทะเบียนทำบัตรใหม่ให้ เด็กที่อายุ 12 ปีก็ต้องยื่นทำบัตรเป็นเด็ก 13 ปีหรือบัตรเด็กนักเรียนมัธยม บัตรประกันสังคมที่ออกจากงานแล้วสิทธิในการรักษาทั้งหมดตาม ก็ต้องมาทำบัตรทอง แล้วคนที่อายุ 59 ปี ก็ต้องมายื่นทำบัตรผู้สูงอายุเมื่อครบ 60 ปี ยังต้องรวมถึงบุตรข้าราชการที่บรรลุนิติภาวะ หรือที่บิดามารดาหมดสิทธิที่จะเบิกให้ได้ (อายุ 20 ปี) ซึ่งตอนนี้ก็ยังมีปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนอยู่”

“เรื่องข้อมูลบัตร ทางโรงพยาบาล ไม่ได้ไล่ทีแผ่นมาให้ Update จะรู้ว่ามีปัญหา ก็ต่อเมื่อเจอผู้ป่วย แยกยาก เพราะฉะนั้นต้องรอให้เจอ Case เอง สิทธิ จึงจะได้รับการแก้ไข”

2. มีระบบข้อมูล เพื่อการกำกับผลงาน ความครอบคลุม คุณภาพงาน ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสารบันทึกและแผนการเยี่ยม ซึ่งคณะกรรมการต้องสุ่มตรวจผลการณรงค์จำนวน 1 โรค พบว่า ศสช.ส่วนใหญ่มีการติดตามมากกว่า 80% คือ ศสช. ที่ 1, ศสช. ที่ 2, และ ศสช. ที่ 4. อีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีการติดตามไม่ถึง 60%

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า การตรวจในส่วนนี้ คณะกรรมการได้สุ่มเรื่องการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า ไม่มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่ม เนื่องจากในระยะนี้กำลังพัฒนา ศสช. ทำให้มีการะการทำงานเพิ่มขึ้น จึงยังไม่มีการดำเนินการติดตามกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

3. มีบริการเยี่ยมบ้านและดำเนินงานในชุมชน เพื่อติดตามบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการตรวจสอบแฟ้มอนามัยครอบครัว และแผนการปฏิบัติงานในชุมชน พบว่า ศสช. ทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เพราะมีบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนน้อยกว่า 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า มีการวางแผนการปฏิบัติงานในชุมชน แต่การปฏิบัติยังดำเนินการได้เพียงเล็กน้อย เพราะเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ซึ่งในปัจจุบัน ศสช. ต้องรับ

ภาระในด้านการรักษาพยาบาลอย่างมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ออกดำเนินงานในชุมชนไม่ได้เท่าที่ควร ซึ่ง CUP ได้แก้ปัญหา โดยการจัดสรรพยาบาลให้มาช่วยปฏิบัติงาน แต่ส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน จึงทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการประชุมชี้แจงแนวทางคร่าวๆ เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน แต่ผู้ที่เข้ารับการประชุมมักเป็นหัวหน้า ซึ่งในความเป็นจริง ควรเรียกเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ปฏิบัติเข้ารับการประชุมมากกว่า

นอกจากนั้นในระยะแรกการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามผู้ป่วยยังดำเนินการได้น้อย เพราะแนวทางในการเก็บข้อมูลไม่ชัดเจน ส่งผลให้ ศสช. แต่ละแห่งมีการเก็บข้อมูล และการบันทึกข้อมูลที่แตกต่างกัน อีกทั้งนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเร่งให้ ศสช. ทุกแห่งสำรวจ Family Folder ให้เสร็จภายในเดือนกรกฎาคม ทำให้เจ้าหน้าที่จึงเห็นความสำคัญในการเก็บข้อมูลใน Family Folder มากกว่าการออกชุมชน เพื่อการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการสำรวจ Family Folder ต้องการข้อมูลเพียงที่กำหนด แต่การออกเยี่ยมบ้านนั้น เจ้าหน้าที่จะต้องซักถามถึงรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม และการลงชุมชนของเจ้าหน้าที่ในปัจจุบันจะลงเฉพาะที่พบปัญหา แต่ในสถานการณ์ปกติเจ้าหน้าที่มักไม่ค่อยลงชุมชน ทำให้ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านบุคลากร คือ “เขาให้ทำแผนเยี่ยมบ้าน แต่พยาบาลมีไม่ประจำ แล้วมีคนน้อย และก็ยังทำไม่เป็นอีก ก็เลยตก”

ด้านบริหารจัดการ คือ “มีปัญหาเรื่องการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือที่ผิคนัด มักไม่ค่อยได้ออก เพราะผู้ป่วยที่มารับบริการที่นี่สูงมาก ประมาณ 1,600 คนต่อเดือน ทำให้เสียเวลาในส่วนนี้มากกว่า”

“อีกอย่างการลงชุมชนมักลงเมื่อเวลาที่พบปัญหา แต่ตอนที่อยู่ในภาวะปกติมักไม่ค่อยลง เป็นข้อเสียอย่างหนึ่งที่ทำให้ชุมชนไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เพราะเวลาไหนที่หมอต้องการความร่วมมือถึงจะลงมาในหมู่บ้านเท่านั้น อีกอย่างการเยี่ยมบ้านต้องใช้เวลาตามกำหนดของสสจ. ต้องให้เสร็จ 100% ภายในเดือน ก.ค.46 นี้ แต่ตอนนี้ชนกับงานใช้เลือดออก ซึ่งต้องรีบดำเนินการอีก ทำให้ไม่มีเวลามากขึ้น”

“การออกเยี่ยมบ้านไม่เคยทำ รูปแบบเป็นอย่างไรไม่รู้ ยังไม่พร้อม ไม่มีเวลา พวกข้างบนก็เรียกประชุมบ่อยมาก บุคลากรก็ไม่พอ รูปแบบที่แท้จริงของ ศสช. เป็นไง อยากจะรู้ว่าบทสรุปของการดำเนินการเป็นอย่างไร ไม่ใช่ว่าลงสำรวจแล้ว ลงสำรวจอีก”

4. มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสารและแผนงานพบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. อีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 3. มีไม่ครบ 3 แผนตามเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ยังมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย และระบบเครือข่ายยังไม่พร้อม จึงยังไม่ได้ดำเนินการให้เรียบร้อย

5. ศสข. มีการปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายมีทีมงานสุขภาพ ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มี ศสข. เพียงครั้งหนึ่งที่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสข. ที่ 1. และ ศสข. ที่ 4.

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า การทำงานเป็นทีมมีความร่วมมือกันค่อนข้างดี โดยมีแนวทางการดำเนินการในลักษณะของการทำเป็นแบบอย่างก่อน และให้เครือข่ายดำเนินการตาม เพื่อลดปัญหาความแตกต่าง หรือข้อขัดแย้งที่อาจเกิดตามมา

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ คือ “ทีมงานก็มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือการทำงานใน ศสข. ส่วนมากก็ร่วมมือกันดี แต่เนื้องานมักทำในหน่วยของตัวเองก่อนก่อนที่จะลงไปช่วยเหลือ ซึ่งก็เพื่อให้เป็นแนวทางก่อน”

ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 3. มีไม่ครบตามเกณฑ์ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า บุคลากรส่วนใหญ่ยังยึดติดกับการปฏิบัติงานในรูปแบบเดิม คือการทำงานในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งในปัจจุบันนี้การปฏิบัติงาน ศสข. ต้องทำในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับซึ่งค่อนข้างหนัก แต่งานในสถานีนามัยเครือข่ายกลับเบาลง เจ้าหน้าที่บางส่วนไม่ต้องการรับภาระมากจึงอยู่แบบตัวใครตัวมันมากกว่าร่วมกันทำเป็นเครือข่าย แต่ก็ยังเป็นเพียงบางทีมงานเท่านั้นที่มีปัญหาในส่วนนี้ ซึ่งการบริหารในระบบเครือข่ายที่มีปัญหานี้ อาจเกิดจากการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน และการไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของระบบเครือข่าย เช่น ศสข. บางแห่งบริหารงานโดยใช้ระบบรวมอำนาจไว้ที่ ศสข. และให้สถานีนามัยเครือข่ายปฏิบัติตาม ส่งผลให้เกิดการต่อต้านสำหรับการปฏิบัติงานร่วมกับสถานีนามัยเครือข่ายไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร เช่น สถานีนามัยเครือข่ายไม่เร่งพัฒนาคุณภาพบริการของตนเอง ทำให้มีผู้ไปรับบริการน้อย แต่ทำให้ปริมาณผู้รับบริการใน ศสข. เพิ่มมากขึ้น ทำให้ ศสข. ไม่สามารถปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ นอกจากนี้สถานีนามัยเครือข่ายยังไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับ ศสข. เช่น ไม่ออกเยี่ยมบ้านพร้อมกันเป็นทีม ซึ่ง CUP ได้แก้ปัญหาโดยจัดสรรบุคลากรใหม่ และย้ายเจ้าหน้าที่บางส่วน พร้อมทั้งปรับระบบงานใหม่อีกทั้งให้ ศสข. เป็นผู้พิจารณาความดีความชอบ ในส่วนของการนิเทศงาน เป็นแบบแยกส่วนไม่มีการตรวจทั้งเครือข่าย

ในส่วนของการสนับสนุนในด้านต่างๆ ของ CUP ที่ต้องให้แก่ ศสข. นั้น ก็ยังมีปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนบุคลากร เช่น ควรจัดให้มีแพทย์หมุนเวียนมาปฏิบัติงานใน ศสข. ตามเกณฑ์ที่กำหนด และต้องมาปฏิบัติงานให้เต็มเวลา ซึ่งแพทย์มาไม่ค่อยตรงเวลา ทำให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำมีปัญหากับผู้รับบริการ แต่จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน CUP ได้ชี้แจงว่า ที่ไม่

สามารถสนับสนุนได้เต็มที่ เพราะการบริหารภายใน CUP ก็ยังไม่เป็นระบบเช่นกัน ซึ่งในขณะนี้ยัง สับสน และระเบียบก็ไม่เอื้ออำนวย การสนับสนุนด้านงบประมาณบางส่วนก็ได้รับจาก อบต. ทำให้ งบประมาณขาดงบประมาณได้ในบางกิจกรรม

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ ในด้านต่างๆดังนี้

ด้านบุคลากร คือ “บุคลากรส่วนใหญ่ยังติดกับการทำงานแบบเก่า คือตัวใคร ตัวมัน งานลำบากไม่เอา”

“เครือข่ายเกือบทุกการทำงานดี แต่เจ้าหน้าที่ที่ยังยึดติดของใครของมัน”

“ระบบเครือข่ายก็ทำงานแบบตัวใครตัวมันเท่านั้น ไม่ทำกันเป็นทีม”

ด้านบริหารจัดการ คือ “ระบบบริหารดีแต่รายบุคคลไม่ค่อยดี การติดต่อ ประสานงานในรูปของเครือข่ายไม่ดี การนิเทศงานแบ่งแยกของใครของมันถ้ามีปัญหาจะช่วย สนับสนุนส่งเสริมให้บ้าง แต่งานที่ ศสช. มีมากมักเข้าไปไม่ได้ ส่วนตัวเองเองก็นิ่ง เราก็เลยต้องนิ่ง ไม่รู้จะไปช่วยอะไร”

“เครือข่ายของ ศสช. มีการประสานงานมีปัญหาบ้าง ซึ่งทาง CUP ก็ได้ช่วย แก้ปัญหาให้แล้วโดยการย้ายเจ้าหน้าที่ และให้มีการปรับระบบงานใหม่ แต่ระบบเครือข่ายก็ยัง ทำงานแบบตัวใครตัวมัน ไม่ทำกันเป็นทีม”

“การบริหารของสอ. ที่เป็นเครือข่ายต่ำ ทำให้คนไข้ไปรับบริการใน ศสช. มากขึ้น เพราะฉะนั้นเป็นเพิ่มภาระ ศสช.”

“ระบบเครือข่ายยังดำเนินการได้ไม่ดีพอ คล้ายกับไม่เข้าใจงาน เพราะฉะนั้น ยังอยากอยู่แบบตัวใครตัวมัน ซึ่งไม่ใช่แนวคิดของระบบ ศสช. และการทำงานก็ได้วางแผนไว้บ้าง แต่ที่ทำตามนั้นยังน้อย เพราะจำนวนคนไข้มากเหลือเกิน”

“CUP ไม่รวมกับ สสอ. (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) เพราะฉะนั้นในเรื่อง ของการขอความร่วมมือจึงมีหัวหน้า 2 คน พยายามแก้ไขโดยเอาคนไปประสานงานกันให้มากขึ้น”

“ความพร้อมของ CUP มีมากกว่า ฉะนั้นเวลาที่มีความต้องการอยากให้นำช่วย ด้วยความรวดเร็วและเต็มเวลา เช่น แพทย์มาครึ่งวันแต่มาไม่ตรงเวลา แลกลับก่อนเวลา อยากให้ สนับสนุนกำลังคน เครื่องมือในการดำเนินการต่าง ๆ”

“CUP สนับสนุนไม่ได้เต็มที่ เพราะตัวเองก็แย่ ทุกแห่งจะเน้นที่ Process มากกว่า ไม่ดู Output ตอนนี้เริ่มสับสนว่าดูอะไรกันแน่ นโยบายชัดเจนดี แต่ระเบียบไม่เอื้ออำนวยเท่าไร CUP เลยช่วยได้ไม่เต็มที่”

“ยังมีการแบ่งเรื่องหน้าที่รับผิดชอบยังไม่ชัดเจน เช่น พวกคำสั่งมีเอกสาร แนวทางดี แต่ศักยภาพไม่ดีเลย แล้วอีกอย่างฟังจะเปิดก็เลยตก”

“ทีมสุขภาพเป็นแบบตัวใครตัวมัน ห่วงตัวเองมากกว่า นัดเยี่ยมเป็นทีมก็ไม่มา ภาระในการรักษาเพิ่มมากขึ้น เพราะเครือข่ายไม่ work”

“อยากได้เจ้าหน้าที่เพิ่มทั้งแพทย์ ทันตภิบาล ให้ครบเพราะวันที่ให้โรงพยาบาลไม่มา คนที่รับหน้าคือเจ้าหน้าที่ที่ทำงานใน สอ. ทำใจลำบากในการแก้ตัวให้แต่ละครั้ง ทำให้ทะเลาะกับคนไข้ด้วย ซึ่งบางทีหมอนัดทำฟันวันนี้ บ้านคนไข้ก็อยู่ไกลต้องเหมารถมา ค่าใช้จ่ายก็เยอะ แต่พอมา หมอกลับไม่มา มันเสียเวลาคนไข้ แล้วก็เสียความรู้สึก”

ด้านการเงินและงบประมาณ คือ “ส่วนความร่วมมือของ อบต. ดี ให้ทั้งงบประมาณและความร่วมมือในด้านอื่น ๆ”

6. มีการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงาน ซึ่งจากการตรวจสอบจากสมุดบันทึกการประชุม พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีการประชุมทุกเดือน คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. อีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 2. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีการประชุมไม่ครบทุกเดือน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ในช่วงแรกมีการประชุมใน ศสช. ทุกเดือน เพราะนำปัญหาที่พบมาปรึกษาทีมงานเพื่อหาทางแก้ไข แต่ในปัจจุบันมีการประชุมน้อยลง และเจ้าหน้าที่แต่ละคนก็มีภาระการทำงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการเรียกประชุมและอบรมบ่อย

ส่วนเรื่องการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานเจ้าหน้าที่แสดงความคิดเห็นว่า ยังจัดสรรเวลาไม่ดีพอทำให้ไม่สามารถวางแผนการดำเนินการให้ ชัดเจนได้ การควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานจึงยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหาร ดังนี้ “ไม่ค่อยได้คุยกันสักเท่าไร ปรกตินัดกันทุกวันศุกร์แต่ตอนนี้ไม่ค่อยมีเวลา หัวหน้า ศสช. ทำ HA ให้โรงพยาบาลด้วย ทำให้ตัวเองด้วย ทำทั้ง 2 ที่ไม่ค่อยอยู่ ศสช.”

“มีการประชุมบ่อยในช่วงแรก แต่ตั้งแต่มีงานยาเสพติดไม่ค่อยมีการประชุม”

7. เจ้าหน้าที่สามารถระบุระดับความสามารถการยอมรับของชุมชน และโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ พบว่า ศสช. ทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เพราะไม่มีหลักฐานในการประเมินความพึงพอใจของประชาชน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เจ้าหน้าที่ได้ประเมินความพึงพอใจของประชาชนโดยการสังเกตและซักถามถึงการดำเนินการของ ศสช. ที่ทำในลักษณะ one stop service พบว่า ประชาชนมีความพอใจ เพราะเกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่และกล้าซักถามมากกว่า ซึ่งต่างจากในโรงพยาบาลชุมชน ประชาชนไม่กล้าซักถามพยาบาลเพราะกลัวโดนดุ แต่ในบาง

ศสข. ที่พยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงานประชาชนกลับไม่พอใจในการรักษา เพราะไม่คุ้นเคยกับพยาบาล และจะกลับมารับบริการภายหลังกับเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำแทน

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลในชุมชน เจ้าหน้าที่ให้ความเห็นว่ามักใช้ประสบการณ์ในการทำงานวิเคราะห์ชุมชนมากกว่า ซึ่งไม่ได้เน้นที่วิชาการ แต่เน้นที่การปฏิบัติงาน

ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นในด้านบุคลากร ดังนี้ “เราสามารถทำ ศสข. ในโรงพยาบาล เป็น *one stop service* ได้มากกว่า เร็วกว่า คนไข้พอใจมากกว่า การปะทะกับคนไข้มีน้อยกว่าในโรงพยาบาล เพราะคุ้นเคยกว่าในโรงพยาบาล”

“ผู้ป่วยบ่นพยาบาลในเรื่องการรักษา เพราะผู้ป่วยเก่ารับยาเดิมต้องการแต่ยาตัวเดิม เมื่อไม่พอใจพยาบาล จึงเลี้ยงโดยการมารับบริการในช่วงเวลาที่พยาบาลกลับแล้ว”

“เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถวิเคราะห์ชุมชนได้ อาจเนื่องมาจากเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสถานีนานมัยมาก่อน คือรู้แต่ไม่ได้ออกมาในรูปของงานวิชาการแต่เป็นในรูปของการดำเนินงานมากกว่า”

3.2. บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม

1. มีบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.1. มีบุคลากรที่เป็นพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน ศสข. อัตราส่วนอย่างน้อย 1: 1,250 คน (8: 10,000 คน) ซึ่งจากการตรวจสอบและสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบการจัดบุคลากรให้บริการ พบว่า มี ศสข. เพียงส่วนน้อยที่มีจำนวนพยาบาลเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอัตราส่วน 1: < 1,250 คน ตามเกณฑ์ คือ ศสข. ที่ 1. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสข. ที่ 2. ศสข. ที่ 3. และ ศสข. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะส่วนใหญ่มีจำนวนพยาบาลเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอัตราส่วน 1: > 1,250 คน

1.2. ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 5,000 คน จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบการจัดบุคลากรให้บริการ พบว่า มี ศสข. เพียงครั้งหนึ่งที่มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพในอัตราส่วน 1: < 5,000 คนตามเกณฑ์ คือ ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสข. ที่ 1. และ ศสข. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะส่วนใหญ่มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในอัตราส่วน 1: > 5,000 คน

ซึ่งเจ้าหน้าที่เห็นว่ากรณีพยาบาลลงมาปฏิบัติงานใน ศสข. ทำให้คุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลดีขึ้น เพราะผู้รับบริการพอใจ รับฟังคำอธิบายและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน CUP ได้ชี้แจงเกี่ยวกับการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพว่า มีปัญหาในเรื่อง สามารถอยู่ประจำใน ศสข. ได้เพียง 6 เดือน

ต่อแห่งต่อคนเท่านั้น ซึ่งสาเหตุมาจากปัญหาการประสานงานด้านบุคลากร ซึ่งแก้ไขไม่ได้ อีกทั้งกรอบ กพ. ไม่ได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใน ศสช. และปัญหาของพยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ แต่ไม่ได้รับการปรับตำแหน่งให้ ซึ่งพบว่าปัญหาเหล่านี้ยังไม่มีหลักการที่ชัดเจน

สาเหตุอีกประการที่เกิดปัญหาตั้งแต่การดำเนินโครงการในระยะแรก คือ การลงไปปฏิบัติงานใน ศสช. ของพยาบาลในรุ่นแรกนั้น ต้องทำงานหนัก ซึ่งต่อมามีปัญหาในเรื่องของกรอบอัตราค่าจ้าง และเรื่องการเบิกจ่ายเงินประจำตำแหน่ง จึงย้ายกลับโรงพยาบาล แต่มีการส่งต่อข้อมูลว่างานใน ศสช. เป็นงานที่หนัก ทำให้พยาบาลในรุ่นหลังไม่ต้องการลงไปทำงานใน ศสช. ซึ่ง CUP จึงแก้ปัญหา โดยการให้พยาบาลที่จบการศึกษาใหม่ลงไปปฏิบัติงานแทน และมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าต้องอยู่ใน ศสช. อย่างน้อย 6 เดือนจึงจะสามารถย้ายกลับเข้าโรงพยาบาลได้ เพราะหากไม่ให้ข้อตกลงในข้อนี้พยาบาลจะไม่ลงไปปฏิบัติงานใน ศสช.

ซึ่งเจ้าหน้าที่แสดงความความคิดเห็นดังนี้ “ประสิทธิภาพในการรักษาดีขึ้น การ refer ลดลง ผู้ป่วยรับฟังการรักษาเพิ่มขึ้น ปฏิบัติตัวดีขึ้น”

“พยาบาลในสังกัดโรงพยาบาลลงมาทำงานในหน่วยงานที่รับมอบหมายไม่ได้ชัดเจนมากนัก เพราะทำงานแบบไปกลับ”

“การรักษาพยาบาลยังไม่บรรจุตำแหน่ง GN ให้ ยังไม่มีตำแหน่งหลังจากเรียนจบ กฎหมายสามารถคุ้มครองได้มากน้อยแค่ไหน แล้วมีพยาบาลแบบหมุนเวียน ทำงานลำบากอยู่มา 1 ปี ยังรู้จักชุมชนไม่หมด ต้องย้าย”

“พยาบาลมักเกี่ยงกันลง อาจเป็นเนื่องจากพวกรุ่นแรกๆส่งต่อกันไปว่าลงมาไม่ดีและควรให้ฝ่ายการเป็นฝ่ายพิจารณาเองว่า ถ้าใครพร้อมให้ลงและคัดเอาคนที่มีความสามารถมากกว่าลงจะดีกว่า”

1.3. มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้คำปรึกษา ติดตาม กำกับคุณภาพอย่างประจำ ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 10,000 คน และมีแพทย์ลงมาติดตามในพื้นที่ร่วมกับให้บริการโดยตรง เป็นบางเวลา 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งในส่วนของแพทย์ได้มีการกำหนดว่าแพทย์คนใดในเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบคุณภาพของสถานีอนามัยที่ชัดเจน (ตาราง 4) และมีระบบการให้คำปรึกษา การส่งต่อ ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงครั้งหนึ่งที่มีแพทย์ในอัตราส่วน 1: < 10,000 คน ตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสช. ที่ 1. และ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีแพทย์ ในอัตราส่วน 1: > 10,000 คน

1.4. มีแพทย์ประจำ หรือหมุนเวียนให้บริการ และกำกับการดูแลคุณภาพ บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงส่วนน้อยที่มีแพทย์

อยู่ประจำตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีแพทย์หมุนเวียนให้บริการอย่างน้อย และน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้แสดงความคิดเห็นว่า การมีแพทย์อยู่ประจำใน ศสช. จะเป็นผลดีมากกว่าการมาปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน เพราะสามารถตัดสินใจในเรื่องของข้อมูลที่ต้องการและจำเป็นต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการออกหมู่บ้านเพื่อสำรวจ Family Folder ซึ่งสามารถระบุหัวข้อหรือความต้องการข้อมูลได้ว่า ต้องการข้อมูลอะไร อย่างไร เพราะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ ศสช. แห่งนี้มีข้อมูลฐานประชากรและข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนค่อนข้างสมบูรณ์ แต่การปฏิบัติงานใน ศสช. ที่มีเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่อง และขาดความชำนาญในการออกชุมชน ขาดความคุ้นเคยกับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ก่อให้เกิดการทำงานหรือการประสานงานที่ลำบาก ส่วน ศสช. บางแห่งที่แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ต้องออกให้บริการแบบหมุนเวียนนั้น ปัญหาที่พบบ่อย คือการออกปฏิบัติงานไม่ตรงตามกำหนด และการที่ไม่สามารถระงับวันลงที่แน่นอนในการลงตรวจรักษา ทำให้ ศสช. มีปัญหาในด้านการวางแผนปฏิบัติการในด้านต่างๆ เช่น การประมาณการใช้จ่าย ทำให้การเบิกยาและเวชภัณฑ์ทำได้ยาก อีกทั้งยังทำให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำมีปัญหากับผู้รับบริการอีกด้วย

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ ดังนี้ “การที่มีผู้บริหารอยู่ประจำ หมายถึงอยู่ด้วยกันตรงนี้เขาสามารถช่วยบริหารงานได้ บอกรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลในการที่ต้องใส่ลงใน Family Folder ได้ทำให้ได้ข้อมูลที่สามารนำไปให้ได้ค่อนข้างดี แต่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรบ่อย แล้วที่ลงมาทำงานก็ไม่ชำนาญ ทำให้ทำงานลำบาก”

“บางที่แพทย์ระงับวันลงไม่ได้เลยทำให้การวางแผนในการเบิกยาทำได้ลำบาก เพราะ ไม่รู้จำนวนที่แท้จริง”

1.5. ทัศนแพทย์ และ/ หรือทันตภิบาลในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1: 20,000 คน ซึ่งยกเว้นใน ศสช. ที่ 4. ไม่ทำการตรวจสอบ เนื่องจากให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน จากการตรวจสอบ พบว่า ศสช. ทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีทัศนแพทย์ในอัตราส่วน 1: > 20,000 คน ซึ่งในพื้นที่ที่มีทัศนแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1: 20,000 คน ภายใต้การดูแลของทัศนแพทย์รวมทั้งหมดไม่เกิน 1: 40,000 คน พบว่า ทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีทันตภิบาลในอัตราส่วน 1: > 10,000 คน ภายใต้การดูแลของทัศนแพทย์รวมทั้งหมดมากกว่า 1: 40,000 คน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า สาเหตุที่ ศสช. ทุกแห่งมีทัศนแพทย์ในอัตราส่วน 1: > 40,000 คน เนื่องจากอำเภอสรรพขามมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 48,053 คน ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนมีทัศนแพทย์เพียงคนเดียว

1.6. ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลต้องปฏิบัติงานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง หากเป็นไปได้ควรอยู่ประจำ และมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลประจำ หรือหมุนเวียนให้บริการ ซึ่ง ยกเว้นใน ศสช. ที่ 4. ไม่ทำการตรวจสอบ เนื่องจากให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน จากการ ตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงแห่งเดียว (ร้อยละ 33.33) ที่มีทันตภิบาลอยู่ประจำ คือ ศสช. ที่ 2. ส่วนอีกร้อยละ 66.66 คือ ศสช. ที่ 1. และ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีทันตภิบาลอยู่ประจำ หรือหมุนเวียนให้บริการอย่างน้อย และน้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า มีปัญหาเรื่องการออกให้บริการของ แพทย์และทันตภิบาล ซึ่งตารางกำหนดการออกให้ในวันจันทร์ของทุกสัปดาห์ แต่แพทย์และทันตภิบาลมาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง และปัญหาเกี่ยวกับการออกปฏิบัติงานของทันตภิบาล คือไม่ทำงานแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งมาให้บริการถอนฟันเพียงอย่างเดียว แต่ไม่เก็บรวบรวมรายงาน และเมื่อถึงเวลาส่งรายงานจึงต้องติดต่อขอข้อมูลจากสถานบริการ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้แก่เจ้าหน้าที่ ดังนั้นทันตภิบาลควรมีการเก็บรวบรวมรายงานการให้บริการทันตกรรม (ถอนฟัน) ภายหลังการ ออกปฏิบัติงานในครั้งนั้นๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจากการสังเกตของเจ้าหน้าที่ พบว่า ในช่วงบ่ายทันตภิบาลจะว่าง และปัญหาเหล่านี้ได้แจ้งให้หัวหน้านำเข้าไปประชุมของ CUP แต่ไม่ได้รับการแก้ไข

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ ดังนี้ “อยากได้ทันตภิบาลมา ประจำ ซึ่งปัจจุบันมีมาเวียนสัปดาห์ละครั้ง (ทุกวันจันทร์) แต่มาบ้างไม่มาบ้าง รวมไปถึงแพทย์ด้วย เหมือนกัน ฝ่ายหัวหน้านำเข้าไปประชุมแล้วแต่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมาก และในการมาออกให้ บริการแบบนี้ น่าจะทำให้ทำการเก็บรวบรวมรายงานไปเลยในแผนกของการให้บริการทันตกรรม ไม่ใช่ มาเพียงแค่ออกให้บริการเท่านั้น เพราะบางครั้งหลังจากให้บริการแล้วช่วงบ่ายจะว่างน่าจะเก็บรวบรวม รายงานไปเลย เพราะเจ้าหน้าที่ที่สถานีอนามัยก็ถอนฟันต่อไม่ได้อยู่แล้ว ไม่ใช่มาถอนฟันอย่างเดียว”

1.7. มีเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหายา จัดเก็บยาบริหารเวชภัณฑ์ และจ่ายยาให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน และร่วมให้บริการในหน่วยบริการ ที่มีแพทย์ให้บริการ จากการตรวจสอบ พบว่า มีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในอัตราส่วน 1: น้อยกว่า 20,000 คน ร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 1.ศสช. ที่ 3.และ ศสช. ที่ 4.ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 2.ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในอัตราส่วน 1: มากกว่า 30,000 คน

1.8. มีเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรจัดเวลาออกมาดูแล ศสช. / สถานี อนามัย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง จากการตรวจสอบ พบว่า มีเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัช

กรรมดูแลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมงร้อยละ 75 คือ ศสข. ที่ 1.ศสข. ที่ 3.และ ศสข. ที่ 4.ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสข. ที่ 2.ที่ไม่ผ่านเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้แสดงความคิดเห็นว่าตามเกณฑ์มาตรฐานได้กำหนดให้เภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรจัดเวลาออกมดูแล ศสข. และสถานีอนามัย แต่ปัญหาคือไม่ทราบบทบาทที่แท้จริงว่าต้องการให้ปฏิบัติงานอย่างไร เพราะการไปปฏิบัติงานใน ศสข. เท่าที่ทราบมีหน้าที่เพียงการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เท่านั้น ซึ่งภาระงานมากก็ไม่ได้ไปปฏิบัติงานที่ ศสข. ซึ่งก็ไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ ดังนี้ “ไปไม่ไปก็มีค่าเท่ากัน ส่วนมากมักไปสอนเรื่องยามากกว่า ดูแล้วไม่ค่อยให้ความสำคัญดูว่าเป็นเรื่องรองๆลงไปมากกว่า เพราะถ้ามีงานด่วนก็ไม่ไปเหมือนกัน”

2. เจ้าหน้าที่สามารถระบุเป้าหมายทิศทางการทำงานกระบวนการทำงานของ ศสข. รวมทั้งบทบาทของแต่ละคนมีต่อเป้าหมายนั้น ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มี ศสข. เพียงครั้งหนึ่งที่บุคลากรมีความรู้ครบตามเกณฑ์ คือ ศสข. ที่ 1. และ ศสข. ที่ 2. ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสข. ที่ 3. และ ศสข. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะบุคลากรใน ศสข. มีความรู้ไม่ครบตามเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า สาเหตุที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถระบุเป้าหมายและทิศทางการทำงานได้ เพราะขาดความพร้อมในตัวเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่บางคนก็ไม่รู้บทบาทที่ชัดเจนว่าควรดำเนินการอย่างไร ไม่รู้ระบบของการดำเนินการและไม่ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม และยังไม่มีการอบรมในเจ้าหน้าที่ที่จบการศึกษาใหม่ เพราะฉะนั้นการจะเปลี่ยนแปลงในทันทีอาจทำไม่ได้

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบุคลากร คือ “ตัวบุคลากรไม่พร้อม ไม่ค่อยรู้ระบบใน ศสข. ไม่มีการอบรมก่อนลง รู้แค่แนวคิดคร่าวๆ เท่านั้น เวลาที่มีผลต่อการดำเนินการ เพราะเป็นนโยบายใหม่ จะให้ปรับเปลี่ยนทันทีทันใดตามใจคงไม่ได้”

“การทำงานยังไม่ค่อยรู้ระบบ เคยมีการอบรมแต่เพิ่งจบใหม่ไม่ทันเข้าอบรม ไม่เคยรู้ระบบของสถานีอนามัยมาก่อนเลย ไม่รู้ว่าทำงานกันอย่างไร”

3. มีการประเมินความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ ซึ่งจากการตรวจสอบเอกสาร พบว่า ศสข. ส่วนใหญ่มีการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในช่วง 90-100% คือ ศสข. ที่ 1. ศสข. ที่ 2. และ ศสข. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสข. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในช่วงน้อยกว่า 80%

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า คณะกรรมการยังไม่ได้ดำเนินการประเมินความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากเริ่มเปิดดำเนินการวันที่ 1 เมษายน 2546 จึงไม่สามารถประเมินตามเกณฑ์ได้

3.3 มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

1. ระบบการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาในคลังยาที่เหมาะสม และไม่มียาหมดอายุ ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่า มี ศสช. เพียงครึ่งหนึ่งที่ไม่มียาหมดอายุในคลังยา และมีระบบการจัดเก็บยาครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 50 คือ ศสช. ที่ 1. และ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมียาหมดอายุ และมีระบบการจัดเก็บยาที่ไม่เหมาะสม

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า มีปัญหาเรื่องการใช้ยา (บางชนิด) ไม่ทัน และการสำรองยาในบางชนิดมีไม่เพียงพอ และพบว่ามียาหมดอายุอยู่ในคลังยา เนื่องจากเจ้าหน้าที่ลงมาปฏิบัติงานใหม่ ยังไม่มีความชำนาญในการประมาณการ อีกทั้งเวชภัณฑ์ที่เบิกได้รับชำรุดต่อการประมาณการใช้ยา ส่วนปัญหาเรื่องสถานที่ คือสถานที่ที่ใช้เป็นคลังยาไม่เหมาะสม การเก็บยายังแยกไม่เป็นส่วน และไม่เรียบร้อย เพราะเดิมเป็นสถานีอนามัย ปริมาณยาที่ใช้มีไม่มาก แต่เมื่อเปิดเป็น ศสช. ปริมาณยาเพิ่มขึ้น ทำให้การจัดเตรียมสถานที่ไม่พร้อม

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆดังนี้

ด้านวัสดุ อุปกรณ์ คือ “เรื่องยาหมดอายุใช้ไม่ทัน ยาเสื่อมคุณภาพ การหักจ่ายการสำรองยาไม่พอต่อจำนวนคนไข้ และการรับยาเวชภัณฑ์เข้ามา เบิกเดือนมกราคมได้เดือนมีนาคม

ด้านอาคาร สถานที่ คือ “ไม่มีพื้นที่เก็บยาที่เพียงพอ และไม่เหมาะสม คลังยาอยู่ชั้นล่าง การเก็บก็ไม่มีเป็นส่วน ไม่มีชั้นเหล็กก็เลยเอายาวางไว้กับพื้น”

2. ยาฉุกเฉินและ Antidote พอเพียงในคลังยา จากการตรวจสอบตามเกณฑ์ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน (ภาคผนวก ง) พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีครบและพร้อมในการใช้งาน คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. 3. ไม่ผ่านเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า มีตัวยาดังกล่าวซึ่งเก็บในตู้เย็น แต่คณะกรรมการที่ทำการประเมินหาไม่พบ และไม่ได้มีการสอบถาม จึงลงความเห็นว่าเป็น ศสช. ไม่มียาตัวนี้

3. ผู้รับบริการสามารถระบุวิธีใช้ยาที่ถูกต้องได้ ซึ่งจากการตรวจสอบ พบว่ามี ศสช. เพียงส่วนน้อยที่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ตามปกติผู้มารับบริการจะมาเป็นระยะๆ และมีปริมาณมาก และส่วนมากมักมีปัญหาในการสื่อสาร อาจเป็นเพราะผู้มารับบริการมีการศึกษาน้อย จึงใช้วิธีการอธิบาย และให้คำแนะนำแทนการทำฉลากช่วย เพราะเจ้าหน้าที่คิดว่าการอธิบายสามารถทำให้ผู้รับบริการเข้าใจได้มากกว่าการใช้ฉลากช่วย ซึ่งในช่วงแรกที่พยาบาลให้คำแนะนำผู้มารับบริการจะเชื่อฟังมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ในปัจจุบันเริ่มไม่เชื่อฟังทั้งพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ซึ่งได้เร่งแก้ปัญหามาโดยการรณรงค์ให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ แต่ยังไม่มีการติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน เพราะปริมาณผู้มารับบริการมากไม่สามารถออกเยี่ยมได้ ซึ่งตัวเจ้าหน้าที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานเพียงสัปดาห์ละครั้งเท่านั้น

ซึ่งได้คำชี้แจงในด้านการบริหารจัดการ คือ “ขาดการระบุข้อควรระวังในการใช้ยา ก็คือฉลากช่วย แต่ว่าได้ให้คำแนะนำแทนการเขียนที่ฉลาก”

“ปัญหาในด้านการสื่อสารกับคนไข้ ยังใช้ยาไม่ค่อยถูกต้องนัก มักใช้ตามใจตัวเองไม่ใช้ตามคำแนะนำ บางครั้งตัวคนไข้พูดไม่ค่อยเข้าใจ อาจจะเป็นเพราะการศึกษาน้อยในช่วงแรกเชื่อพยาบาลมากกว่าเจ้าหน้าที่สอ. แต่ปัจจุบันไม่เชื่อพอกัน พยายามให้ความรู้แล้ว แต่ยังไม่เคยออกติดตาม ไม่ค่อยมีเวลา เพราะเวียนมาแค่สัปดาห์ละครั้งเท่านั้น”

เกณฑ์ที่ 4 มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับข้อมูลและรับฟังความคิดเห็นของประชาชน

1. มีช่องทางให้ผู้รับบริการได้สะท้อนหรือระบุว่าได้รับข้อมูลที่จำเป็น และมีประโยชน์ ซึ่งจากการตรวจสอบหลักฐานเอกสาร พบว่า มี ศสช. เพียงส่วนน้อยที่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 2. ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะอุปกรณ์ไม่พร้อมในการให้บริการ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เกิดความผิดพลาดที่เจ้าหน้าที่ ซึ่งขาดความรับผิดชอบในการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมต่อการใช้งาน

2. มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจากการสังเกตพบว่า มี ศสช. เพียงน้อยที่มีครบตามเกณฑ์ คือ ศสช. ที่ 1. ส่วนอีกร้อยละ 75 คือ ศสช. ที่ 2. ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. มีไม่ครบตามเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ได้จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ในเรื่องของสิทธิที่ประชาชนควรมี ไว้ด้านหน้าทางเข้า ศสช. แต่คณะกรรมการที่ทำการประเมินหาไม่พบ และไม่ได้ซักถาม จึงลงความเห็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ ในส่วนของการรับเรื่องราวร้องทุกข์นั้น ยังมีแนวทางการดำเนินการไม่ชัดเจน ซึ่ง ศสช. เป็นเพียงจุดรับเรื่องราวเบื้องต้น และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการต่อไปเท่านั้น ซึ่งบางครั้งประชาชนอยากทราบรายละเอียด หรือวิธีการดำเนินการ แต่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถอธิบายหลักการที่ชัดเจนได้

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านบริหารจัดการ คือ “การรับเรื่องราวร้องทุกข์ แนวทางไม่ชัดเจน แล้วแต่จังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงตลอด เจ้าหน้าที่สับสน”

เกณฑ์ที่ 5 มีระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ

1. มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อ ซึ่งจากการตรวจสอบหลักฐานเอกสาร พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ครบ และพร้อมในการใช้งาน คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 2. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 3. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะมีเครื่องมือ และอุปกรณ์ไม่ครบตามเกณฑ์

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า ในเกณฑ์ข้อนี้เชื่อมโยงกับเกณฑ์ที่ 2 ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ซึ่งเพิ่งเริ่มเปิดดำเนินการเป็น ศสช. จึงมีปัญหาเรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือไม่พร้อม

เกณฑ์ที่ 6 งานบริหารด้านการเงินและพัสดุ

6.1 งานการเงิน

1. การจัดทำทะเบียนการเงิน ซึ่งจากการตรวจสอบทะเบียนรายงาน พบว่า ศสช. ส่วนใหญ่จัดทำทะเบียนการเงินได้ถูกต้อง คือ ศสช. ที่ 1. ศสช. ที่ 3. และ ศสช. ที่ 4. ส่วนอีกร้อยละ 25 คือ ศสช. ที่ 2. ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะจัดทำทะเบียนการเงินไม่ถูกต้อง

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ได้ชี้แจงว่า เกิดความผิดพลาดที่เจ้าหน้าที่ ซึ่งให้คณะกรรมการลงชื่อในเอกสารการเงินไม่ครบ ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องของงบประมาณ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่างบประมาณมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเดิมเป็นการจัดสรรแบบ Inclusive มีความคล่องตัวสูงกว่าและดีกว่า แต่ปัจจุบันเป็นแบบ Exclusive การจัดสรรซ้ำ ทำให้การทำงานลำบาก และอยากให้มีการสนับสนุนงบประมาณรายหัวเพิ่มขึ้น

ซึ่งคำชี้แจงของเจ้าหน้าที่ในด้านการเงินและงบประมาณ คือ “งปม. เดิมเป็นแบบ Inclusive ดีกว่าในเรื่องบริการเป็นกองทุนเดียว และคล่องตัวสูงกว่า มาเป็น Exclusive ของ สสจ. ใน 6 เดือนแรกเงินมาช้ามากทำให้การทำงานลำบาก แหล่งที่มาของเงิน เงินบำรุงเงิน สนับสนุนจาก อบต. เอกชน Non UC และ UC และในส่วนที่นำมาวางแผนคือเงิน UC (จากหัว

ประชากร*70 ประชากรที่รับผิดชอบ รวมทั้ง P&P 9*ประชากรที่รับผิดชอบ และปัญหาเรื่องค่าวิชาชีพหากอยู่ที่รพ.จะ ได้ แต่ถ้าง สสข. ไม่ได้ ข้อกำหนดทางกม.มีผลมาก”

“ให้สนับสนุนงบประมาณรายหัวเพิ่มขึ้น งบม.น้อย ไม่เพียงพอ การวางแผนใช้จำนวนเงินบำรุงเดือนสุดท้าย รวมทั้ง เงินบัตรทอง และรวมกับ P&P”

ส่วนที่ 2 ประเด็นที่ สสข. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานที่ 7 ด้านบริหารจัดการได้ทั้งหมด ซึ่งการนำเสนอในส่วนนี้มีเพียงบางประเด็นที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน สสข. ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ได้แก่

เกณฑ์ที่ 1 มาตรฐานด้านที่ตั้งและประชากร

1. ประชากรสามารถเดินทางเข้าถึง สสข. ได้ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์

เกณฑ์ที่ 2 ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่

1. สถานที่รองรับบริการ ตรวจ รักษา และให้คำปรึกษาจัดเป็นสัดส่วน สะอาด และมีพื้นที่ให้บริการเพียงพอ ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้แสดงความคิดเห็นว่า พิจารณาเฉพาะเรื่องการจัดสถานที่เท่านั้น ซึ่ง สสข. สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์จริง แต่ไม่เหมาะสมกับการใช้งานของห้องต่างๆ เช่น ไม่มีห้องให้คำปรึกษา (Counseling) ซึ่งพบว่ามีปัญหาในการให้คำปรึกษาผู้รับบริการ คือขาดความเป็นส่วนตัวในการให้คำปรึกษา ซึ่งแก้ไขโดยการนัดวันให้ผู้รับคำปรึกษามาใหม่ในครั้งต่อไป หรือหาสถานที่อื่นที่ไม่ได้อยู่ในบริเวณของ สสข. หากมีจำนวนคน ไข่มาก ก็จำเป็นต้องจัดให้บริการ

นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนาคุณภาพสถานีนอมนายให้ เป็น สสข. นั้น ส่วนหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง คือความพร้อมของสถานที่ เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณการลงทุน และยังเป็นการใช้สถานที่ให้คุ้มค่ากับงบประมาณที่เสียไปอีกด้วย

หมายเหตุ 1. Inclusive capitation : การจัดสรรเงินเพื่อจ่ายให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายทั้งหมด รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2544)

2. Exclusive capitation : การจัดสรรเงินเพื่อจ่ายให้แก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยการตัดเงินเดือนระดับจังหวัด ส่วนงบประมาณที่เหลือจัดสรร ให้ CUP ตามผลการขึ้นทะเบียน และยังเป็น การจ่ายเงินตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยแยกเป็น 3 ส่วนคือ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (Promotion & Prevention) 15% และบริการผู้ป่วยนอก 40% และบริการผู้ป่วยใน 45% ซึ่งจังหวัดทำหน้าที่บริหารจัดการจัดสรรให้หน่วยบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ธีระชัย คงเยี่ยม ตระกูล, 2545)

ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นในด้านการบริหาร ดังนี้ “เรื่องสถานที่ถ้าไม่พร้อมเท่าที่ควร การดำเนินการใน ศสข. ย่อมเกิดปัญหาได้ง่าย เช่น ทำให้เสียงบประมาณมากขึ้น ยกตัวอย่างในการคัดเลือก สอ. เพื่อให้เป็น ศสข. บางแห่งเห็น ได้เลยว่าผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ที่แคบ vision มีนิดเดียว เพราะว่า สอ. ขนาดใหญ่มีการต่อเติมตัวอาคารชั้นล่างเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่ก็มีพร้อมประจำอยู่ ซึ่งไม่เป็นการยากที่จะพัฒนาให้เป็น ศสข. เลย แล้วเห็นว่าควรจัดตั้งในหน่วยที่มีความพร้อมมากกว่า และยังช่วยรัฐบาลประหยัดการลงทุนอีกด้วย แล้วงานใน ศสข. เป็นงานที่ทำอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องทำนอกเวลาราชการด้วย แต่สถานที่ไม่พร้อมก็ทำให้การดำเนินการติดขัด อย่างในเรื่องบ้านพักเจ้าหน้าที่ ซึ่งในเรื่องนี้ที่นั่นก็มีความพร้อมกว่า”

2. เสาธง เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจากเป็น โครงสร้างพื้นฐานที่ ศสข. ทุกแห่งต้องมี

3. ถนนจากรั้วถึงสถานที่ให้บริการ เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจากเป็น โครงสร้างพื้นฐานที่ ศสข. ทุกแห่งต้องมี

4. ป้ายประชาสัมพันธ์ภายนอกอาคาร เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสข. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

5. สถานที่จอดรถ เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจากเป็น โครงสร้างพื้นฐานที่ ศสข. ทุกแห่งต้องมี

6. ที่บริการน้ำดื่ม เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสข. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

7. เอกสารแผ่นพับ เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสข. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

8. ป้ายประชาสัมพันธ์ภายในอาคาร เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสข. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

9. แผนภูมิการให้บริการ เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสข. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

10. อ่างล้างมือเจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจากเป็น โครงสร้างพื้นฐานที่ ศสข. ทุกแห่งต้องมี

11. มีผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้แสดงความคิดเห็นว่า ในการประเมินครั้งนี้พิจารณาเพียงมีผังแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ คือผ่านเกณฑ์ แต่ไม่ได้คำนึงถึงภาระงานที่ปฏิบัติจริงว่ามีมากเพียงใด เพราะการแบ่งตามแผนผังเป็นเพียงตัวอักษร ส่วนหน้าที่ที่ปฏิบัติจริงส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระหนักมากทั้งงานประจำและงานที่ต้องทำตามนโยบายเร่งด่วน

และต้องรับงานจากหัวหน้า ซึ่งส่วนมากจะเน้นการประชุมและอบรม ฉะนั้นงานในความรับผิดชอบส่วนใหญ่จึงต้องเป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรก็ไม่เพียงพอทำให้เจ้าหน้าที่หนึ่งคนต้องทำงานหลายฝ่ายผสมผสานกัน ส่วนงานด้านการรักษาให้พยาบาลหมุนเวียนปฏิบัติแทน ซึ่งอาจขาดความต่อเนื่องและมีปัญหาในเรื่องการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ

ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นในด้านการบริหาร ดังนี้ “การแบ่งงานเป็นไปตามแผนภูมิที่แบ่งไว้ตามหน้าที่ที่รับผิดชอบจริง แต่งานมักไปหนักกับเจ้าหน้าที่ สอ. บางคนเท่านั้น ทั้งงานของหัวหน้า ทั้งงานของเจ้าหน้าที่คนอื่น แต่คือที่ไม่ต้องเพิ่มภาระในด้านของงานรักษาก็ทำให้เบาลงหน่อย เนื่องจากงานที่เพิ่มมานั้นเป็นงานที่ทำจนชำนาญแล้ว”

“บุคลากรไม่เพียงพอ ขาด 2 คน การกระจายงานลำบาก ขาดการดำเนินการที่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีพยาบาลมาแบบหมุนเวียนทุก 6 เดือน หัวหน้าไม่ค่อยอยู่ จัดตารางเวลาไม่ได้ งานมาก งานจรรยาในเวลา งานประจำทำนอกเวลา งบประมาณไม่มี ทำอะไรก็ไม่ได้ คนก็ไม่ให้ของก็ไม่ได้”

“คนไม่พอ งานเยอะ รับทั้งงานจร (งานยาเสพติด) แล้วก็ยังงานประจำอีก ทำไม่ไหว รับทุกฝ่ายไม่มีการแบ่งงานว่าคนนี้ฝ่ายรักษาพยาบาล ฝ่ายส่งเสริม ทำรวมกันทุกฝ่าย”

12. มีแผนที่อาณาเขต เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสช. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

13. มีม่านกันห้องหรือห้องตรวจที่เป็นสัดส่วน เจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์ข้อนี้ เนื่องจาก ศสช. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์

เกณฑ์ที่ 3 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

3.1 มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม และปรับปรุงบริการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นในเกณฑ์นี้ เนื่องจาก ศสช. ทุกแห่งสามารถดำเนินการได้ครบตามเกณฑ์ ได้แก่

1. มีข้อมูลและเวชระเบียนเพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยแบบต่อเนื่องและเป็นองค์รวม
2. มีระบบข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยรวมทั้งเชื่อมโยงบันทึกการดูแลในสถานพยาบาลกับข้อมูลครอบครัวของผู้รับบริการและกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน
3. ระบบข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวางแผนงาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลทรัพยากร, ข้อมูลสถานสุขภาพ, และข้อมูลกิจกรรมสาธารณสุข
4. มีการปฏิบัติตามระเบียบสารบรรณ
5. ศสช. มีการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้แสดงความคิดเห็นว่าการประเมินผลการดำเนินงานนั้นมีทั้งประเมินตนเอง และประเมินเครือข่าย ต้องมีแนวทางในการ

พัฒนาและแก้ไขปรับปรุง ซึ่งปัจจัยสำคัญในการดำเนินการทุกอย่างอยู่ที่ตัวบุคคล หากไม่มีความรู้ความสามารถจะทำให้การดำเนินการขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขณะนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข

ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นในด้านการบริหาร ดังนี้ “ควรมีการอบรม เพื่อเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ แต่ไม่เคยได้ไป หัวหน้าไปแต่ไม่นำมาอธิบายต่อ”

3.2. บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม

1. บุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ของเวลาทำการของหน่วย และมีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน

2. เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวคิดและแนวทางในการทำงานที่จำเป็น

3.3 มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

1. มีระบบบริการและบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์ที่ 5 มีระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ

5.1. มีระบบติดต่อสื่อสารกับหน่วยรับส่งต่อกรณีส่งต่อฉุกเฉิน

5.2. มีวิธีบริหารจัดการในเรื่องยานพาหนะที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์ที่ 6 งานบริหารด้านการเงินและพัสดุ

6.1. งานพัสดุ

1. การปฏิบัติตามระเบียบพัสดุ

2. มีการจัดหาพัสดุสอดคล้องกับความต้องการ

3. มีหลักฐานการตรวจสอบภายใน

6.2. งานการเงิน

1. ปฏิบัติตามระเบียบการเงินและการบัญชี (การจัดซื้อ จัดจ้าง)

2. มีแผนการใช้เงิน

ผลการศึกษาที่ได้จากการประเมินในภาพรวมตามมาตรฐานที่ 7 ทั้ง 6 เกณฑ์ พบว่า

1. ศสช. ทุกแห่ง ไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีทั้งหมด 3 ประเด็น ได้แก่

1.1. เกณฑ์ที่ 3 ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

(1) ด้านข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ไม่มีการเยี่ยมบ้านและการดำเนินการในชุมชน

- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถระบุระดับความสามารถในการยอมรับของชุมชน

และโอกาสในการพัฒนาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่

(2) ด้านบุคลากร

- มีจำนวนทันตแพทย์ในอัตราส่วนมากกว่า 1: 40,000 คน

2. ศสช. ส่วนใหญ่ไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่

2.1. เกณฑ์ที่ 1 ที่ตั้งและประชากร

- ศสช. รับผิดชอบประชากรเกิน 10,000 คน

2.2. เกณฑ์ที่ 2 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- มีอัตราค่าบริการไม่ครบตามเกณฑ์

- ห้องพัสดุจัดไม่เหมาะสม

- มีถังขยะไม่ครบตามเกณฑ์

2.3. เกณฑ์ที่ 3 ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

(1) ด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุม

- ผู้รับบริการไม่สามารถระบุวิธีใช้ยาที่ถูกต้อง

2.4. เกณฑ์ที่ 4 ระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์

- ไม่มีช่องทางให้ผู้รับบริการได้สะท้อนหรือระบุว่าได้รับข้อมูล

- ไม่มีระบบสื่อสารให้ประชาชนทราบสิทธิของผู้ป่วย

3. มี ศสช. ครั้งหนึ่งที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่

3.1. เกณฑ์ที่ 2 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- สวนสมุนไพร มีสมุนไพรไม่ครบ 5 ชนิด

3.2. เกณฑ์ที่ 3 ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

(1) ด้านข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ไม่มีการปฏิบัติงานที่เป็นเครือข่าย

(2) ด้านบุคลากร

- มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอัตราส่วนมากกว่า 1:1,250 คน

- มีพยาบาลวิชาชีพในอัตราส่วนมากกว่า 1: 5,000 คน

- มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้คำปรึกษาและกำกับคุณภาพอย่างประจำ

ในอัตราส่วนมากกว่า 1: 10,000 คน

- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถระบุเป้าหมาย ทิศทางใน ศสช. รวมทั้งบทบาท

ที่มีต่อเป้าหมายได้

(2) ด้านระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

- ระบบการจัดเก็บยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาไม่เหมาะสม และมียาหมดอายุ

4. มี ศสช. เพียงส่วนน้อยที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีทั้งหมด 19 ประเด็น ได้แก่

4.1. เกณฑ์ที่ 2 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- มีเครื่องมือในการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์
- จัดป้ายชื่อสถานีนามัยไม่ครบตามเกณฑ์
- ขอบเขตของรั้วไม่ชัดเจน
- ไม่ได้จัดเขตปลอดบุหรี่ใน ศสช.
- ไม่มีมุม โอ อาร์ ที
- จัดให้มีนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ครบตามเกณฑ์
- ไม่มีตู้หนังสือ หรือมุมวิชาการ

4.2. เกณฑ์ที่ 3 ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

(1) ด้านข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ข้อมูลฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียนมีไม่ครบตามเกณฑ์
- ไม่มีระบบข้อมูล เพื่อกำกับผลงาน ความครอบคลุมคุณภาพงาน
- ไม่มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน
- ไม่มีการควบคุมกำกับงาน

(2) ด้านบุคลากร

- มีเภสัชกร หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทำหน้าที่ดูแลระบบยาใน ศสช. น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง
- ไม่มีการประเมินความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการ

(3) ด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุม

- มียาฉุกเฉิน และ Antidote ในคลังยาไม่ครบตามเกณฑ์

4.3. เกณฑ์ที่ 5 ระบบการจัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

- เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการส่งต่อไม่ครบตามเกณฑ์

4.4. เกณฑ์ที่ 6 งานบริหารด้านการเงินและพัสดุ

(1) ด้านการเงิน

- มีการจัดทำทะเบียนการเงินไม่ครบตามเกณฑ์

5. ศสช. ทุกแห่งผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน มีทั้งหมด 30 ประเด็น ได้แก่

5.1. เกณฑ์ที่ 1 ที่ตั้งและประชากร

- ประชาชนเดินทางเข้าถึง ศสช. ได้ภายใน 30 นาทีโดยรถยนต์
- กรณีมี ศสช. ในโรงพยาบาล มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนชัดเจน และมีทีมประจำการ

5.2. เกณฑ์ที่ 2 อุปกรณ์ อาคาร สถานที่

- สถานที่รองรับบริการและให้คำปรึกษาจัดเป็นสัดส่วน และเพียงพอ
- มีเสาธง
- มีถนนจากรั้วถึงสถานที่ให้บริการ
- มีป้ายประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอาคาร
- มีสถานที่จอดรถ
- มีที่ให้บริการน้ำดื่ม
- มีเอกสารแผ่นพับ
- มีแผนภูมิให้บริการ
- มีอ่างล้างมือ
- มีผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
- มีแผนที่อาณาเขต
- มีม่านกันห้อง หรือห้องตรวจเป็นสัดส่วน

5.3. เกณฑ์ที่ 3 ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

(1) ด้านระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ

- มีข้อมูล และเวชระเบียน เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วย
- มีระบบข้อมูล เพื่อติดตามผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อมโยงบันทึกการดูแลในสถานพยาบาลกับข้อมูลครอบครัวของผู้รับบริการ และกิจกรรมในชุมชน
- มีระบบข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้ในการวางแผนงาน
- มีการปฏิบัติตามระเบียบสารบรรณ
- มีการประเมินผลการดำเนินงาน

(2) บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม

- บุคลากรต้องทำงานประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 75 ของเวลาทำการของหน่วย และมีทีมดูแลประจำที่ชัดเจน

- เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวคิดและแนวทางในการทำงานที่จำเป็นได้

(3) ด้านระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

- มีระบบบริการและบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.4. เกณฑ์ที่ 5 มีระบบการจัดการส่งต่อผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ

- มีระบบติดต่อสื่อสารกับหน่วยรับส่งต่อกรณีส่งต่อฉุกเฉิน

- มีวิธีบริหารจัดการในเรื่องยานพาหนะที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5.5. เกณฑ์ที่ 6 งานบริหารด้านการเงินและพัสดุ

(1) ด้านงานพัสดุ

- มีการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุ

- มีการจัดหาพัสดุสอดคล้องกับความต้องการ

- มีหลักฐานการตรวจสอบภายใน

(2) ด้านงานการเงิน

- มีการปฏิบัติตามระเบียบการเงินและการบัญชี

- มีแผนการใช้เงิน

จากประเด็นทั้งหมด 6 เกณฑ์ พบว่า ศสช. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด และส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ รวมทั้งหมด 10 ประเด็นคิดเป็น 15.15 ศสช. ที่ไม่ผ่านเกณฑ์เพียงครึ่งหนึ่ง รวมทั้งหมด 7 ประเด็นคิดเป็น 10.61 ส่วน ศสช. ที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ รวมทั้งหมด 49 ประเด็นคิดเป็น 74.24

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน แนวทางการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 6 แสดงจำนวนความถี่ และร้อยละของปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน แยกตามปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในมาตรฐานที่ 7 ตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ได้จากการสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในมาตรฐานที่ 7	ปัญหา และอุปสรรคที่พบ	
	ความถี่	ร้อยละ
กลุ่มปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น		
1. จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ	10	3.19
2. ขาดทีมงานมีทัศนคติ/ มีศักยภาพที่ดี	41	13.10
3. ขาดการจัดระบบการทำงานที่สร้างความสัมพันธ์กับชุมชนที่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง	12	3.83
4. ขาดการจัดระบบให้ทีมงานรับผิดชอบต่อสุขภาพและระบบติดตามของประชาชน และขาดการติดตามอย่างเหมาะสม	7	2.24
กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดการบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ		
1. ที่ตั้งและการจัดสถานพยาบาลในการเข้ารับบริการ	8	2.56
2. ขาดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ	26	8.31
3. ขาดการเชื่อมโยงบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย	6	1.92
กลุ่มปัจจัยที่สนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพเป็นการสนับสนุนจากภายนอก		
1. ขาดทีมงานสนับสนุนที่เข้าใจแนวคิด/ทักษะในการบริการ	20	6.39
2. ขาดระบบบริหารจัดการที่คล่องตัว/ การพัฒนาตนเองในระยะยาว	42	13.42
3. ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ	24	7.67
4. ขาดการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานทั้งทัศนคติ องค์กรความรู้ และทักษะ	37	11.82
5. ขาดการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่าง ศสช./ โรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	61	19.49
6. ขาดการจัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	19	6.07
รวม	313*	100

หมายเหตุ: 313* คือผลรวมที่ได้จากการสอบถามตามประเด็นปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม

ตารางที่ 6 จากการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ว่า ถ้าขาดปัจจัยใดต่อไปนี้จะทำให้มีปัญหา อุปสรรคต่อการดำเนินงานในมาตรฐานที่ 7 มากที่สุด โดยศึกษาตามปัจจัยสำคัญที่เป็นองค์ประกอบในการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด พบว่า ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น คือ การขาดทีมงานมีทัศนคติที่ดี และมีศักยภาพในการให้บริการที่เป็นองค์รวมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องมากที่สุด ร้อยละ 13.10 รองลงมาคือ ขาดการจัดระบบการทำงานที่สร้างความสัมพันธ์กับชุมชนที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ร้อยละ 3.83 จำนวนประชากรในความรับผิดชอบไม่ชัดเจน ร้อยละ 3.19 และขาดการจัดระบบให้ทีมงานรับผิดชอบต่อสุขภาพ และระบบติดตามของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และขาดการติดตามอย่างเหมาะสม ร้อยละ 2.24

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ คือขาดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ร้อยละ 8.31 รองลงมาคือ ที่ตั้งและการจัดสถานพยาบาลไม่สะดวกต่อการรับบริการ ร้อยละ 2.56 และขาดการเชื่อมโยงบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 1.92

และปัจจัยที่สนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพเป็นการสนับสนุนจากภายนอก คือขาดการเชื่อมต่อการดำเนินงานระหว่าง ศสช. กับโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ร้อยละ 19.49 รองลงมาคือ ขาดระบบบริหารจัดการที่คล่องตัว และการพัฒนาตนเองในระยะยาว ร้อยละ 13.42 ขาดการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานทั้งทัศนคติ องค์กรความรู้ และทักษะ ร้อยละ 11.82 ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ ร้อยละ 7.67 ขาดทีมงานสนับสนุนที่เข้าใจแนวคิด และทักษะที่จำเป็นในการบริการ ร้อยละ 6.39 และขาดการจัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 6.07

ตาราง 7 แสดงความถี่และจำนวนร้อยละของข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานใน ศสช. ที่มีผลต่อการดำเนินงานในมาตรฐานที่ 7 ตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ได้จากการสอบถาม

ข้อเสนอแนะ	ความถี่	ร้อยละ
1. ควรมีการอบรมให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในเรื่องแนวคิดและหลักการดำเนินการใน ศสช. รวมทั้งเพื่อปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่	32	62.75
2. ให้ CUP สนับสนุนในเรื่องของบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณ	18	35.29
3. ต้องการให้พยาบาลที่มาปฏิบัติงาน (แบบเสริม) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานใน ศสช. เพิ่มขึ้น	1	1.96
รวม	51	100

ตารางที่ 7 จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางแก้ไข ในปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในมาตรฐานที่ 7 พบว่า เจ้าหน้าที่เสนอแนะให้เร่งแก้ปัญหาที่บุคลากรขาดความรู้ จึงต้องการให้ CUP จัดการอบรมให้ความรู้ เพื่อเพิ่มทักษะในเรื่องแนวคิด และหลักการดำเนินการใน ศสช. รวมทั้งเพื่อปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 62.75 รองลงมาคือ ต้องการให้ CUP สนับสนุนในเรื่องของบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณ ร้อยละ 35.29 และต้องการให้พยาบาลที่มาปฏิบัติงานแบบเสริมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานใน ศสช. เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.96 ตามลำดับ