

การพัฒนากระบวนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

Development of Health Indicator Setting Process for Subdistrict Health Promoting Hospital in Pathum Thani Province

เดชา สุคนธ์¹Daecha Sukhon¹ประกาศ เปล่งพานิชย์²Praguad Plengpanichaya²

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
กรมควบคุมโรค

¹Office of Disease Prevention and Control,
Region 4 Saraburi, Department of
Disease Control

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

²Pathum Thani Provincial Public Health Office

DOI: 10.14456/dcj.2025.59

Received: May 27, 2025 | Revised: September 19, 2025 | Accepted: October 14, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหาและความต้องการของชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยรายการการสรุปผลการกำหนดตัวชี้วัด การสังเกตการระดมความคิดเห็น และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ เครือข่ายภาคราชการ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม จำนวน 15 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การคำนวณจำนวนและร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการตีความเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการระดมความคิดเห็นทำให้การกำหนดตัวชี้วัดสะท้อนปัญหาความต้องการของชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยได้ข้อสรุปตัวชี้วัดทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัดที่ต้องดำเนินการเหมือนกันทุกแห่ง และอีก 10 ตัวชี้วัดที่ขึ้นอยู่กับปัญหาของชุมชน ตัวชี้วัดที่พัฒนาครอบคลุมงานหลายด้าน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย รวมถึงงานทันตสาธารณสุข เป็นต้น ข้อเสนอแนะ การกำหนดตัวชี้วัดควรตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อาจแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ตัวชี้วัดที่สำคัญต่อภาพใหญ่ของประเทศ (2) ตัวชี้วัดที่กำหนดจากนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ และ (3) ตัวชี้วัดที่เกิดจากชุมชนร่วมกันสร้างและเป็นเจ้าของ พร้อมทั้งควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาในระยะยาว

ติดต่อผู้พิมพ์: เดชา สุคนธ์

อีเมล: daecha.s@gmail.com

Abstract

This study aimed to develop a process for defining successful indicators for health-related operations at Sub-district Health Promotion Hospitals (SHPHs) in Pathum Thani Province. A participatory approach was employed with involvement from various local sectors to ensure that the indicators reflect community problems and needs. The data collection tools included summary reports of indicator definition, observation of brainstorming sessions, and in-depth interviews. The sample group consisted of 15 individuals from government/political networks, academic/professional sectors, and civil society. Data analysis involved calculating frequencies and percentages for quantitative data and content analysis for qualitative data. The results revealed that the participatory approach, which involved the Health Assembly process to gather community input on determining indicators, helped align the indicators with the community's needs and problems. Health officials in the area also accepted and were willing to cooperate in reporting results for 20 indicators. Of these, 10 indicators were mandatory across all areas, while the remaining 10 indicators depended on the priority issues identified by the relevant networks within the community. The indicators covered health promotion, communicable disease control, non-communicable disease control, environmental and occupational health, dental public health, and primary healthcare, with the highest importance placed on the latter. Recommendations suggest that the development of indicators should respond to the needs of the community, emphasizing participation from all sectors. Indicators can be categorized as follows: (1) those necessary for the national context, (2) those developed by local public health experts to improve quality of life based on local contexts and (3) community-driven indicators that are created and owned by the community. Continuous monitoring and evaluation should also be conducted.

Correspondence: Daecha Sukhon

E-mail: daecha.s@gmail.com

คำสำคัญ

ตัวชี้วัดสุขภาพ, การมีส่วนร่วม,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

Keywords

health indicators, participation,
health promoting hospital

บทนำ

ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) รวมทั้งกฎกระทรวงมหาดไทยที่ออกตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีหน้าที่ในการจัดการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน ซึ่งรวมถึงการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข เช่น สถานีอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยัง อปท.

โดยเริ่มมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. ในปี 2551 ด้านการถ่ายโอนภารกิจ หาก อปท. ไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้ อบจ.⁽¹⁾

เขตสุขภาพที่ 4 เริ่มมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. จำนวน 3 แห่ง ในปี 2551 และในปี 2567 มีการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทรราชินี (สอน.) และ รพ.สต. สะสมรวมทั้งสิ้น 107 แห่งใน 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นนทบุรี สิงห์บุรี และสระบุรี ตามลำดับ จังหวัดปทุมธานี มีการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ให้แก่ อบจ.ปทุมธานี

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 รวมทั้งสิ้น 24 แห่ง จาก 84 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 กระทรวงสาธารณสุข มีการติดตามผลสำเร็จในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้งบชี้วัด โดยการกำหนดตัวชี้วัด (KPI) เพื่อวัดผลสำเร็จตามแนวทางและนโยบายของกระทรวง ตัวชี้วัดเหล่านี้จะถูกกำหนดโดยคณะผู้บริหารกระทรวง และหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมและกองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระบวนการติดตามผลและความก้าวหน้าในการดำเนินงานใช้วิธีการหลายรูปแบบ เช่น การตรวจราชการ การนิเทศงาน และการรายงานผลการดำเนินงานในระบบรายงานที่กระทรวงกำหนด⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีการติดตามผลสำเร็จในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้งบชี้วัด โดยการกำหนดตัวชี้วัด (KPI) เพื่อวัดผลสำเร็จตามแนวทางและนโยบายของกระทรวง สอน./รพ.สต. ได้รับการถ่ายทอดตัวชี้วัดจากกระทรวงถึง 88 ตัวชี้วัด⁽³⁾ ข้อมูลจากการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ยังคงรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเช่นเดิม หรือบางแห่งไม่ได้รายงาน หรือรายงานล่าช้า ทำให้หน่วยงานที่อยู่เหนือขึ้นไปไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ทันเวลา หรือข้อมูลไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ส่งผลให้ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขไม่สะท้อนภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ในอดีต ปัญหาการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยังมีข้อสะท้อนจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบางส่วนที่กล่าวว่า “เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (จนท. รพ.สต.) ไม่ได้ทำการรักษา ส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสุขภาพให้กับประชาชนในฐานะหมออนามัย แต่กลับต้องเป็นหมอหน้าจอก ที่คอยทำหน้าที่สร้างรายงานตัวชี้วัดให้กระทรวงสาธารณสุขแทน” จากคำสะท้อนดังกล่าวสามารถแยกประเด็นปัญหาได้ว่าเกิดจากจำนวนตัวชี้วัดที่มากเกินไป ซึ่งสร้างภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ รวมถึงตัวชี้วัดบางประการไม่สอดคล้องกับความต้องการจริงของชุมชน ทำให้การเก็บข้อมูลมีความยากลำบากและเกิดความซับซ้อนในการรายงานข้อมูล⁽⁴⁾

จากปัญหาที่กล่าวมา จึงเกิดแนวคิดที่ว่า “ทำอะไรตัวชี้วัดจึงจะลดลงไม่เกิน 20 ตัวชี้วัด” โดยเน้นการสะท้อนปัญหาและความต้องการเฉพาะของชุมชน ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นควรมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จริง การแก้ไขปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย⁽⁵⁾ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคการเมืองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เพื่อให้ผู้ที่มีจิตสาธารณะในพื้นที่เข้าร่วมจัดทำตัวชี้วัด⁽⁶⁾ ร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสมและยั่งยืน อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมสมัชชาสุขภาพมีความรู้ รับผิดชอบ มีส่วนร่วม และมีความพึงพอใจ⁽⁷⁾ ด้วยเหตุนี้ จึงได้พิจารณานำกระบวนการสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly Process) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหาจริงของชุมชน ผ่านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อร่วมกันสะท้อนปัญหาตามความเป็นจริงและหาทางแก้ไข โดยการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การใช้ “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ” เป็นตัวขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาตัวชี้วัดของ สอน. และ รพ.สต. โดยใช้แนวทางการเชิญตัวแทนผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ เข้ามาร่วมกันให้ข้อมูล วิเคราะห์สภาพปัญหา ร่วมกันช่วยกันพิจารณา ตัดสินใจกำหนดตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหา ผ่านมุมมองและประสบการณ์ของตัวแทนทั้ง 3 ส่วนหลัก ประกอบด้วย (1) กลุ่มเครือข่ายภาคราชการ/การเมือง (2) กลุ่มเครือข่าย ภาควิชาการ/วิชาชีพ และ (3) กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ทำให้ประเด็นที่เกิดขึ้นครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับประชาชนมากขึ้น ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นนี้ สามารถสะท้อนปัญหาหรือความต้องการของชุมชนในระดับตำบลได้อย่างแท้จริง พร้อมทั้งลดจำนวนตัวชี้วัดที่ต้องรายงานให้น้อยลง และเน้นที่ความสำคัญของผลลัพธ์จริงที่สามารถประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนต่อการเก็บข้อมูล รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาด้วย⁽¹⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดทำตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสุขภาพสะท้อนปัญหา/ความต้องการเฉพาะของชุมชน ด้วยการพัฒนาตัวชี้วัดของ รพ.สต. โดยใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพในการประสานพลังการทำงานของเครือข่าย 3 ส่วนหลักในการจัดทำตัวชี้วัดนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่และไม่เป็นภาระในการรายงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล (สอ./รพ.สต.) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (สสจ. ปทุมธานี) อบจ.ปทุมธานี และหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ รพ.สต. ในจังหวัดปทุมธานี โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ 3 ส่วนหลัก ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความต้องการและปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าและย้อนหลัง ทำการศึกษาในตำบลที่มี สอน. และ รพ.สต. ที่ได้ถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขไปยัง อบจ. ปทุมธานีแล้ว ของทุกอำเภอในจังหวัดปทุมธานี โดยเลือกอำเภอละอย่างน้อย 1 สอน./รพ.สต. รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ในการพัฒนากระบวนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพใน รพ.สต. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาเดือนมกราคม 2567 ถึง มกราคม 2568

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เลือกแบบจำเพาะเจาะจงจากเครือข่าย 3 เครือข่าย เครือข่ายละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน ทุกคนสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมของ “โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและด้านสุขภาพระดับตำบลของในจังหวัดปทุมธานี ด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567” และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มที่ 1. เครือข่ายภาคราชการ/การเมือง ได้แก่ นายกหรือรองนายก ผู้บริหารของ อบท. จำนวน 2 ท่าน กำนัน จำนวน 1 ท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ. รพ.สต.) จำนวน 2 ท่าน

กลุ่มที่ 2. เครือข่ายภาควิชาการ/วิชาชีพ ได้แก่ นักวิชาการจาก อบจ. หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 2 ท่าน นักวิชาการจาก สสจ. ปทุมธานี หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 3 ท่าน

กลุ่มที่ 3. เครือข่ายภาคประชาสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 3 ท่าน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการสรุปผลการกำหนดตัวชี้วัด การจัดทำขั้นตอนการวัดผลความสำเร็จของตัวชี้วัด และสรุปการประชุมการถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับตำบล ทั้งในส่วนของ ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสถานะด้านสุขภาพของพื้นที่ และตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหา/ความต้องการเฉพาะของชุมชน

2. การสังเกตรูปแบบการจัดกิจกรรมการระดมความคิด และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคราชการ/การเมือง เครือข่ายภาควิชาการ/วิชาชีพ และเครือข่ายภาคประชาสังคม

3. สุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพในอดีตกับตัวชี้วัดสุขภาพที่กำลังจัดทำของเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. และโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของ อบจ.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ และพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 : การกำหนดตัวชี้วัดระดับตำบล (การประชุมครั้งที่ 1) ในระยะแรกของการดำเนินงาน จะเป็นการชี้แจงถึงความสำคัญของโครงการจัดทำตัวชี้วัด และนำเสนอผลการประชุมตัวชี้วัดที่ผ่านมาพร้อมกับแนวทางการจัดทำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานไม่เกิน 20 ตัวชี้วัด โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่สำคัญ จำนวน 10 ตัวชี้วัด

ส่วนที่ 2 : ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสถานะด้านสุขภาพของพื้นที่ (ตัวชี้วัดหมออนามัย) จำนวน 5 ตัวชี้วัด

ส่วนที่ 3 : ตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหา/ความต้องการเฉพาะของชุมชน (ตัวชี้วัดชาวบ้าน) จำนวน 5 ตัวชี้วัด

ผลที่ได้ในระยะนี้ คือ การกำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่เป็นกลางให้ทุก สอน./รพ.สต. ดำเนินการ รวมถึงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ, ควบคุมโรค และการดูแลสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

ระยะที่ 2 : การคัดเลือกและพัฒนาตัวชี้วัดระดับตำบลในระยะนี้จะมีการคัดเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสถานะด้านสุขภาพของพื้นที่และสะท้อนปัญหาจากชุมชน ตัวแทนจาก สอน./รพ.สต. และชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนและอสม. จะร่วมกันคัดเลือกและพัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงสถานการณ์จริงในพื้นที่ โดย

1) ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสถานะด้านสุขภาพของพื้นที่ที่จะถูกคัดเลือกจากแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด

2) ตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหา/ความต้องการเฉพาะของชุมชน จะสะท้อนปัญหาที่ชุมชนต้องการให้หน่วยงานสาธารณสุขให้ความสำคัญ

ผลที่ได้จากระยะนี้ คือ การพัฒนาตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนในแต่ละตำบล

ระยะที่ 3 : การถ่ายทอดตัวชี้วัดและการมีส่วนร่วม (การประชุมครั้งที่ 3) ในระยะนี้จะมีการประชุมเพื่อถ่ายทอดตัวชี้วัดที่ได้รับการพัฒนาให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน สถานีตำรวจ และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

ตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานและความต้องการของพื้นที่

ผลที่ได้จากระยะนี้ คือ การสร้างความเข้าใจร่วมกันและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น โดยจะช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันในมิติต่างๆ ของปัญหาสุขภาพในชุมชน

ระยะที่ 4 : การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลังจากการประชุมครั้งที่ 3 จะมีการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดขึ้น โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลต้นแบบ เช่น การจัดทำ MOU ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงาน/โครงการ และการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลที่ได้จากระยะนี้ คือ การดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นจะถูกนำไปใช้ในพื้นที่ได้จริง โดยมีการจัดสรรทรัพยากรและแผนการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเขตสุขภาพที่ 4 เลขที่ 008/67E ลงวันที่ 3 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

การพัฒนากระบวนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ จากการเชิญตัวแทนผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ 3 ส่วนหลักร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมตัดสินใจ และร่วมกำหนดตัวชี้วัด สำหรับ สอน./รพ.สต. ของแต่ละตำบลต้นแบบ จำนวน 20 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่สำคัญทุก สอน./รพ.สต. ดำเนินการและรายงานตัวชี้วัดเหมือนกัน จำนวน 10 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

1) งานด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละ 85 ของเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย (2) ร้อยละ 75 ของ

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ และ (3) ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

2) งานด้านควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละ 100 ของเหตุการณ์โรคติดต่อ/โรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ ที่สามารถควบคุมไม่ให้เกิด Generation ที่ 2

3) งานปฐมนุญ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละ 35 ของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมนุญ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (2) ร้อยละ 80 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี และ (3) ร้อยละ 55 ของประชากร 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

4) งานด้านควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (DM) โรคความดันโลหิตสูง (HT) ได้รับการติดตาม (DM ร้อยละ 70, HT ร้อยละ 93) และ (2) ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ควบคุมได้ดี (DM ร้อยละ 40, HT ร้อยละ 60)

5) งานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละ 84 ของเด็กอายุ 0-12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Cavity Free)

ในปี 2567 ได้ดำเนินการต่อเนื่องอีก 10 ตัวชี้วัด แบ่งเป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสถานะด้านสุขภาพของพื้นที่ (5 ตัวชี้วัด) และตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหา/ความต้องการเฉพาะของชุมชน (5 ตัวชี้วัด)

ส่วนที่ 2 : ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับสถานะด้านสุขภาพของพื้นที่ (ตัวชี้วัดหมออนามัย) จำนวน 10 แห่ง ๆ ละ 5 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้นจำนวน 31 ตัวชี้วัดประกอบด้วย

1) งานด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (2) ร้อยละของศูนย์เด็กเล็ก ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ (3) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (4) ร้อยละของเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) สูงดี สมส่วน (5) ร้อยละของโรงเรียนที่เข้าร่วม

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (6) ร้อยละของหญิงมีครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (7) ความครอบคลุม เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง (8) ความครอบคลุมของเด็กอายุ 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (9) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan และ (10) ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

2) งานด้านควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (2) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่ลดลงของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (3) จำนวนการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทันเวลา (4) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (5) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ และ (6) ตำบลปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

3) งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อน (2) ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน และ (4) ระดับความสำเร็จของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ได้รับการดูแลทำกายภาพบำบัดมีพัฒนาการดีขึ้น

4) งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของ รพ.สต. มีการลงข้อมูลระบบขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (E-manifest) ทุกครั้งที่มีการเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ (2) เกษตรกรที่มีผลการตรวจพบว่าเสี่ยงและไม่ปลอดภัยต่อพิษสารกำจัดศัตรูพืช (3) ร้อยละของส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS (4) สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (Clean Food Good Taste/SAN) และ (5) อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

5) งานทันตสาธารณสุข จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (ใช้แบบความครอบคลุม) (2) ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และ (3) ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

6) งานปฐมนุญ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของหมู่บ้านในตำบลคลองหนึ่งมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (2) อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมนุญขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ (3) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

สรุป จากการผลการคัดเลือกตัวชี้วัดหมออนามัย พบว่าตัวแทนของแต่ละแห่งมีการเลือกตัวชี้วัดเหมือนกันมากที่สุด 4 แห่ง มี 2 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และ ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนตัวชี้วัดอื่นกระจายเลือก ซึ่งทั้ง 2 ตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดงานด้านส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย

ส่วนที่ 3: ตัวชี้วัดที่สะท้อนปัญหา/ความต้องการเฉพาะของชุมชน (ตัวชี้วัดชาวบ้าน) จำนวน 5 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดที่เกิดจากการระดมความคิดเห็น และร่วมพิจารณากำหนดตัวชี้วัด ของตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 10 แห่ง ๆ ละ 5 ตัวชี้วัด เมื่อรวบรวมตัวชี้วัดทั้งหมด 10 แห่ง มีตัวชี้วัดทั้งที่แตกต่างและเหมือนกัน รวมทั้งสิ้น จำนวน 29 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

1) งานปฐมนุญ จำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ระดับความสำเร็จของการลดการมีผู้เสียชีวิตวัยรุนในตำบลบางปรอก (2) ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (3) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (4) ร้อยละของ อสม. บัณฑิต

ที่ติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัดอย่างต่อเนื่อง (5) อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมนุญขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (6) ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ (7) ระดับความสำเร็จของผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2) งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ ต่อมลพิษทางอากาศ (2) ระดับความสำเร็จของตำบลในการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม (3) ระดับความสำเร็จของตำบลบางเตือมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพ เพื่อลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพต่อมลพิษทางอากาศ (4) ร้อยละของส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS (5) ร้อยละตำบลมีผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาบาดาลและผิวดิน โดยใช้ชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำและน้ำแข็ง (อ.11) (6) ระดับความสำเร็จเกษตรกรที่มีผลการตรวจพบว่าเสี่ยง และไม่ปลอดภัยต่อพิษสารกำจัดศัตรูพืช และ (7) ตำบลพัฒนาและยกระดับสถานบริการที่พิกัดค่ายชั่วคราวให้ได้ตามมาตรฐาน

3) งานด้านควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง (2) อัตราความสำเร็จของการรักษาโรคปอดตายใหม่ (3) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่ลดลงของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (4) อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลง และ (5) ความทันเวลาของการรายงานโรคติดต่ออวัณโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

4) งานด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (2) จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน (3) ร้อยละของครอบครัวไทยมีความรอบรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย (ก้าวทำใจ) (4) ความครอบคลุม

ของเด็กอายุ 6–14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด และ (5) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

5) งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่า 1.3 ต่อแสนประชากร (2) จำนวนประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) จำนวนประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

6) งานทันตสาธารณสุข จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของผู้ป่วยติดเตียงทุกกลุ่มวัย ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และ (2) ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

สรุป จากการผลการคัดเลือกตัวชี้วัดชาวบ้านพบว่าตัวแทนของแต่ละแห่งมีการเลือกตัวชี้วัดเหมือนกันมากที่สุด 7 แห่ง มี 1 ตัวชี้วัด คือ “จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน” ซึ่งเป็นงานด้านส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย และมีตัวชี้วัดที่เลือกเหมือนกัน 4 แห่ง มี 2 ตัวชี้วัด คือ “ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี” และ “อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล” ซึ่งตัวชี้วัดงานปฐมภูมิของกรมสนับสนุนบริการทางการแพทย์

ผลการสัมภาษณ์ การจัดทำตัวชี้วัดของกลุ่มเป้าหมาย

พบว่าชุมชนมีแผนงาน/โครงการสนับสนุนส่งเสริม ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ แต่ไม่มีตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ต้องรายงานให้กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่หรืออำเภอหรือจังหวัด และ อปท. ขึ้นไม่ได้จัดทำตัวชี้วัดด้านสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่เป็นการขอความร่วมมือให้รายงานผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขตามช่องทางที่กำหนด และขอหนังสือราชการ แจ้งให้หน่วยงานที่สังกัดอยู่ทราบในกิจกรรมด้วย ตัวชี้วัดที่ทำได้ดี ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดประชาชนได้ประโยชน์ เป้าหมายชัดเจน ชุมชนร่วมแก้ไข

ปัญหา เช่น การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดที่ยังทำไม่ค่อยดี ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการสำรวจชุมชนและสุขภาพของชุมชน เช่น ยาเสพติด การจัดการขยะ ปัญหาโรคไข้เลือดออกระบาด เป็นต้น

ตัวชี้วัดที่ผ่านมาจะถูกกำหนดโดยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และถ่ายทอดสู่ สอน./รพ.สต. และโรงพยาบาล และให้ สอน./รพ.สต. เป็นผู้ขับเคลื่อน ซึ่ง สอน./รพ.สต. ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ทุกตัวชี้วัดเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่น้อย แต่จำนวนตัวชี้วัดมีมาก ดังนั้นส่วนประเด็นตัวชี้วัดที่ยากเห็น และอยากทำ จึงควรเป็นตัวชี้วัดจะเน้นที่จำเป็นต่อชุมชนจริงๆ ตอบปัญหาสุขภาพในภาพใหญ่มากกว่ามุ่งประเด็นเล็กๆ โดยมีหน่วยงานในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาให้มากที่สุด และมีตัวชี้วัดร่วมกันในการแก้ไขปัญหาของชุมชน “แก้ไขปัญหาก็ได้จริง ชุมชนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเอง ซึ่งอาจจะแบ่งตัวชี้วัดเป็นกลุ่มๆ ดังนี้ (1) ตัวชี้วัดที่จำเป็นต่อภาพใหญ่ของประเทศ (2) ตัวชี้วัดที่เป็นระบบภูมิภาค/ท้องถิ่น ที่กำหนดจากนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทของพื้นที่ และ (3) ตัวชี้วัดระดับที่เกิดจากชุมชนร่วมกันสร้างและเป็นเจ้าของ

การขยายผลและการนำไปใช้ประโยชน์

หลังจากการพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ รพ.สต. ปทุมธานี ได้กำหนดให้เป็นนโยบายที่จะนำเอาตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติในระดับ สอน./รพ.สต. ผลการพัฒนาพบว่า สอน./รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. ปทุมธานี ทุกแห่งนำตัวชี้วัดไปใช้ในการพัฒนางานครอบคลุมทุกแห่ง (ร้อยละ 100) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ สอน./รพ.สต. ยังให้การยอมรับตัวชี้วัดไปในทิศทางเดียวกันว่า สามารถตอบสนองกับปัญหาสุขภาพของประชาชนได้จริงและไม่มากจนเกินกว่าจะปฏิบัติได้

วิจารณ์

กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดของหน่วยงานผู้ปฏิบัติ (สอน./รพ.สต.) โดยใช้กระบวนการสมัชชา

สุขภาพในการสรรหาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวแทนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจเลือกตัวชี้วัดของหน่วยงานในพื้นที่ เป็นการเปลี่ยนแปลงแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดจากเดิมที่เป็น “ตัวชี้วัดตามความต้องการของผู้บริหารถ่ายทอดให้กับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ดำเนินการ (top-down)” ไปสู่แนวทาง “กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานโดยความต้องการของหน่วยปฏิบัติเลือกเอง (bottom-up)” เพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดการยอมรับของหน่วยงานในพื้นที่ โดยแต่ละตำบลจะมีตัวชี้วัด จำนวน 20 ตัวชี้วัด ซึ่งแต่ละตำบลมีทั้งตัวชี้วัดที่เหมือนกันและต่างกัน สามารถจัดแยกตัวชี้วัดออกเป็นของ กรมอนามัย 36 ตัวชี้วัด กรมควบคุมโรค 20 ตัวชี้วัด กรมสนับสนุนบริการทางการแพทย์ 7 ตัวชี้วัด กรมการแพทย์ 6 ตัวชี้วัด และสถาบันการแพทย์แผนไทย 1 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นความต้องการของตัวแทนประชาชนและตัวแทนของผู้ปฏิบัติงานภาครัฐในชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน ลดภาระการรายงานตัวชี้วัดด้านสุขภาพของ สอน./รพ.สต. อันเป็นปัจจัยสาเหตุหนึ่งของการตัดสินใจย้ายสังกัดไปอยู่กับ อบจ. ทำให้การรายงานตัวชี้วัดของ รพ.สต. ลดลง⁽⁸⁾ เช่น ผลการคัดกรองและการให้บริการผู้ป่วยนอกเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง⁽⁹⁾ เพื่อให้การดำเนินงานบริการด้านสุขภาพยังคงเข้มแข็งเหมือนเดิม อบจ. ซึ่งเป็นผู้กำกับดูแล รพ.สต. ควรกำหนดเป็นนโยบาย ทิศทางและเป้าหมายขององค์กรนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของงานไม่น้อยไปกว่าที่เคยอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากผู้บริหารของ อบจ. อย่างชัดเจน มีการสื่อสารภายในองค์กรสร้างความเข้าใจอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีกระบวนการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง^(10,11)

กระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าไม่ได้เป็นหน่วยงานต้นสังกัดของ รพ.สต. แล้ว แต่ยังมีบทบาทเป็นหน่วยงานด้านการดำเนินงานและวิชาการ โดยอาศัยศักยภาพของ อบจ. ที่มีความพร้อมในจัดสรรทรัพยากร เช่น การสนับสนุนงบประมาณ และการสนับสนุนอัตราค่าจ้างให้กับ รพ.สต.⁽¹²⁾ ในการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในพื้นที่ โดยการ

เป็นพี่เลี้ยงในช่วงที่ อบจ. ยังไม่พร้อมในเรื่องของด้านวิชาการและการกำกับติดตามผลการดำเนินงานของ รพ.สต. เพื่อให้การดำเนินงานยังคงมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾

การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของตัวแทน อทป. รพ. ผู้นำชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลต้นแบบ เช่น วัด โรงเรียน สถานีตำรวจ และตัวแทนภาคประชาชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. โดยมีหน่วยงานระดับจังหวัด เช่น สสจ. อบจ. สสอ. ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเกิดการยอมรับของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงานในพื้นที่ จากการมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นและร่วมดำเนินการแก้ไขประเด็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่⁽¹⁴⁾ มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ไม่อยู่ในตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขตรง แต่เป็นประเด็นปัญหาที่พื้นที่มีความต้องการเห็นการแก้ไขปัญหา⁽¹⁵⁾ เช่น “ระดับความสำเร็จของการลดการมั่วสุมของเด็กวัยรุ่นในตำบลบางปรอก” การพัฒนาคุณภาพของ อสม. ให้มีระบบการคัดเลือก และมาตรฐานของผลงานมากขึ้นของตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง อสม. ประจำหมู่บ้าน ของตำบลบึงน้ำรักษ์ โดยการ “ร่างข้อตกลง/กฎระเบียบในการคัดเลือก อสม. ประจำหมู่บ้าน” พร้อมทั้งการประกาศใช้และการอภิบาลระบบการคัดเลือก อสม. นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการยกระดับความสำคัญกับตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่า 1.3 ต่อแสนประชากรของตำบลบางชะแยง เป็น “ไม่มีการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี” โดยการผลักดันให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมทั้งการพิจารณา “ตัวหารของกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจของตัวชี้วัด” ซึ่งใช้เป็นตัวหารของผลการดำเนินงานนั้นๆ เพื่อให้ผลการดำเนินงานสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามข้อมูลการสำรวจของ อสม. ที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนเขตเมืองมากขึ้น เกิดการยอมรับและเสริมกำลังใจให้ อสม. โดยเฉพาะบ้านเช่า ห้องเช่าที่เป็นธุรกิจของคนในพื้นที่ก่อนเป็นอันดับแรก และค่อยขยายการสำรวจแม้จะมีความยาก เนื่องจาก

เจ้าของกิจการไม่ใช่คนในชุมชน เช่น ห้างเช่า คอนโดมิเนียม บ้านจัดสรร เป็นต้น ผลการประชุมจัดทำ แนวทางการจัดทำตัวชี้วัด ส่งผลการดำเนินงานสำรวจ ข้อมูลในพื้นที่โดย อสม. รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยอมรับและมีเป้าหมายชัดเจนขึ้น⁽¹⁶⁾ จากการสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายถึงรูปแบบการจัดทำตัวชี้วัด ผลการสัมภาษณ์ ชี้ให้เห็นว่าการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตรงกับความต้องการของตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนของภาคประชาชน เนื่องจากทำให้เกิด กระบวนการมีส่วนร่วมของ 3 ส่วนหลัก ในการระดม ความคิดเห็น เพื่อการแก้ไขปัญหาในชุมชน มีการขยาย ต่อในเรื่องของการจัดเวทีการบูรณาการความร่วมมือ อยู่ในรูปแบบของบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ของผู้บริหารของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วม การจัดสรรทรัพยากรและการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การทำงานร่วมกัน⁽¹⁷⁾ เป็นปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จ ในการจัดทำแผนงาน/โครงการรองรับการดำเนินงาน ให้บรรลุตามตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้นในปี 2568

ข้อเสนอแนะทั่วไป

การใช้ “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ” เป็นตัวขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาตัวชี้วัดความสำเร็จ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ รพ.สต. ที่ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นมา เป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่เคยมีการศึกษาและพัฒนา ขึ้นมาก่อน สามารถนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัดของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้ดังนี้

1. การกำหนดตัวชี้วัดอาจแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ตัวชี้วัดที่สำคัญต่อภาพใหญ่ของประเทศ (2) ตัวชี้วัดที่กำหนดจากนักวิชาการ สาธารณสุขในพื้นที่ และ (3) ตัวชี้วัดที่เกิดจากชุมชนร่วมกันสร้างและเป็นเจ้าของ พร้อมทั้งควรมีการติดตามและ ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาในระยะยาว

2. ตัวชี้วัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก “กระบวนการ สมัชชาสุขภาพ” เป็นกระบวนการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในสังคม สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการกำหนด

ตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานระดับกระทรวง กรม และกอง ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกระดับ เช่น สมัชชาสุขภาพ เป็นกลไกในการพัฒนาตัวชี้วัด ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญ และลดจำนวนตัวชี้วัดที่ไม่จำเป็น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.เอนก มุ่งอ้อมกลาง รองอธิบดี กรมควบคุมโรค และ ดร.พญ.สุลิกกร ธนนิติกร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัด สระบุรี ที่ได้สนับสนุนงบประมาณของหน่วยงาน ในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณ นพ. อภิชน จินเสวก รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่ได้สนับสนุน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปทุมธานี หน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่ช่วยให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Commission Office of Thailand (NHCO). Understanding the case study of issue-specific health assemblies on the strategic plan for national health information system development [Internet]. 2010 [cited 2024 May 30]. Available from: <https://www.sem100library.in.th/medias/4288.pdf> (in Thai)
2. Health Systems Research Institute. Check the list of transferred sub-district health promotion hospitals for fiscal years 2008–2026 [Internet]. 2023 [cited 2024 May 30]. Available from: <https://hsiu.hsri.or.th/> (in Thai)
3. Plengpanichaya P. Presentation document health

- assembly as a health partner techniques, methods, and tools used in the health assembly process according to the national health act B.E. 2550, editor. Workshop to develop performance indicators for disease prevention and control and health at sub-district level of sub-district health promotion hospitals in Pathum Thani province using health assembly process for fiscal year 2024, pilot area Bang Prok sub-district (1st session); 2024 Mar 11; Meeting room, Information center, 4th floor, Pathum Thani Provincial Public Health Office, Pathum Thani province. Pathum Thani: Pathum Thani Provincial Health Office; 2024. p. 25-8. (in Thai)
4. Senaprom W. Summary report of workshop to develop performance indicators for disease prevention and control and health at sub-district level of sub-district health promotion hospitals in Pathum Thani province using health assembly process for fiscal year 2024, pilot area Bang Prok sub-district (1st session). In: Sukhon D. Workshop to develop performance indicators for disease prevention and control and health at sub-district level of sub-district health promotion hospitals in Pathum Thani province using health assembly process for fiscal year 2024, pilot area Bang Prok sub-district (1st session); 2024 Mar 11; Meeting room, Information center, 4th floor, Pathum Thani Provincial Public Health Office, Pathum Thani province. Pathum Thani: Pathum Thani Provincial Health Office; 2024. p. 1-2. (in Thai)
 5. Amatayakul A, Wannasuntad S. The Development of participatory public policy through the health assembly: Unwanted Pregnancy Management Issue, A Case Study of Chonsoomboon Subdistrict, Nong Mueng District, Lobburi Province. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2020;2(4):39-53. (in Thai)
 6. Homtako K. Participation of people in environment public policy of the upper southern provincial health assembly. Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies. 2019;8(1):93-108. (in Thai)
 7. Srichaiwan R, Promaruk T, Hirunwatthnakul P. Implementation of Thung Khao Luang Subdistrict Administrative Organization Health Security Fund by Thung Khao Luang Subdistrict Health Assembly Process Thung Khao Luang District, Roi Et Province. Academic Journal of Community Public Health. 2024;10(2):60-73. (in Thai)
 8. Puripanpinyo N. Development of system and decentralization of responsibility mechanisms on Queen Sirikit Health Center and Health Promoting Hospital to the Roi-Et Provincial Administrative Organization. Journal of Roi Kaensam Academi. 2024;9(6):793-812. (in Thai)
 9. Sriratanaban J, Singweratham N, Komwong D, Maneechay M. Assessment of population health impacts from the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organizations in 2023: phase 1 potential warning signs. Journal of Health Systems Research. 2024;18(2):152-72. (in Thai)
 10. Wigitchuea K. The core competency of the operations of personnel of sub-district health promoting hospital after the transitory under the supervision of Khon Kaen Provincial administrative organization. Public Administration Association of Thailand Journal. 2024;6(1):63-80. (in Thai)
 11. Thaithong K, Nganlasom T, Punnapapaisan W. Opportunities for development according to

- rational drug use province policy of Sakonnakhon Province. *Journal of Health Consumer Protection*. 2024;4(1):76–94. (in Thai)
12. Chantira R, Chuenklin T, Krirkgulthorn T, Nimwatanakul S, Sarakshetrin A, Khamngoen R, et al. Roles of provincial health office and district health office after transferring sub-district health promoting hospital to provincial administrative organization. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(2):173–92. (in Thai)
 13. Wongpreede A, Sudhipkongpracha T, Kerdrit K. Developing a model of primary care system for Provincial Administrative Organizations (PAOs): a case of Rayong Provincial Administrative Organization. *Health Systems Research Institute (HSRI)*. 2023 [internet]. [cited 2025 Feb 25]; Available form: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5975> (in Thai)
 14. Ungsuchaval T, Songpracha S. The Origin and The development of area-based health assembly: a mechanism for developing participatory healthy public policy in local areas. *Journal of Social Sciences, Naresuan University*. 2022;18(2):197–230. (in Thai)
 15. Jaruwat N. Issues of resource and policy objective that affect the transfer of subdistrict health promotion hospitals (SHPHs) to local government organizations: a case study of Nonthaburi Provincial administrative organization [Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023 [cited 2025 May 27]. Available from: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10629> (in Thai)
 16. Ngoeiwijit S, Chompa C, Chaisana M. Preparation Strategies for public health work transfer to local government organizations in Ubon Ratchathani Province. *NRRU Community Research Journal*. 2023;17(1):84–98. (in Thai)
 17. Usuphan P. Integration of cooperation between public health agencies and Mukdahan Provincial administrative organization for driving health promotion and environmental health policy. *Journal of Environmental and Community health*. 2024;9(6):647–56. (in Thai)