

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดสุพรรณบุรี

พรพรรณ ระวิงพันธ์ ส.ม.*

ดลิดา ชั่งสิริพร ส.ม.**

อรสา โอภาสวัฒนา พท.ป.บ.**

* กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

** กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสุพรรณบุรี ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบหลักด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 184 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 10 คน จากผู้รับบริการแพทย์แผนไทย จำนวน 30 คน และจากการระดมสมองผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน การศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะคือ (1) ศึกษาสภาพปัญหาความต้องการและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทย (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทยตามแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (3) ทดลองใช้รูปแบบและปรับปรุงแก้ไข (4) นำรูปแบบไปใช้และประเมินผล ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงธันวาคม 2560 ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดนโยบายและแนวทางที่ชัดเจนด้านการบริการแพทย์แผนไทย บุคลากรแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ขาดทักษะความชำนาญด้านเวชกรรมไทย ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ต้องการผลการรักษาที่ดีจากผู้ให้บริการที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญ ต้องการยาสมุนไพรที่ราคาไม่แพง หลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาตามแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ด้านรูปแบบบริการ บุคลากร ระบบข้อมูลสารสนเทศ การเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็น การเงินและการคลัง ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ พบว่า โรงพยาบาลมีการพัฒนาและสามารถยกระดับการผ่านมาตรฐานฯ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยฯ ที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การบริหารจัดการ, การบริการด้านการแพทย์แผนไทย

บทนำ

จากที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปฏิญญาอัลมาอะตา (Alma-Ata Declaration)⁽¹⁾ ในการประชุมระหว่าง-ประเทศเกี่ยวกับสุขภาพปฐมภูมิ “International Conference on Primary Health Care” ระหว่างวันที่ 6 - 12 กันยายน พ.ศ. 2521 ณ เมืองอัลมา อะตา ประเทศ

รัสเซีย กำหนดเป้าหมายว่า ประชากรโลกต้องมีสุขภาพดี-ถ้วนหน้าใน ปี พ.ศ. 2543 แต่เนื่องจากภาวะขาดแคลนอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยเฉพาะชนบท ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา และมีการระบาดของโรคติดต่อสายพันธุ์ใหม่ๆ

รวมทั้งมีโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของหลายประเทศ ทำให้ทั่วโลกไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีได้⁽²⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวองค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ให้แต่ละประเทศหันกลับมาพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ดั้งเดิม โดยผสมผสานกับการแพทย์กระแสหลักของประเทศ โดยเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพและคุณภาพเพื่อการนำไปใช้อย่างสมเหตุสมผล ทำให้คนในประเทศทุกระดับเข้าถึงและสามารถใช้ได้⁽³⁾

ประเทศไทยประสบปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนเช่นเดียวกับหลาย ๆ ประเทศในโลก โดยพบว่าแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุม⁽⁴⁾ ทั้งนี้ยังมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูง รวมทั้งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล⁽⁴⁾ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงใช้แนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก โดยนำนโยบายการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ การสนับสนุนส่งเสริมการนำเอาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และรัฐบาลไทยยังได้กำหนดลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามนโยบายองค์การอนามัยโลก เรื่อยมาจนถึงฉบับปัจจุบัน ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559)^(5,6) โดยในแผนพัฒนาฉบับที่ 9 เริ่มต้นจากได้อัญเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศ ในเรื่องของสุขภาพที่ได้ยกระดับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ในมิติของการพัฒนาประเทศ แผนพัฒนาฉบับที่ 10 ยึดหลักการที่ว่า สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี แผนพัฒนาฉบับที่ 11 ก็ยังคงยึดแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และสร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติโดยใช้แนวคิดที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนา ฉบับที่ 9 - 10 มีวิสัยทัศน์ว่า

สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาค เป็นธรรมและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง⁽⁶⁾

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐทุกระดับนำไปดำเนินงานมุ่งหวังให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยอย่างทั่วถึง โดยกำหนดให้สถานบริการต่าง ๆ มีงานให้บริการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ปี 2547⁽⁷⁾ ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยการใช้ยาสมุนไพร อีกทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมถึงผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และมีเป้าหมายในการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์หลักของไทยในทศวรรษหน้า⁽⁷⁾

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นพื้นที่ส่วนภูมิภาคอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 มีโรงพยาบาลภาครัฐ 10 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 174 แห่ง เปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยทุกแห่ง มีการขับเคลื่อนตามนโยบายของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกปัจจุบัน) มาตั้งแต่ปี 2547 โดยมีการสนับสนุนและผลักดันผ่านนโยบายต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อรองรับการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของประชาชน แต่ก็ยังประสบปัญหาในการพัฒนาการบริการโดยพบว่า สัดส่วนของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยในหลายโรงพยาบาลยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยยังคงน้อยมาก ทั้งที่ภายในจังหวัดสุพรรณบุรีมีโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบแพทย์แผนไทย⁽⁸⁾

ข้อมูลผลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสุพรรณบุรี จากฐานข้อมูล Health Data Center ปีงบประมาณ 2556-2558 พบว่า ภาพรวมจังหวัดมีสัดส่วนการบริการผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์แผนไทยคิดเป็นร้อยละ 14.73, 15.04, 14.55 ตามลำดับ มีสัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 3.48, 4.25, 5.03 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ส่วนในภาพของโรงพยาบาลภาครัฐแต่ละแห่ง พบว่า มีสัดส่วนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและมูลค่าใช้จ่ายสมุนไพรแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยในปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการแพทย์แผนไทยมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอก และมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรถึงร้อยละ 23.07 และ 45.95 มากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และมีโรงพยาบาลบางแห่งที่ประสบปัญหาในการให้บริการแพทย์แผนไทย มีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอก และมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงฯ มาก โดยมีผลการให้บริการและการใช้จ่ายสมุนไพรเพียงร้อยละ 6.59 และ 0.17 ตามลำดับ⁽⁹⁾ และยังพบว่าแต่ละโรงพยาบาลมีการจัดบริการแพทย์แผนไทยที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป บางแห่งเน้นการนวด บางแห่งเน้นการผลิตสมุนไพร และเน้นการรักษาด้วยสมุนไพรจนประสบความสำเร็จด้านการรักษาโรคเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั้งในและนอกพื้นที่⁽⁸⁾

จากสภาพการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสุพรรณบุรีที่มีศักยภาพในการให้บริการที่หลากหลาย และแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยในฐานะผู้ขับเคลื่อนงานด้านการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสุพรรณบุรี จึงต้องการศึกษาปัญหา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีต่อการพัฒนาการจัดบริการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบ ในการจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลภาครัฐที่ประสบปัญหาการจัดบริการให้สนองต่อสภาพปัญหา และความต้องการของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการใช้เทคนิคการระดมสมอง ร่วมกันใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบระบบการบริหารจัดการ การบริการด้านการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสุพรรณบุรี มีลำดับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์และสภาพปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านการแพทย์แผนไทย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้รับบริการ การระดมสมองผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย หลังจากการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วได้นำไปวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการระดมสมอง หาแบบการจัดการการบริการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทยตามแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ระบบบริการบุคลากร ระบบสารสนเทศ การเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็น การเงินการคลัง ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ระยะที่ 3 การนำเสนอรูปแบบการพัฒนาการบริหารจัดการ การบริการแพทย์แผนไทยให้ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ นำสู่การทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 4 นำรูปแบบการบริหารจัดการ การบริการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาแล้วไปใช้จริงในโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมพัฒนา ติดตามประเมินผลลัพธ์หลังการดำเนินการบริหารจัดการการบริการแพทย์แผนไทยตามรูปแบบในประเด็นการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) การให้บริการผู้ป่วยนอกและการใช้จ่ายสมุนไพร ความพึงพอใจของ

ผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

เฉลี่ย 39 รายการ แบ่งเป็นยาพัฒนาจากสมุนไพร (เดี่ยว) จำนวน 19 รายการและยาแผนไทยหรือแผนโบราณ (ตำรับ) จำนวน 20 รายการ โรงพยาบาลชุมชนที่มีการใช้ยาสมุนไพรเดี่ยวมากที่สุด 30 รายการคือ โรงพยาบาลต้นแบบแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพรของจังหวัด

การบริหารจัดการและความคิดเห็นต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทยของผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่เป็นปัญหาต่อการจัดบริการ พบว่า

โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดบริการเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก มีเพียง 2 แห่ง ที่มีบริการผู้ป่วยใน เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (โรงพยาบาลต้นแบบแพทย์แผนไทย) ในจังหวัด มีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวน 42 คน อนุปริญญาด้านการแพทย์แผนไทย (หลักสูตร 3 ปี) จำนวน 2 คน (กำลังศึกษาต่อปริญญาตรีทั้งหมด) รวมบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 44 คน ในจำนวนนี้ มีใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์เพียง 26 คน โดยแบ่งกลุ่มเป็นบุคลากรที่มีใบประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมไทย 11 คน และสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 15 คน กระจายอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ ดังตารางที่ 1

การใช้ยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการใช้สมุนไพร

1) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (8 แห่ง) ไม่มีการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจน มีเพียง 2 แห่ง ที่มีนโยบายงานด้านการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งตอบเห็นด้วยกับนโยบายการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (8 แห่ง) ใช้รูปแบบที่มีระบบบริการแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยแยกกันอยู่คนละสถานที่ ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้โดยตรงที่คลินิกแพทย์แผนไทยอีก 2 แห่ง ใช้รูปแบบบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ด้วยกันที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการให้คำปรึกษาและส่งต่อกันระหว่างแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน

2) การสนับสนุนบุคลากร มีผู้บริหารโรงพยาบาล 3 แห่ง ที่เห็นว่า อัตรากำลังแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้งบประมาณของโรงพยาบาลจ้างเพิ่ม ส่วนเรื่องการสนับสนุนให้บุคลากรได้ใบประกอบวิชาชีพ มีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับกรอบรมเพิ่มเติมในการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากร

ตารางที่ 1 บุคลากรแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ประจำโรงพยาบาลต่างๆ

ประเภทโรงพยาบาล	มีใบประกอบวิชาชีพด้านการเวชกรรมไทย	มีใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	ยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมไทย/สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	2	2	0
โรงพยาบาลชุมชน	7	9	6
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2	4	10
รวม	11	15	16

ในการทำงานแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับ มีผู้บริหาร 2 แห่งมีการดำเนินการที่ชัดเจน ซึ่ง 1 ใน 2 แห่งนั้นคือผู้บริหารโรงพยาบาลต้นแบบแพทย์แผนไทย นอกจากนั้นยังสนับสนุนให้บุคลากรศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง

ความต้องการของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย จากการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน พบว่า ด้านการตรวจรักษา ผู้รับบริการต้องการหายจากการเจ็บป่วยมากที่สุด (19 คน) รองลงมา (16 คน) ต้องการความรวดเร็วในการรอตรวจ ด้านยาสมุนไพร ผู้รับบริการต้องการให้มียาสมุนไพรหลากหลายชนิด และราคาไม่แพงมากที่สุด (22 คน) ด้านการรับบริการนวดไทย ผู้รับบริการต้องการผู้ให้บริการที่มีความสามารถและชำนาญในการนวดมากที่สุด (22 คน) รองลงมา (17 คน) ต้องการหายจากการปวดรู้สึกสบายตัว ฯลฯ และส่วนใหญ่ (24 คน) ต้องการสถานที่ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีห้องให้บริการที่เป็นสัดส่วน

มุมมองของผู้ให้บริการเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหา พบว่ามี 4 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดการบริการแพทย์แผนไทย

1) ด้านผู้บริหาร ผู้ให้บริการมองว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานแพทย์แผนไทยน้อย และไม่มีทิศทาง

นโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจน

2) ด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการมองตรงกันว่าทุกโรงพยาบาลมีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวนน้อย ไม่เพียงพอกับการให้บริการและบุคลากรของโรงพยาบาลมากกว่าครึ่งขาดประสบการณ์ในการให้บริการด้านการตรวจรักษา ไม่กล้าให้คำปรึกษาหรือแสดงองค์ความรู้ให้แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับ มีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อย และบริการเชิงรับเป็นส่วนใหญ่

3) ด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการมองว่าผู้รับบริการในหลายโรงพยาบาลเชื่อถือและศรัทธาการตรวจวินิจฉัยของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า และผู้รับบริการขาดความรู้ ความเข้าใจด้านการแพทย์แผนไทย

4) ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมให้บริการ ผู้ให้บริการมองว่าแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเรื่องแพทย์แผนไทย และส่วนใหญ่ไม่ยอมรับในศักยภาพด้านการรักษาของตัวบุคลากรแพทย์แผนไทย

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย ตามแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ได้แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

3. การประเมินผลหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า

ตารางที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย

สภาพปัจจุบัน	รูปแบบที่พัฒนา
การบริหารจัดการด้านรูปแบบบริการ มีการให้บริการครอบคลุม 4 ด้าน สภาพการให้บริการเป็นการให้บริการทั่วไป ขาดความเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งสามารถช่วยลดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ การให้บริการเชิงรุกที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียง ร่วมกับเยี่ยมบ้าน การบริการเชิงรุกยังมีน้อย	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดตั้งคณะทำงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ 2) จัดทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติให้ชัดเจน ครอบคลุมการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู เน้นเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพตามกลุ่มวัย 3) จัดตั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมพี่เลี้ยง โดยกำหนดให้โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยในจังหวัดทำหน้าที่ดูแลและพัฒนาแนวทางการตรวจรักษา รับ/ส่งต่อ Case ตลอดจนกำหนดแนวทางและขั้นตอนของการส่งต่อ Case ระหว่างแพทย์แผนไทยและแพทย์ปัจจุบัน และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) จัดบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยตั้งเป้าหมายการเพิ่มระดับการผ่านมาตรฐาน 5) จัดบริการเชิงรุกด้านการฟื้นฟูสภาพและเน้นสร้างผู้ดูแล (care giver) ให้มีความรู้และทักษะการฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ผ่านการจัดทำแผนงานเน้นส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มที่ให้บริการเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3.1 การพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม ไปใช้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสามารถยกระดับการผ่าน และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เกณฑ์ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล 2 ใน 3 แห่งที่มีผล (รพ.สส.พท.) ของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ที่นำรูปแบบฯ การประเมินระดับดีมากในปี 2558 เป็นระดับดีเยี่ยมในปี

ตารางที่ 2 ผลการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทย (ต่อ)

สภาพปัจจุบัน	รูปแบบที่พัฒนา
<p>การบริหารจัดการบุคลากร พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุก ๆ ด้าน ผ่านการอบรมเชิงวิชาการ (เน้นการปฏิบัติเฉพาะด้านหัตถเวช) ขาดการอบรมปรับพื้นฐานความรู้ด้าน การแพทย์แผนไทยให้กับบุคลากร วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) จังหวัดวางแผนจัดกรอบอัตรากำลังร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้วยการจัดทำหลักสูตร เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ (เน้นด้านเวชปฏิบัติ)และเวชกรรมไทย และสร้างความเชื่อมั่นในการจัดบริการ โดยจัดทำหลักสูตรสำหรับแพทย์แผนไทย บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น แพทย์ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เป็นต้น
<p>การบริหารจัดการระบบข้อมูลและสารสนเทศ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) พัฒนาศักยภาพด้านการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน การให้บริการด้านแพทย์แผนไทย โดยมีการกำหนดแผนและดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศ ของสถานบริการทุกแห่ง โดยจัดทำคู่มือประกอบการอบรม รวมทั้งมีการเยี่ยมติดตามสนับสนุนและแก้ไขปัญหาในระบบการบันทึกข้อมูล 2) สร้างระบบฐานข้อมูลเครือข่ายด้านการแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย
<p>การจัดการการเข้าถึงยา/บริการที่จำเป็น ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรในการจัดบริการสุขภาพทุกสาขา ทำให้ปริมาณยาสมุนไพรไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดราคายาสมุนไพรที่ผลิตในพื้นที่ให้เป็นแนวทางเดียวกัน 2) จัดทำแผนการจัดซื้อยาสมุนไพร โดยใช้ข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรแต่ละชนิดและปริมาณการใช้ในปีที่ผ่านมา มาพิจารณาประกอบการจัดทำแผนเพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ 3) แผนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งเรื่องการให้บริการความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการใช้ยาสมุนไพร
<p>ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ - มีการถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ แต่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดที่ชัดเจน - มีการติดตามควบคุมกำกับแต่ขาดความต่อเนื่อง - จังหวัดมีการสนับสนุนบุคลากรด้านแพทย์แผนไทยด้วยการจัดทำหลักสูตรเพิ่มศักยภาพและมีแผนเพิ่มอัตรากำลัง แต่ไม่สามารถเพิ่มได้ตามแผนด้วยข้อจำกัดการเงินและงบประมาณ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้นำ มีการกำหนดนโยบายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่าย เน้นนโยบายชัดเจน เป็นรูปธรรม ต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเหมาะสม 2) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจน และมีการวางแผนควบคุมกำกับ 3) มีการสนับสนุนทางวิชาการ ช่วยหาทุน สนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้คำปรึกษาด้านการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ

2560 ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

3.2 การเข้ารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพร พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ที่ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้ว มีร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลที่เพิ่มมากที่สุดคือโรงพยาบาลดอนเจดีย์ ดังตารางที่ 4

3.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ ในโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้ว จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของทุกโรงพยาบาลฯ ละ 100 คน พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.45) และเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) (ตารางที่ 5)

จากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาพบว่า บุคลากรที่ยังไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนด⁽¹⁰⁾ ทำให้ยังไม่สามารถเปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกครบทุกแห่ง โดยยังขาดเพียงโรงพยาบาลดอนเจดีย์เท่านั้นที่ยังไม่สามารถเปิดได้ เมื่อพิจารณากรอบอัตรากำลังที่กำหนด พบว่ามีโรงพยาบาลเพียง 2 แห่งเท่านั้นที่มีอัตรากำลังเป็นไปตามกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆ ยังขาดอัตรากำลังตามเกณฑ์ขั้นต่ำรวม 12 ตำแหน่ง โดยจังหวัดและโรงพยาบาลไม่มีการจัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลัง จะมีเพียงบางโรงพยาบาลที่ต้องการขยายการบริการ เช่น โรงพยาบาลอุ้มถ้องและโรงพยาบาลบางปลาหมอที่มีการจ้างบุคลากรแพทย์แผนไทยเพิ่ม ซึ่งการกำหนดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนเพียงพอกับภาระงานเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการบริการ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินมาตรฐานฯ ของโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้ว

สถานบริการ	ปีงบประมาณ 2558				ปีงบประมาณ 2560			
	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน
รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ	✓				✓			
รพ.บางปลาหมอ	✓				✓			
รพ.ดอนเจดีย์		✓				✓		
รพ.เดิมบางนางบวช		✓			✓			
รพ.สามชุก		✓			✓			

ตารางที่ 4 การเข้ารับบริการแพทย์แผนไทย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้ว

สถานบริการ	ปีงบประมาณ 2558			ปีงบประมาณ 2560		
	ผู้รับบริการทั้งหมด	ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย	ร้อยละ	ผู้รับบริการทั้งหมด	ผู้รับบริการแพทย์แผนไทย	ร้อยละ
รพ. สมเด็จพระสังฆราชฯ	295,430	19,468	6.59	246,662	19,270	7.81
รพ. บางปลาหมอ	148,197	26,935	18.18	122,896	25,498	20.75
รพ. ดอนเจดีย์	124,826	13,129	10.52	86,672	15,285	17.64
รพ. เดิมบางนางบวช	205,414	22,557	10.98	158,082	25,017	15.83
รพ. สามชุก	154,156	21,344	13.85	120,966	22,858	18.90

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยฯ ทุกด้านโดยรวม

สถานบริการ	ก่อนการใช้รูปแบบ (ปี 2558)		หลังการใช้รูปแบบ (ปี 2560)		t	p-value		
	ระดับ		ระดับ					
	Mean	S.D	Mean	S.D				
รพ. สมเด็จพระสังฆราชฯ	3.14	0.81	ปานกลาง	4.49	0.78	มาก	-2.55	0.0001*
รพ. บางปلام้า	3.55	1.06	มาก	4.16	0.74	มากที่สุด	-1.29	0.001*
รพ. ดอนเจดีย์	3.08	0.99	ปานกลาง	4.38	0.65	มาก	-1.43	0.0001*
รพ. เดิมบางนางบวช	3.02	0.67	ปานกลาง	4.42	0.58	มาก	-4.06	0.0001*
รพ. สามชุก	3.19	0.86	ปานกลาง	4.36	0.70	มาก	-3.85	0.001*
รวมทุก รพ.	3.19	0.87	ปานกลาง	4.45	0.69	มาก	-10.72	0.0001*

สอดคล้องกับรายงานวิจัยของประพจน์ เกตวรากาศ และคณะ⁽⁴⁾ และจากการศึกษาปัจจัยความต้องการของผู้รับบริการ พบว่า ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ต้องการหายเจ็บป่วย ต้องการความรวดเร็วในการตรวจรักษา มีผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรที่หลากหลาย และสถานที่ที่เข้าถึงง่ายและเป็นสัดส่วน โดยมุ่งหวังพัฒนาต่อยอดด้านความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยที่สูงขึ้น โดยมีปัจจัยที่น่าสนใจดังนี้

1) ปัจจัยด้านสถานที่ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการสถานที่ที่เข้าถึงง่ายและเป็นสัดส่วนสูงสุด สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าของชมรมนิกขา นามแสงและอัจฉราวรรณ โตภาคงาม⁽¹¹⁾ ซึ่งระบุว่าสถานที่เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจได้สูงสุด

2) ปัจจัยด้านยาสมุนไพร พบว่า ผู้รับบริการต้องการให้มียาสมุนไพรหลากหลายชนิดซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากผู้ให้บริการที่พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสุพรรณบุรีมียาสมุนไพรหลากหลาย และมีจำนวนเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อค่าบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาจเป็นผลมาจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอในแต่ละพื้นที่ซึ่งอาจทำให้ความรวดเร็วในการตรวจนั้นลดลง สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าของชมรมนิกขา

นามแสงและอัจฉราวรรณ โตภาคงาม⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่าเมื่อผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้น ความพร้อมในการให้บริการด้านบุคลากรและสถานที่ตลอดจนอุปกรณ์และเครื่องมือจะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการการบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่พบว่าการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดอ่อนของเกือบทุกโรงพยาบาล โดยพบว่า มีสาเหตุสำคัญจึงคาดการณ์จัดทำแผนปฏิบัติการในการจัดบริการที่ชัดเจนภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร ทำให้เกิดกิจกรรมหรือบริการส่งเสริมสุขภาพน้อย ทั้งนี้ การส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแผนทางเลือกที่สามารถทำให้ผู้รับบริการมีสุขภาพะทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้นได้ เช่น การสอนผู้ป่วยให้ฝึกสมาธิบำบัด การฝึกฤาษีตัดตนเพื่อลดอาการปวดเมื่อย เป็นต้น สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าของบุญเต็ม ปิงวงศ์ และเทพประวิณ จันท์แรง⁽¹²⁾ ที่ระบุว่า การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพจิตใจตามแนวทางของพระพุทธศาสนาควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น จนเกิดประสิทธิผลจนเป็นที่ยอมรับจากคนในชุมชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ซึ่งตรงตามหลักการรักษาทาง

การแพทย์แผนไทยที่เชื่อว่าการรักษาจิตใจเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาโรคสอดคล้องกับรายงานของสุนันทา โอศิริ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าหลังจากการอบรม 2 เดือน พบว่าผู้เข้าร่วมการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปดูแลสุขภาพตนเองและเผยแพร่เพื่อช่วยเหลือคนในครอบครัวและผู้สูงอายุคนอื่นๆ ได้จริง ดังนั้น การสร้างการเรียนรู้ผ่านการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยจึงเป็นการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น⁽¹³⁾ ในการพัฒนารูปแบบจึงมีการมุ่งเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยมีการทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการแยกตามกลุ่มวัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ โดยเริ่มจากการมอบนโยบายจากจังหวัดสู่โรงพยาบาลดังกล่าวส่งผลให้ผู้รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการบริการด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก⁽¹⁴⁾ สูงขึ้นจากเดิมอย่างต่อเนื่องจากปี 2558 ที่ไม่มีข้อมูลการให้บริการ ในปี 2559 มีจำนวนผู้เข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็น 36,969 รายและในปี 2560 เพิ่มขึ้น จำนวน 74,744 ราย

การศึกษาผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาแล้ว พบว่ามีโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานระดับดีเยี่ยม 4 ใน 5 แห่ง โดย 2 ใน 4 แห่งสามารถยกระดับการผ่านมาตรฐานจากระดับดีมากเป็นระดับดีเยี่ยม โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งมีการพัฒนาด้านการเข้าถึงบริการโดยพิจารณาจากร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัดของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ ที่ กำหนดไว้ร้อยละ 18.0 ในปี 2559 และร้อยละ 18.5 ในปี 2560 เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลดอนเจดีย์เพิ่มมากที่สุดจากร้อยละ 10.52 เพิ่มเป็นร้อยละ 17.64 จุดที่น่าสนใจคือ โรงพยาบาลดอนเจดีย์เป็นโรงพยาบาลเดียวใน 5 แห่งที่ไม่ผ่านการ

ประเมินเป็นระดับดีเยี่ยมเนื่องจากขาดเกณฑ์ด้านบุคลากรแพทย์แผนไทยที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการด้านการรักษา แต่หลังจากการใช้รูปแบบฯ โรงพยาบาลดอนเจดีย์ได้กำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนในการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ควบคู่ไปกับงานรักษาผู้ป่วยนอก โดยแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจรักษาด้วยเหตุผลที่ต้องการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของสิทธิศักดิ์ กองมา⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาคุณภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการวิจัยพัฒนาและเก็บข้อมูลโดยสถาบันการเรียนการสอนทางด้านการแพทย์แผนไทย แสดงว่า การรักษาโดยแพทย์แผนไทยสามารถลดค่าใช้จ่ายได้จริง และจากการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในทุกด้านโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากที่โรงพยาบาลได้ยึดรูปแบบฯ ไปพัฒนา โดยเฉพาะผู้บริหารให้การสนับสนุนกำหนดนโยบาย รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมหลักสูตรต่างๆ ตามที่ได้กำหนด และมีการติดตามเป็นพี่เลี้ยงโดยผู้รับผิดชอบของจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการบริการเน้นความสะดวกรวดเร็ว สอดคล้องการศึกษาของทับทิม สัมฤทธิ์เปี่ยม⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าหลังการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานีอนามัยตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ทั้งในด้านสถานที่เครื่องมือ กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายและผลการบริการ ผู้รับบริการพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรยา นิยมศิลป์ และณัฐริญา คำผล⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญในการจัดระบบบริการการแพทย์แผนไทยคือผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และทีมงาน โดยผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนและร่วมกัน กำหนดนโยบายที่ชัดเจนรวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ มีการจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารระดับกรมและกระทรวง

1) ยาสมนุไพรที่ผลิตจากโรงพยาบาลของรัฐบางชนิดมีราคาแพง กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายกำหนดราคากลางของสมุนไพรรักษาโดยอ้างอิงราคาของบริษัทเอกชนเพื่อให้ได้ราคาที่เหมาะสม

2) กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดเงื่อนไขการใช้งบประมาณที่จัดสรรให้โรงพยาบาลให้มีสัดส่วนที่ชัดเจนในการดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยแต่ละด้าน

2. ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับจังหวัดควรผลักดันให้เกิดการสนับสนุนบุคลากรการแพทย์แผนไทยให้ได้ตามแผนที่วางไว้

3. ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลและทีมแพทย์แผนไทย ควรให้ความสำคัญกับการกำหนดแนวทางการบริหารงานและการพัฒนาร่วมกันทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารเพื่อพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการทำงาน และเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ดร. วันสรา เชาวน์นิยม ดร. เพ็ชรน้อย ศรีผดุงม่อง เกษัชกรหญิง ดร. ณัฐจรัสริฎย เดชะศิริพงษ์ แพทย์หญิงสมพิศ จำปาเงิน คุณปราณีต สิงห์ทอง ในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมตลอดการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งที่สละเวลาให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Declaration of Alma Ata [Internet]. [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

2. ยิ่งยง เทาประเสริฐ, กัญยานุช เทาประเสริฐ. การเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านในอนุภูมิภาค ลุ่มน้ำโขงตอนบน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2553.
3. Chan M. WHO traditional medicine strategy: 2014–2023 [Internet]. [cited 2015 Oct 25]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21201en/>
4. ประพจน์ เกตราภาค, จิราพร ลัมปานนท์, สุนทร วิทยานารกไพศาล, รุจิณาก อรรถสิขุ, เสวณีย์ กุลสมบุรณ์, รัชณี จันทร์เกษ, และคณะ. การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์; 2551.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550–2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2550.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2555.
7. ประพจน์ เกตราภาค, จิราพร ลัมปานนท์. สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐส่วนภูมิภาคและภาคเอกชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16:859–73.
8. กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. แผนพัฒนายุทธศาสตร์งานแพทย์แผนไทย จังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปีงบประมาณ 2558. สุพรรณบุรี: สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี; 2558.
9. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=30bc6364fc06a33a7802e16bc596ac3b.
10. ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, รัชณี จันทร์เกษม. โครงการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560–2569) ภายใต้โครงการวิจัยเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายการวางแผนความต้องการกำลังคน

- ด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2559.
11. ชนม์นันทิภา นามแสง, อัจฉรวรรณ โตภาคงาม. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;16:77-89.
 12. บุญเต็ม ปิงวงศ์, เทพประวิณ จันทรัง. การบูรณาการแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพตามแนวทางพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาวัดส่งเสริมสุขภาพชุมชนในเขตภาคเหนือ. วารสารบัณฑิตวิจัย 2559;7:195-206.
 13. สุนันทา โอศิริ, พรรณภัทร อินทฤทธิ์, วรวิภา สุวรรณรัตน์, สถาพร บัวธรา, พิชชาพลอย ศรีประเสริฐ, มยุรี พิทักษ์ศิลปะ. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/file//2559_064.pdf
 14. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://region5.mopg.go.th/docs.mophplan_2559_final.pdf
 15. กลุ่มงานวิชาการและคลังความรู้ กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ระบบการจัดการสารสนเทศ (MIS) ข้อมูลการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (HDC TTM service) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://hs.dtam.moph.go.th/>
 16. สิทธิศักดิ์ ทองมา. การศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิษฐ์ [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558
 17. ทับทิม สัมฤทธิ์เปี่ยม, อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์, สุคนธ์ เจียสกุล. การพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานีอนามัยตำบลเขาพระงามอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2552;14:987-95.
 18. อีรยา นิยมศิลป์, ณัฐริญา คำผล. ปัจจัยที่ส่งผลในการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ประสบความสำเร็จในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. วารสารการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 2555;10:187-96.

Abstract: Development of Thai Traditional Medical Services Management Model, Suphanburi Province

Pornphan Ravongpunt M.P.H.*; Dalicha Chungsiriporn M.P.H.; Orasa Opaswattana B.ATM.****

** Suphanburi Province Public Health Office; ** Uthong Hospital, Suphanburi Province, Thailand*

Journal of Health Science 2018;27:280-91.

The purpose of this action research was to find the appropriate model for the management of Thai traditional medicine services in Suphanburi province. It was conducted during the period from October 2015 to December 2017. Quantitative data were collected from interviews with primary care physicians in Thai traditional medicine; and qualitative data were collected through in-depth interviews with 10 hospital administrators and 30 Thai traditional medicine recipients, as well as from a brainstorming session with 25 Thai traditional medicine providers and related persons. The study was divided into 4 phases: (1) a study of the problems, needs, and factors affecting Thai traditional medicine services; (2) development of a management model of Thai traditional health care services according to the WHO health system concept; (3) testing and modification of the model; and (4) implementing and evaluating the model. The results showed that most administrators did not have clear policies and guidance on Thai traditional medicine. Most traditional medicine practitioners were lacking of expertise in Thai medicine. Most recipients of Thai traditional therapy required good results from skilled and specialized providers, and affordable herbal medicine. After applying the management model of Thai traditional medicine services which was developed through the improvement of WHO health system components including provision of health services, improved health workforce, health information system, accessibility to essential medicines, financing, leadership and governance, the participating hospitals had improved performance and were able to upgrade their standards. The percentage of outpatients receiving Thai traditional medicine had increased; and patients had expressed significantly higher satisfaction on the services ($p < 0.0001$).

Key words: model development, management, Thai traditional medicine service