



การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแรตโมเดล

THE OPERATION OF PRIMARY CARE CLUSTER ON PLAKRAT MODEL

วุฒิชัย โภทาสจิริวิโรจน์

โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

Wuttichai Opartjirawirote

Bangrakam Hospital, Phitsanulok

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านการรักษา ด้านการเข้าถึงบริการ และด้านคุณภาพบริการ ของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัว 2) ศึกษาความเชื่อมั่นต่อบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแรตโมเดลของผู้รับบริการ 3) ศึกษาความพร้อมของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัว และ 4) ศึกษาแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแรตโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง ด้านกำลังคน อุปกรณ์ สถานที่ และงบประมาณ โดยกลุ่มตัวอย่างในการใช้แบบสอบถาม คือ ผู้รับบริการ จำนวน 232 คน และการสัมภาษณ์ คือ บุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 14 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลการปฏิบัติงานด้านการรักษา ด้านการเข้าถึงบริการ และด้านคุณภาพบริการ ของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวอยู่ในระดับมาก 2) ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในการมารับบริการ เนื่องจากคุณภาพการรักษาของแพทย์และพยาบาล เดินทางสะดวก และลดค่าใช้จ่าย 3) บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงานโรคเรื้อรัง และการเพิ่มศักยภาพด้านบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ แต่ด้านกำลังคนควรมีการสนับสนุนเพิ่มเติม และ 4) แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแรตโมเดลสามารถสนองตอบนโยบายด้านบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ลดความแออัด และลดการรอคอย ลดความเหลื่อมล้ำ และลดค่าใช้จ่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การดำเนินงาน, คลินิกหมอครอบครัว, ปลั๊กแรตโมเดล

Abstract

The purposes of this research were to 1) study the performance on treatment, service access, and service quality of primary care cluster team 2) study the assurance of client 3) study the readiness of primary care cluster team and 4) study the guideline of the operation primary care cluster on Plakrat model with workforce, material, place, and budget in 4 sub-district health promoting hospitals. The samples were 122 clients with questionnaire, and 14 persons who are the primary care cluster team with focus group. The data were statistically analyzed by using frequency and percentage, and used content analysis in qualitative analysis.

The results found that 1) the performance on treatment, service access and service quality of primary care cluster team were at high level, 2) the client had assurance to care quality both doctor and nurse, convenient travel, and reduce cost, 3) the primary care cluster team had readiness for operation of chronic disease and increasing potential on personnel, place, and material, whereas workforce should more supporting, and 4) the guideline of the operation of primary care cluster on Plakrat model could response policy on safety service, reducing crowding and waiting, reducing inequality, reducing cost in 4 sub-district health promoting hospitals effectively.

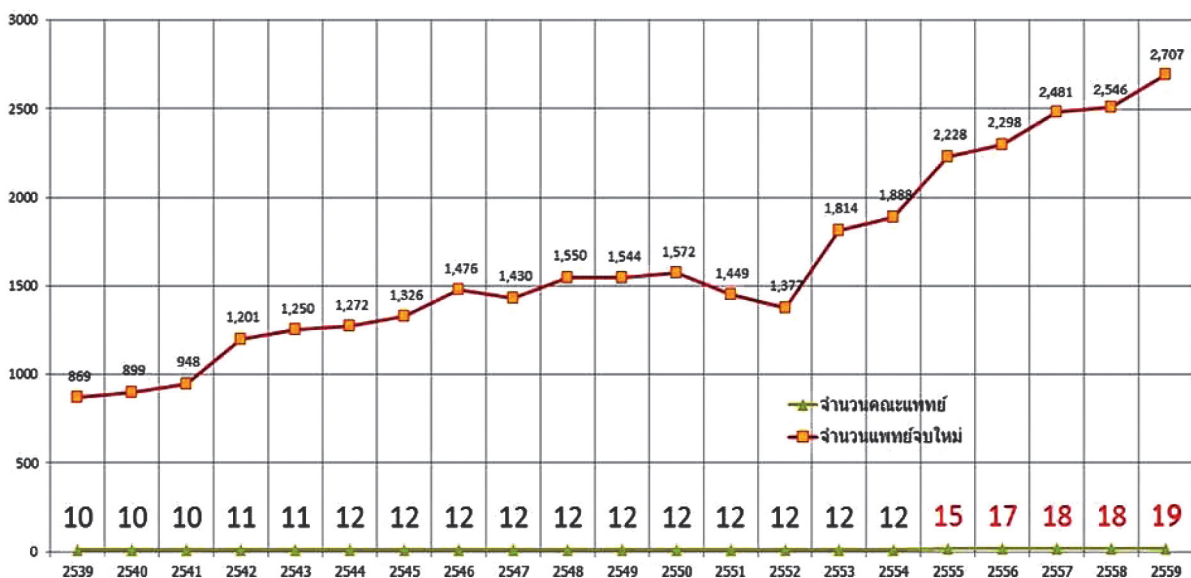
Keywords : Operation, Primary Care Cluster, Plakrat Model

บทนำ

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายปฏิรูประบบปฐมภูมิให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็น ครั้งแรกในประเทศไทย ทั้งนี้ หากประเทศไทยมีระบบบริการปฐมภูมิที่มีความเข้มแข็งย่อมจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น และสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ รวมถึงจะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศลดลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และจากการศึกษาของ วุฒิชัย โอภาสจริวิโรจน์ (2546) ศึกษาาระบบสุขภาพและการจัดการเรียนการสอนในประเทศออสเตรเลีย เป็นการนำแนวความคิดด้านปฐมภูมิซึ่งประเทศออสเตรเลียดำเนินการมาก่อนประเทศไทย โดยจัดให้ประชาชนรับบริการที่คลินิกแพทย์ ร้านขายยาหรือศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน ไม่ไปแออัดในโรงพยาบาล แต่บริการจะแยกส่วนแพทย์และบุคลากรอื่นๆ โดยแพทย์อยู่ที่คลินิกทำหน้าที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ความรู้ และประสานงานไม่ได้บูรณาการ ส่วนพยาบาลและบุคลากร

ทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ จะอยู่ที่ศูนย์สุขภาพ ข้อดีคือประชาชนได้รับบริการใกล้บ้าน ข้อเสียคือ ไม่จบในจุดเดียว (One Stop Service) โดยข้อจำกัดคือ ประเทศไทยผลิตแพทย์ไม่เพียงพอและมีความพยายามจะเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยอบรมพยาบาลในด้านการรักษาเพิ่มขึ้น หรือใช้เทคโนโลยีปรึกษาแพทย์ ซึ่งไม่สามารถทดแทนแพทย์ได้ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันมีการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น (ดังภาพที่ 1) การดำเนินงานใกล้บ้านใกล้ใจ โดยมีแพทย์เป็นแกนกลางสามารถจัดสรรได้ตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานพยาบาลในชุมชนเช่นเดียวกับคลินิกแพทย์ของประเทศออสเตรเลีย

โรงพยาบาลบางระกำรับผิดชอบให้บริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ขนาด 50 เตียง (ระดับ F2) แก่ประชาชนอำเภอบางระกำและใกล้เคียง ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปัจจุบันมีแพทย์ประจำ 10 คน เพียงพอต่อการจัดสรรแพทย์ลงสู่ตำบลได้ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอบางระกำได้ตอบสนองนโยบายศูนย์สุขภาพชุมชน โดยแบ่งกลุ่มสถานีอนามัยทั้งอำเภอ 20 แห่ง เป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 4 แห่ง โดยคำนึงถึงระยะเวลาการเดินทางให้แต่ละกลุ่มมีศูนย์สุขภาพชุมชนหลักประจำกลุ่มละ 1 แห่ง มีแพทย์หมุนเวียนสัปดาห์ละ 1 วัน โดยอนาญะรองส่งผู้ช่วย



*จำนวนแพทย์ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ปี 2539-2559 เทียบกับ จำนวนคณะแพทย์ศาสตร์
*ปี 2548-2554 เพิ่มศูนย์การศึกษาที่ต่างจังหวัด อีก 4 แห่งภายใต้การดูแลของ คณะแพทย์ศาสตร์รามธิบดี และ ศิริราช

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ปี 2539-2559

มาปรึกษาที่ศูนย์หลัก ซึ่งเน้นที่โรคเรื้อรัง เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบางระกำ ต่อมาได้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีแพทย์มีบทบาทมากขึ้น จากให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน เป็นสัปดาห์ละ 3 วัน จัดตั้งเป็นคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด และจากการที่ผู้วิจัยได้รับมอบหมายให้พัฒนาคลินิกหมอครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด จึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด ทั้ง 4 แห่ง อันประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด (เดิมเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลัก) 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันเสา 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมมะค่า และ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงโคกขาม จัดทำระบบบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดล โดยยึดหลัก ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล
2. มีความพึงพอใจในการรับบริการของประชาชน
3. มีการสร้างคุณค่าของสถานบริการ
4. ลดการเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางระกำ

จากการประเมินและวิเคราะห์ของทีมงานสรุปเป็นรูปแบบบริการแบบการกระจาย โดยให้แพทย์ออกตรวจทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้ 1) วันจันทร์ ออกตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมมะค่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงโคกขาม สลับกัน จันทร์เว้นจันทร์ 2) วันพุธ ออกตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันเสา และ 3) วันศุกร์ ออกตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด โดยเน้นที่โรคเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ลดการส่งต่อ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการประเมินรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวมในชุมชนนอกโรงพยาบาล โดยมีองค์ประกอบเป็นแพทย์และบุคลากรอื่นเช่นเดียวกับโรงพยาบาล แต่เป็นหน่วยย่อยและไม่แบ่งแยกงานเหมือนโรงพยาบาล เพื่อไปสู่การเป็นปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จและประชาชนไม่ต้องไปโรงพยาบาลโดยไม่มีควมจำเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านการรักษา ด้านการเข้าถึงบริการ และด้านคุณภาพบริการ ของบุคลากร กลุ่มคลินิกหมอครอบครัวต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง
2. เพื่อศึกษาความเชื่อมั่นต่อบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง
3. เพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง
4. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง ด้านกำลังคน อุปกรณ์ สถานที่ และงบประมาณ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อจำกัด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง ด้านบริการ กำลังคน งบประมาณ และแรงจูงใจต่อไป
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง
3. มีแนวทางในการสนับสนุน และติดตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 2

วิธีการศึกษา

การศึกษากิจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากร คือ ผู้รับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 2,327 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด, 2562) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ประชากรจำนวนเป็นหลักพัน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10% (สมชาย วรภิเษมสกุล, 2554) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย มีจำนวนทั้งสิ้น 232 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามลำดับคิวเลขที่ จาก 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 58 คน

การศึกษาเชิงคุณภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง จำนวน 14 คน โดยใช้การสัมมนากลุ่ม (Focus Group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

การศึกษาเชิงคุณภาพ มีลักษณะการตั้งประเด็นข้อคำถามแบบกึ่งโครงสร้างในการสัมมนากลุ่ม (Focus Group) ผ่านการถอดบทเรียนด้วยกระบวนการ SWOT เกี่ยวกับ 1) ผลการปฏิบัติงานด้านการรักษา ด้านการเข้าถึงบริการ และคุณภาพบริการ และ 2) ความพร้อมของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.94

การตรวจสอบค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 คน แล้วนำไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการแจ้งให้ทราบก่อนตอบแบบสอบถามว่าแบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเพื่อประเมินระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถาม โดยไม่ต้องระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และถ้าไม่ประสงค์จะตอบกรุณาคืนแบบสอบถามโดยไม่ต้องกระทำการใดๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดล วิเคราะห์ด้วยค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ผลการปฏิบัติงานด้านการรักษา ด้านการเข้าถึงบริการ และคุณภาพบริการ วิเคราะห์ด้วยค่าแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และ 2) ความพร้อมของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง เป็นการสัมมนากลุ่ม สรุปข้อมูลนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง ด้านกำลังคน อุปกรณ์ สถานที่ และงบประมาณ

ผลการศึกษา

1. ผลการปฏิบัติงานด้านการรักษา ด้านการเข้าถึงบริการ และด้านคุณภาพบริการ ของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลักแรดโมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรคิดว่าการจัดรูปแบบกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นคลินิกหมอครอบครัวสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์คลินิกหมอครอบครัวระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมาคือระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.14 สามารถ

เพิ่มศักยภาพการให้บริการระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.43 ผู้รับบริการได้ประโยชน์ ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 42.86 การจัดรูปแบบดังกล่าวไม่เป็นภาระแต่อยากให้สนับสนุนเพิ่มเติมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.29 รองลงมาคือ ไม่เป็นภาระอยากทำต่อไป คิดเป็นร้อยละ 35.71 ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมาคือ มีความภาคภูมิใจ คิดเป็นร้อยละ 14.29 และต้องการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการประชาชน คิดเป็นร้อยละ 92.86 รองลงมา คือ คิดว่าเหมือนทำบุญไม่ต้องการอะไร คิดเป็นร้อยละ 64.29 กรณีจัดแพทย์ประจำที่ใดที่หนึ่งและรับปรึกษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในกลุ่มพบว่า จัดได้แต่ต้องมีเงื่อนไข คิดเป็นร้อยละ 71.43 โดยมีเงื่อนไขด้านกำลังคน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ งบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 85.71 อุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 78.57 และค่าตอบแทนและสถานที่ คิดเป็นร้อยละ 64.29 รวมถึงการบริการคลินิกหมอครอบครัวควรให้บริการทำงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนและงานส่งเสริมป้องกันเดิมที่มีอยู่ คิดเป็นร้อยละ 71.43 และเห็นว่าต้องมีเงื่อนไขอื่นประกอบ คิดเป็นร้อยละ 28.57 ได้แก่ การตอบสนองนโยบาย สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ 2 ตำบล 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง และผู้สูงอายุอันเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ความเชื่อมั่นต่อบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์โมเดลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการไม่ทราบว่าคุณค่าคลินิกหมอครอบครัวเป็นอย่างไร รู้แต่ว่ามีแพทย์มาตรวจให้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.90 และรองลงมาคือ ไม่ทราบหรือรู้จักแต่ชื่อ คิดเป็นร้อยละ 10.34 ใน 1 ปีที่ผ่านมาใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.45 รองลงมาคือ โรงพยาบาลบางระกำ คิดเป็นร้อยละ 10.34 และน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 0.86 การเดินทางเมื่อเทียบกับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลบางระกำพบว่า การเดินทางมารับบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสะดวกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.79 รองลงมาคือ สะดวกพอๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 7.76 คุณภาพการรักษาเมื่อเทียบกับการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลบางระกำพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลดีกว่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.93 รองลงมาคือ คุณภาพการรักษาพอๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 35.34 โดยได้รับการตรวจทั้งจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.86 รองลงมาคือ ตรวจโดยแพทย์อย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 38.79 การตรวจรักษาจากแพทย์เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลบางระกำพบว่า พอๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 63.79 รองลงมาคือ แพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลดีกว่า คิดเป็นร้อยละ 32.76 ค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการรักษาเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลบางระกำพบว่า ลดค่าใช้จ่ายได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.95 รองลงมาคือ ไม่ต่างกัน คิดเป็นร้อยละ 31.03 การจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวสะดวกในการเดินทาง คิดเป็นร้อยละ 74.14 และเหมาะกับคนแก่และผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 48.28 นอกจากนี้ยังได้รับยาเหมือนกันแต่ใช้เวลาน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 84.48 ระยะเวลาการรับบริการเทียบกับโรงพยาบาลบางระกำพบว่า ใช้เวลาน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 68.10 รองลงมาคือ ไม่ต่างกัน คิดเป็นร้อยละ 21.55 และหากมีแพทย์อยู่ด้วย ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 78.45 รองลงมาคือ เชื่อมั่นเท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 14.66 และด้านอาคารและสถานที่พบว่า เพียงพอต่อการมารับบริการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.28 รองลงมาคือ ยังมีพื้นที่เหลือบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 9.48

3. ความพร้อมของบุคลากรกลุ่มคลินิกหมอครอบครัวต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์โมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง

การดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรัง

จุดแข็ง

1. แพทย์มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว
2. แพทย์มีความรู้ความสามารถนำมาประยุกต์ในพื้นที่ได้เหมาะสม
3. มีการดำเนินงานในพื้นที่บางส่วนแล้วในขอบเขตเจ้าหน้าที่ และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถรับช่วงต่อโดยไม่มีรอยต่อ

4. ได้มีการสนับสนุนจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
มาระดับหนึ่งแล้ว

5. ตำแหน่งที่ตั้งอยู่ในชุมชน

จุดอ่อน

1. จำนวนบุคลากรมีเท่าเดิมภาระงานที่ตรงกับวิชาชีพ
และที่ไม่ตรงกับวิชาชีพมีมากและรูปแบบที่ดำเนินงาน 1 ปี
ที่ผ่านมา พอดีตัว

2. ความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่เห็นจริงตามที่
กระทรวงสาธารณสุขกล่าวอ้าง

โอกาส

1. ผู้ป่วยต้องการบริการใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่าย
ในการเดินทาง เนื่องจากคุณภาพบริการเท่ากัน

2. เป็นนโยบายระดับชาติ

อุปสรรค

1. นโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายที่ดี
แต่ปัจจัยด้านบุคลากรไม่เพียงพอทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ

2. การสนับสนุนจาก อปท.ยังไม่เพียงพอการเชื่อมโยง
บางครั้งไม่ไปทิศทางเดียวกัน

3. สภาพการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขของ
ประเทศไทย

4. ถึงแม้จะเป็นนโยบายระดับชาติ แต่การกำหนด
ศักยภาพของคลินิกไม่ชัดเจน เนื่องจากความพร้อมของ
แต่ละแห่งมีหลายระดับ

การเพิ่มศักยภาพ มีการเพิ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และที่ A1C เกิน 8 โดยจัดทำ
ในรูปแบบ small group patient center โดยรับฟังผู้ป่วย
เลือกรูปแบบปรับเปลี่ยนไปด้วยกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและ
ผู้รับคำปรึกษา ด้านการรักษามีการรักษาโรคทั่วไป และทำ
หัตถการผ่าตัดเล็กเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเป็นคลินิกหมอครอบครัว
และริเริ่มการรักษาผู้ป่วยแผลกดทับแบบบูรณาการ โดยใช้บ้าน
เป็นหอผู้ป่วยรวมทั้งการตรวจและออกใบรับรองแพทย์
เพื่อการทำฉาปนกิจ

จุดแข็ง

1. มีแพทย์ที่มีแนวคิดที่จะทำคลินิกหมอครอบครัว
ให้เป็นห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในชุมชน
ร่วมกับงานชุมชนที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ค่อยได้ทำ

จุดอ่อน

1. บุคลากรในพื้นที่มีภาระงานมาก

2. สถานที่ยังไม่รองรับการที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก
ที่จะเพิ่มขึ้น

3. ระบบยายังไม่รองรับการที่มีศักยภาพการรักษา
เทียบเท่าห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน

4. ระบบการเบิกจ่ายของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม
และสิทธิข้าราชการในระบบจ่ายตรงสู่คลินิกหมอครอบครัว

โอกาส

1. การมีนโยบายที่อยู่ในรัฐธรรมนูญ

อุปสรรค

1. การขาดแคลนบุคลากร

2. การขาดแคลนอุปกรณ์ และทักษะของบุคลากร
แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์
โมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง
ด้านกำลังคน อุปกรณ์ สถานที่ และงบประมาณ

1. ด้านบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย จากการลง
ปฏิบัติงานของแพทย์สามารถให้บริการที่มีคุณภาพใกล้เคียง
กับในโรงพยาบาลบางระกำ เช่น สามารถผ่าตัด และรักษา
ต่อเนื่อง โดยใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วยได้ดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อน
การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ใกล้เคียงกับคลินิกโรคเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลบางระกำ ที่ดีกว่าคือ สามารถให้คำแนะนำ
แบบกลุ่มเล็กได้ พบว่า ผู้รับบริการมารับบริการที่คลินิก
หมอครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 78.45 แสดงถึงความเชื่อมั่น
ในคุณภาพจากการได้รับการตรวจจากแพทย์และพยาบาล
หรือได้รับการตรวจทั้งแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

2. ลดความแออัดและลดการรอคอย จากการศึกษา
พบว่า ลดได้ระดับหนึ่งและยังคงต้องรอคอยเนื่องจากบุคลากร
มีเพียงแต่ละ 3 คน ร่วมกับแพทย์ 1 คน จากเดิมผู้ป่วยที่มา
พบแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลปลั๊กแอนด์
ที่เดียวมีความแออัด เนื่องจากปริมาณเฉลี่ย 100-130 คนต่อวัน
เป็นภาระต่อบุคลากรมาก หลังจากเป็นคลินิกหมอครอบครัว
แบบปลั๊กแอนด์โมเดล ความแออัดลดลงเหลือเฉลี่ย 60-80 คน
ต่อวัน บุคลากรมีเวลาทำงานบริการอื่น เช่น ออกใบรับรองแพทย์
ทำฉาปนกิจ แต่เพิ่มภาระแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ประจำตำบลรอง ซึ่งเดิมไม่ต้องรับภาระผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์
จากการศึกษาพบว่า บุคลากรมีความพอใจที่จะรับภาระนี้

สามารถสร้างคุณค่าให้สถานบริการ เป็นประโยชน์กับผู้รับบริการ แต่การขยายบริการเพิ่มขึ้นพร้อมจะทำแต่ขอสนับสนุน กำลังคนเพิ่มขึ้น

3. ลดความเหลื่อมล้ำ จากการศึกษาพบว่า เป็นข้อที่ทำได้ดีที่สุด จากหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ทุกคนเข้าถึงบริการได้ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้พิการสามารถมาด้วยตัวเองได้ไม่ต้องอาศัยผู้พามา ผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนขาดยาเนื่องจากไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล จากการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์โมเดล มีผู้ป่วยซึ่งเดิมไม่มีคนพามาสามารถมารับเองที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้บ้านได้ ผู้ป่วยติดเตียง แพทย์สามารถไปตรวจได้ถึงบ้าน

4. ลดค่าใช้จ่าย จากการศึกษาพบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ และจากผลการศึกษานี้จากการสะท้อนของผู้รับบริการ มีความเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลบางระกำ ส่วนใหญ่บอกว่าถ้าตรวจรักษาที่นี่ได้ก็ไม่อยากไปโรงพยาบาลบางระกำ ส่วนด้านผลสะท้อนของบุคลากรพบว่า ส่วนใหญ่ตอบรับนโยบาย รู้สึกว่าสถานบริการมีคุณค่าขึ้น มีทัศนคติและความพึงพอใจที่ดีในคลินิกหมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์โมเดล แต่ต้องการให้มีการสนับสนุนเพิ่มเติมตามผลงานทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณ

อภิปรายผล

จากแนวทางนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ที่พยายามผลักดันให้สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบบริการผ่านกระบวนการ R to R (Routine to Research) เพื่อเป็นเครื่องมือในการมองตนเองและวิเคราะห์ เพื่อพัฒนางานอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ มีความสุข จากการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังไม่ทราบ ว่าคลินิกหมอครอบครัวเป็นอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2558) ได้ศึกษาโครงการวิจัยติดตามประเมินผลงานนโยบายทีมหมอครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า คำว่า “หมอครอบครัว” เป็นจุดขายทางนโยบาย ประสบการณ์ของบุคคล 4 กลุ่ม และผู้ดูแล

ไม่ สนับสนุนว่าข้อสมมตินี้เป็นจริง เพราะพบว่าคนเหล่านี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69) ไม่เคยได้ยินทีมสุขภาพ แนะนำเรื่อง หมอครอบครัวเลย ซึ่งแตกต่างจากบุคลากรกลุ่มคลินิก หมอครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์โมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง เห็นว่า การจัดรูปแบบนี้ตอบสนอง นโยบายได้ดี เข้าใจนโยบายการวิเคราะห์ เนื่องจากนโยบายนี้ ยังไม่พร้อมทางด้านจำนวนบุคลากร แพทย์ พยาบาล และ บุคลากรสนับสนุน สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่า ทีมสหวิชาชีพยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มีความจำเป็น ที่จะต้องมีทีมสหวิชาชีพที่เหมาะสมตามเกณฑ์ และต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว รวมถึงแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญต้องมีทัศนคติที่ดี ต่อระบบ จึงจะชักนำบุคลากรอื่นคล้อยตามได้ และสอดคล้อง กับรายงานของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2560) พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลยังมีความขาดแคลน กำลังคน เมื่อเทียบกับภาระงาน อัตรากำลัง บุคลากรที่มี ในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใกล้บ้าน เนื่องจากเดินทาง สะดวก คุณภาพการรักษาจากแพทย์และพยาบาลดีกว่า โรงพยาบาลบางระกำ และสามารถลดค่าใช้จ่ายจะเห็นว่า ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่มีความครอบคลุมของบริการ ซึ่งหากจัดบริการให้แพทย์ประจำทุกวันให้บริการเท่างาน ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน การลดค่าใช้จ่ายจะชัดเจน กว่านี้ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังคงได้รับยาเหมือนกันแต่ใช้เวลา น้อยกว่าที่โรงพยาบาลบางระกำ ส่วนด้านอาคารและสถานที่ ผู้รับบริการคิดว่าเพียงพอต่อการมารับบริการ ในขณะที่ บุคลากรต้องการปรับปรุงสถานที่อันเกิดจากมุมมองที่ต่างกัน ซึ่งบุคลากรไม่มีประสบการณ์การรอคอยเช่นเดียวกับผู้รับบริการ จากการสัมภาษณ์ความพร้อมของบุคลากรกลุ่มคลินิก หมอ ครอบครัวแบบปลั๊กแอนด์โมเดลในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบล 4 แห่ง พบว่าการดำเนินงานโรคเรื้อรัง มีจุดแข็งและโอกาสมากกว่าจุดอ่อนและอุปสรรค ซึ่งสะท้อน จากความเชื่อมั่นของผู้รับบริการและความภาคภูมิใจของ บุคลากร ส่วนการเพิ่มศักยภาพ มีการเพิ่มการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และที่ A1C เกิน 8

โดยจัดทำในรูปแบบ small group patient center โดยรับฟังผู้ป่วยเลือกวิธีปรับเปลี่ยนไปด้วยกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ด้านการรักษามีการรักษาโรคทั่วไป และทำหัตถการผ่าตัดเล็กเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อน เป็นคลินิกหออโรคครบครัน และริเริ่มการรักษาผู้ป่วยแผลกดทับแบบบูรณาการ โดยใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วยรวมทั้งการตรวจและออกไปรับรอกแพทย์เพื่อการทำมาปณกิจพบว่า มีจุดอ่อนและอุปสรรค ซึ่งอาจจะดำเนินงานได้ หากมีการสนับสนุนเพิ่มเติมด้านกำลังคน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2558) ได้ศึกษาโครงการวิจัยติดตามประเมินผลงานนโยบายทีมหออโรคครบครัน ผลการศึกษาพบว่า มีการแนะนำให้เน้นเสริมขีดความสามารถและแรงจูงใจด้านการจัดการให้แก่แพทย์ผู้ทำงานปฐมภูมิ ซึ่งตรงแนวคิดของผู้วิจัยที่จะมีบริการหลากหลายมากกว่ารักษาโรคเรื้อรัง เนื่องจากส่งแพทย์ไปประจำแล้วมิได้ไปเป็นครั้งเป็นคราวเช่นอดีต จะเห็นว่ายังสามารถปฏิบัติได้เป็นที่ภาคภูมิใจของบุคลากร ประเด็นสำคัญขึ้นอยู่กับแพทย์มีทัศนคติที่จะทำ ซึ่งจากการศึกษานี้ทำได้เป็นบางวัน แสดงว่ามีศักยภาพทั้งบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ แต่ยังไม่สามารถบริการได้ทั่วไปทุกวัน เนื่องจากบุคลากรไม่พอให้บริการได้ทุกวัน สอดคล้องกับผลการสำรวจในการศึกษาครั้งนี้ ว่าผู้รับบริการยังไม่ทราบว่าคลินิกหออโรคครบครันเป็นอย่างไร เนื่องจากบุคลากรยังไม่พร้อมให้บริการที่เพิ่มขึ้นตามศักยภาพของแพทย์ที่เพิ่มขึ้นมา จึงยังไม่มี การประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบเกี่ยวกับคลินิกหออโรคครบครันในปัจจุบัน

สรุปผล

จากการศึกษานี้พบว่า นโยบายคลินิกหออโรคครบครันนี้เป็นแนวทางที่ถูกต้อง เนื่องจากลดความ เหลื่อมล้ำในการรับบริการ เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ลดค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการบริการ ลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้รับบริการเชื่อมั่นมากกว่าไปโรงพยาบาล อันจะเป็นนโยบายของการเป็นหน่วยปฐมภูมิหรือเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พยายามพัฒนาสถานพยาบาลในชุมชน เพื่อลดภาระของโรงพยาบาล

สมควรที่จะผลักดันให้ครอบคลุมทั้งประเทศ มีบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลชุมชนและงานชุมชน ให้เป็นแบบอย่าง (Role Model) และโรงพยาบาลชุมชนพัฒนาศักยภาพให้รักษาทุติยภูมิด้านสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม อันจะกระจายจากโรงพยาบาลทั่วไปลงมาสู่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การสนับสนุนด้านกำลังคน ควรเพิ่มอัตรากำลังคนสำหรับคลินิกหออโรคครบครัน และสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากเป็นสถานบริการในชุมชนห่างไกลกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน
2. การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ควรปรับปรุงให้สอดคล้องกับระบบที่ได้พัฒนา เช่น การเบิกจ่ายสิทธิข้าราชการแบบจ่ายตรง ควรปรับให้จ่ายตรงที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้ เนื่องจากตรวจรักษาโดยแพทย์เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน
3. การขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เพียงพอให้ต้องหาแพทย์มาเพิ่มเมื่อไปเรียนต่อเฉพาะทาง กระทบกับความยั่งยืนของการดำเนินการในช่วงที่ยังไม่สามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้ทัน ดังนั้น สถาบันผลิตแพทย์ควรเพิ่มการอบรมในโครงการอบรมระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เข้าอยู่ในการเรียนของนักศึกษาแพทย์และให้ได้ประกาศนียบัตรเช่นเดียวกับการอบรมแพทย์ทั่วไป ซึ่งหลังจากจบการศึกษาบัณฑิตแพทย์บางส่วนจะสามารถปฏิบัติงานในคลินิกหออโรคครบครันได้ทันที

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อไปในคลินิกที่ให้บริการเต็มรูปแบบตามแนวคิดบริการทุกที่ ทุกอย่าง มีคุณภาพเช่นเดียวกับงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน บูรณาการไปกับงานสาธารณสุขด้านกระบวนการ ผลสัมฤทธิ์ และทัศนคติของแพทย์ในการปฏิบัติงานแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแทนที่ในโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- Khongyuen, N. (2017). Primary care service system with development standards. *Public Health & Health Laws Journal*, 3(3), 374-387. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2003). *Practice guideline of integral health service for primary care unit*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2016). *Standard of primary care unit under the design and construction division*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2017). *Self care for non communicable disease reduction in Thai style*. Nonthaburi: Department of Non Communicable Disease. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2018). *Inspection report 2018: Service Plan*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
- National Reform Steering Assembly. (2016). *The report of the commission health care reform in primary health care reform*. Retrieved July 20, 2019, from https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=38938 (in Thai).
- Office of Community Based Health Care Research and Development. (2007). *The collection of the speech in guideline to primary care service development*. Bangkok: Usa printing. (in Thai).
- Opartjirawirote, W. (2003). Health care system and health training in Australia. *Budachinaraj Journal of Medicine*, 20(3), 243-250. (in Thai).
- Opartjirawirote, W. (2011). Case study in Home ward care. *Budachinaraj Journal of Medicine*, 28(3), 300-304. (in Thai).
- Plakrat Sub-district Health Promoting Hospital. (2019). *Annual report 2019*. Kamphaengphet: Health promotion section.
- Srivichai, W. (2018). Survey of health provision by primary care cluster in Tak Province: Expectation, utilization of health service, and satisfaction of the target patients and caregivers. *Burapha Journal of Medicine*, 5(1), 64-82. (in Thai).
- Suriyawongpaisan, P. (2015). *Assessment of health policy on promoting family care team*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai).
- Tangcharoensathien, V. (2017). *Workload and productivity in sub-district health promoting hospital*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai).
- The working group of implement and health care reform. (2016). *The guideline for Primary care cluster*. Retrieved August 8, 2019, from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Guidelines%20PCC.pdf (in Thai).
- Vallakitkasemsakul, S. (2011). *Research methodology in behavioral sciences and social sciences*. Udon Thani: Aksonsin printing.