



หลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ในมุมมองผู้ปฏิบัติงาน

ปิยาภรณ์ อรชร

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ หน่วยบริการสุขภาพ ชมรมโรงพยาบาลศูนย์ ชมรมโรงพยาบาลทั่วไป และชมรมโรงพยาบาลชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 35 คน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม 2559 – 30 ธันวาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการประชุมระดมสมอง (Focus group) ผลการศึกษาพบว่า

การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ควรใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) เป็นนโยบายหรือเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการในเขตสุขภาพ 2) เน้นเรื่องการพัฒนาวิชาการ ศูนย์ความเชี่ยวชาญ 3) ต้องมีศักยภาพเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับ 1 อย่างน้อย 2 ด้าน 4) เสนอให้มีการประเมินความคุ้มค่าก่อนปรับระดับ

การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M 1 หรือ ระดับ S) การปรับระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1 หรือ ระดับ S) ควรใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) จำนวนผู้ป่วยนอก 2) จำนวนผู้ป่วยใน 3) สถานะการเงินของโรงพยาบาล 4) เกณฑ์วัดศักยภาพผู้ป่วยใน (CMI)

การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1) เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) ควรใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) หลักเกณฑ์ประชากร 2) ประชากรรับส่งต่อ 3) จำนวนผู้ป่วยนอก 4) ผู้ป่วยใน 5) ผ่าตัดคลอด ควรระบุให้ชัดเจน 6) ควรประเมินความเสี่ยงการเงิน (Risk score) ไม่เกินระดับ 3 และ 7) มีเกณฑ์ประเมินศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น CMI, SumAdj RW, เตียง Active bed

การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F2) ควรใช้หลักความต้องการพื้นฐาน ขึ้นกับความแตกต่างของบริบทพื้นที่ เช่น สถานที่ตั้ง/ขนาดที่ดิน ระยะห่าง รวมทั้งมีเกณฑ์ประเมินศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น CMI, SumAdj RW, เตียง Active bed การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สามารถนำผลการวิจัย “หลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพในมุมมองผู้ปฏิบัติงาน” ไปใช้ประเมินความพร้อม วิเคราะห์ส่วนขาดการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

คำสำคัญ : โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย



Abstract

The objective of this practical research is to study criteria for Potential improvement of Health service. The sample population consists of 35 citizens, specifically selected from Health service, Primary care, Secondary care, and Tertiary care center during March, 2016 to December 30, 2017. Structural Interview and Focus group are used as Study tools. As a result, it is shown that

- An upgraded criteria from Primary care (Level S) to Tertiary care (Level A) should be constructed as followed;

- 1) Policy or Strategy used for Service system improvement in Area Health
- 2) Emphasizing on an improvement of experts and Academic center
- 3) Being the Potential leader (Level 1) of Expert center at least 2 areas
- 4) Proposing for value assessment before upgrade

- There are 2 ways to upgrade criteria from Primary care (Level S) to Secondary care that are Level M1 or Level S. In order to upgrade Community Hospital (Level M2) to Secondary Care (Level M1 or Level S), it should refer to following procedure;

- 1) Number of OPD (Out-Patient-Department)
- 2) Number of IPD (In-Patient-Department)
- 3) Financial condition of the Hospital
- 4) Potential criteria of IPD (CMI)

- An upgraded criteria from Primary Care (Level F1) to Community Hospital (Level M2) should refer to following procedure;

- 1) Population standard
- 2) Population Transfer
- 3) Number of OPD
- 4) Number of IPD
- 5) Cesarean section should be clearly identified
- 6) Risk score for Financial risk, no more than Level 3
- 7) Potential assessment for Hospital such as CMI, SumAdj RW, and Active Bed

An upgraded criteria from Small Primary Care (Level F3) to Primary Care (Level F2) should refer to Basic needs depending on Area and Environmental difference such as Location/Area size and Distance, including Potential assessment for Hospital such as CMI, SumAdj RW, and Active Bed For implementation, Every Level of Health service under Office of the Permanent Secretary can apply this criteria resulting from “Practical Criteria for Potential upgrade of Health Service” in order to assess the readiness or to analyze the lacking factors that’s obscure the upgraded Potential.

Keywords : Primary Care, Secondary Care, Tertiary Care, Community Hospital



บทนำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ในหมวด 6 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ข้อ 43 ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล นอกจากนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุข ต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน การยกระดับคุณภาพการให้บริการของภาครัฐเป็นความพยายามอย่างหนึ่งที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมการให้บริการขององค์กรภาครัฐ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมความเป็นเลิศด้านการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อผู้รับบริการ ความจำเป็นของหน่วยบริการที่ต้องการปรับระดับมีหลายสาเหตุ เช่น ภายใต้อุตสาหกรรมและความเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ความเจริญของเมือง ทรัพยากรให้บริการถูกจำกัดลดลง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานและคุณภาพการให้บริการโดยรวม

สถานบริการสุขภาพภาครัฐ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการลงทุนของรัฐเพื่อให้เกิดการจัดบริการที่กระจายไปในทุกพื้นที่ โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถแบ่งสถานบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครองได้ดังนี้ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรค และสถาบันเฉพาะโรค 18 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 132 ศูนย์/5 สาขา ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 49 แห่ง ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 88 แห่ง

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุม อำเภอ ร้อยละ 88.8 รวม 780 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 295 แห่ง ระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) 9,777 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว (การสาธารณสุขไทย 2554-2558, 2559) นอกจากนี้ทำให้ประชาชน มีโอกาสเข้ารับบริการอย่างทั่วถึงแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยการจัดทำแผนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และได้มีการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2560 – 2564) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network)

นอกจากการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการในส่วนภูมิภาค ตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทให้การสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ตลอดจนเสริมสร้างศักยภาพและขยายบริการให้กับหน่วยบริการที่มีความพร้อม เดิมโรงพยาบาลมีการจัดแบ่งหน่วยบริการตามขนาดและจำนวนเตียง โดยแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากดำเนินการตามนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) จึงจำเป็นต้องปรับระดับศักยภาพ และกำหนดประเภทของหน่วยบริการใหม่ให้เหมาะสม และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ ตามหลักเกณฑ์ “การปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการในมุมมองผู้ปฏิบัติงาน”



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติ

1.1 หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ สามารถนำหลักเกณฑ์ไปใช้ประเมินความพร้อมการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

2. ประโยชน์เชิงนโยบาย

2.1 กำหนดทิศทางการเติบโตของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2.2 จังหวัดสามารถวิเคราะห์ส่วนขาดและสามารถคาดการณ์ได้ว่าควรมีในหน่วยบริการสุขภาพ ในอนาคตได้ทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ

2.3 เป็นคลังข้อมูลการปรับระดับศักยภาพและขยายจำนวนเตียงเพื่อนำไปใช้สำหรับบริหารจัดการ

วิธีการศึกษา

1. ขอบเขตการศึกษา

1.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action Research) ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

1.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และชมรมโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ

1.3 ผู้ให้ข้อมูลหลัก การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 35 คน

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.1 ส่งแบบสำรวจความเห็นเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพให้คณะกรรมการพิจารณาถ้อยแถลง การเปิดและการยกฐานะโรงพยาบาล

2.2 จัดทำ (ร่าง) หลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ และส่งให้ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และผู้แทนจากชมรมโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพิจารณาแก้ไขบางประเด็นให้เหมาะสม

2.3 ปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอชมรม โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และชมรมโรงพยาบาลชุมชน

2.4 ประชุมระดมสมอง (Focus Group) คณะกรรมการพิจารณาถ้อยแถลงหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ

2.5 นำไปทดลองประเมินศักยภาพกับโรงพยาบาลเป้าหมายและดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2560 - มีนาคม 2560

3. ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัย ระหว่าง มีนาคม 2559 – ธันวาคม 2560

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง
 - ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานที่ปฏิบัติงาน ประเภทโรงพยาบาล
 - ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพ โดยการรวบรวมและประเมินความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพจากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
2. การประชุมระดมสมอง (Focus group)



5. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลบางส่วนได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล การพิจารณาคัดเลือกเกณฑ์ส่วนหนึ่งใช้การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำเกณฑ์ไปสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษา

1. สรุปความเห็นจากแบบสอบถาม เมื่อมีนาคม 2558 มีผู้ให้ความเห็น ดังนี้

1.1 การยกฐานะโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย เห็นด้วยกับเกณฑ์ 6 คน (ร้อยละ 75) ไม่เห็นด้วย 2 คน (ร้อยละ 25) การยกฐานะโรงพยาบาลระดับอื่นๆ เห็นด้วยกับเกณฑ์ 7 คน (ร้อยละ 87.5) ไม่เห็นด้วย 1 คน (ร้อยละ 12.5) ประเด็นที่ไม่เห็นด้วยได้แก่ จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผ่าตัด คลอด ให้ระบุตัวเลขให้ชัดเจน และควรประเมินความเสี่ยงการเงิน (Risk score) ไม่เกินระดับ 3 รวมทั้งให้เพิ่มศักยภาพการให้บริการ โดยการประเมินดัชนี CMI

1.2 การยกฐานะ จากโรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ด้านโครงสร้างพื้นฐานให้แก้ไขขนาดที่ดินต้องมีมากกว่า 30 ไร่ขึ้นไป ส่วนด้านศักยภาพ (facility and function) ควรระบุจำนวนห้องผ่าตัดหรือการจัดบริการพิเศษ

2. สรุปความคิดเห็นจากชมรมโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและชมรมโรงพยาบาลชุมชน

2.1 โรงพยาบาลที่จะขอปรับระดับเป็น A ควรมีความพร้อมเป็น S, M1

2.2 เป็นนโยบายในระดับเขต หรือยุทธศาสตร์ การพิจารณาระบบบริการ (Service Plan) ของเขต

2.3 มีที่ตั้งเหมาะสม ไกลจากโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องรับส่งต่อพอสมควร (60 – 90 กม.) หรือเดินทางนานกว่า 60 นาที

2.4 มีบุคลากรสายหลักมากพอ (เกิน 20 คน) หรือมีจำนวนบุคลากรเหมาะสม 80% FIE

2.5 โรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องการยกระดับเป็นศูนย์ต้องไม่เป็นภาระด้านงบประมาณ คน ของ กับเขตสุขภาพนั้น และต้องไม่เบียดบังทรัพยากรในเขตสุขภาพ

2.6 มีจำนวนประชากรรับส่งต่อจากอำเภอข้างเคียง และตามการคมนาคมหรือเป็นแม่ข่าย

2.7 มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เพียงบริการและมีแพทย์เพียงพอ

2.8 มีการประเมินความคุ้มค่าก่อนการปรับระดับ

3. สรุปความเห็นจากคณะกรรมการพิจารณากันกรองการเปิด การยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ

3.1 เกณฑ์ในการปรับระดับจากโรงพยาบาลทั่วไป (S) เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (A) มีประเด็นข้อเสนอ ดังนี้

1. ให้เพิ่มข้อมูลการรับ และส่งต่อ ข้อมูลภาระโรค บุคลากรตามภาระงาน (FTE) สัมพันธ์กับจำนวนเตียงและประชากรในเขตสุขภาพ

2. เน้นเรื่องการพัฒนาวิชาการศูนย์ความเชี่ยวชาญ เช่น โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง จัดตั้งเป็นสถาบันสมทบ ด้านการเรียนการสอน มีการฝึกอบรมด้านวิชาการและเทคโนโลยีที่มีขีดความสามารถมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป

3. ประเด็นศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะระดับสูง (Excellent Center) กรณีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (A) ต้องมีศักยภาพเป็น ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับ 1 อย่างน้อย 2 ด้าน และเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับ 2 อย่างน้อย 1 ด้าน ขึ้นไป

4. การยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ส่งผลกระทบต่อเงินเดือน (Fix cost) เสนอให้มีการประเมินความคุ้มค่า ประเมินต้นทุน

5. ให้คงภารกิจด้านแพทย์ศาสตร์ เพื่อทำภารกิจด้านศูนย์ความเชี่ยวชาญ



3.2 เกณฑ์การปรับระดับจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (S, M1) ไม่สนับสนุนให้ขยายบริการในโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1 แต่ควรพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) สนับสนุนแนวคิดลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ และเสนอให้เพิ่มข้อมูลจากพื้นที่ประกอบการพิจารณา เช่น จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานะการเงิน ดัชนี CMI

3.3 เกณฑ์การปรับระดับโรงพยาบาลชุมชนจาก (ระดับ F1) เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) เสนอให้รวมประชากรและประชากรส่งต่อไว้ด้วยกัน

3.4 เกณฑ์การปรับระดับโรงพยาบาลชุมชนจาก ระดับ F3 เป็น F2, F1 ควรใช้หลักพื้นฐานแตกต่างตามบริบทพื้นที่ โดยหลักเกณฑ์ประเมินศักยภาพเป็นหลักเกณฑ์รอง

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำความเห็นทั้งหมดมาสังเคราะห์ แล้วจึงสรุปเป็นหลักเกณฑ์การปรับระดับศักยภาพของแต่ละระดับตามมุมมองของผู้บริหารดังนี้

1. การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ควรใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) เป็นนโยบายหรือเป็นยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการในเขตสุขภาพ 2) เน้นเรื่อง การพัฒนาวิชาการศูนย์ความเชี่ยวชาญ 3) ต้องมี ศักยภาพเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับ 1 อย่างน้อย 2 ด้าน 4) เสนอให้มีการประเมินความคุ้มค่าก่อนปรับระดับ

2. การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปมี 2 รูปแบบ คือ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1 หรือระดับ S)

3. การปรับระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1 หรือ

ระดับ S) ควรใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) จำนวนผู้ป่วยนอก 2) จำนวนผู้ป่วยใน 3) สถานะการเงินของโรงพยาบาล 4) เกณฑ์วัดศักยภาพผู้ป่วยใน (CMI)

4. การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1) เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) ควรใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1) ควรใช้หลักเกณฑ์ประชากร 2) ประชากรรับส่งต่อ 3) จำนวนผู้ป่วยนอก 4) ผู้ป่วยใน 5) ผ่าตัดคลอด ควรระบุให้ชัดเจน 6) ควรประเมินความเสี่ยงการเงิน (Risk score) ไม่เกินระดับ 3 และ 7) มีเกณฑ์ประเมิน ศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น CMI, SumAdj RW, เตียง Active bed

5. การปรับระดับศักยภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F2) ควรใช้หลักความ

ต้องการพื้นฐาน ขึ้นกับความแตกต่างของบริบทพื้นที่ เช่น สถานที่ตั้ง/ขนาดที่ดิน ระยะห่าง รวมทั้งมีเกณฑ์ ประเมินศักยภาพของโรงพยาบาล เช่น CMI, SumAdj RW, เตียง Active bed

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักเกณฑ์ที่ได้ไปทดลอง ประเมินศักยภาพให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และพบว่า ผลการประเมิน ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับการปรับระดับ ศักยภาพ ดังนี้ โรงพยาบาลที่ได้รับการปรับระดับเป็น F2 คิดเป็นร้อยละ 33.34 โรงพยาบาลที่ได้รับการปรับระดับ เป็น F1 คิดเป็นร้อยละ 53.85 โรงพยาบาลที่ได้รับการปรับระดับเป็น M1 คิดเป็นร้อยละ 33.34 โรงพยาบาล ที่ได้รับการปรับระดับเป็น A คิดเป็นร้อยละ 100 โรงพยาบาลที่ได้รับการปรับระดับเป็น M2 คิดเป็น ร้อยละ 0 และได้รับการปรับระดับเป็น S คิดเป็นร้อยละ 0



ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดระดับศักยภาพของโรงพยาบาล

| รายละเอียด | F2 | F1 | M2 | M1 | S | A |
|---|----|----|----|----|---|---|
| 1. สถานที่ตั้ง/ขนาดที่ดิน | √ | | √ | √ | √ | √ |
| 2. การขยายตัวของชุมชน | | | √ | √ | √ | √ |
| 3. ระยะห่างจากโรงพยาบาลใกล้เคียง | √ | √ | √ | √ | √ | |
| 4. จำนวนประชากรในเขต ตำบล/อำเภอ ที่ตั้ง | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 5. จำนวนประชากรรับส่งต่อ | | | √ | √ | √ | √ |
| 6. ความพร้อมด้านบุคลากร | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 7. จำนวนเตียง (เตียงจริง) | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 8. ประเมินความคุ้มค่าในการลงทุน และสถานะทางการเงิน (Risk score) | | | √ | √ | √ | √ |
| 9. ชีตความสามารถเป็นศูนย์เชี่ยวชาญ ระดับ 1-3 | | | | | | √ |
| 10. โครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล (ICU, OR) | | | √ | √ | √ | √ |
| 11. มีภารกิจด้านการแพทย์ศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ | | | | | | √ |
| 12. ผลงานที่แสดงศักยภาพของโรงพยาบาล (CMI, Sum Adj RW, Active bed) | √ | √ | √ | √ | √ | √ |

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับการปรับระดับศักยภาพ

| รายการปรับระดับ | ผ่าน | ไม่ผ่าน | รวม | ร้อยละ |
|-----------------------------|------|---------|-----|--------|
| รายการคำขอปรับระดับ | | | | |
| ปรับเป็นระดับ F2 | 2 | 4 | 6 | 33.34 |
| หน่วยบริการสุขภาพ (44 แห่ง) | | | | |
| ปรับเป็นระดับ F1 | 7 | 6 | 13 | 53.85 |
| ปรับเป็นระดับ M2 | 0 | 12 | 12 | 0 |
| ปรับเป็นระดับ M1 | 2 | 4 | 6 | 33.34 |
| ปรับเป็นระดับ S | 0 | 6 | 6 | 0 |
| ปรับเป็นระดับ A | 1 | 0 | 1 | 100 |
| รวม | 12 | 32 | 44 | 27.27 |

(ที่มา:รายงานผลการพิจารณารายการคำขอปรับระดับศักยภาพปีงบประมาณ 2560)

อภิปรายผล

วิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงจากอดีตถึงปัจจุบัน ส่งผลให้โรงพยาบาลมีการจัดแบ่งหน่วยบริการที่แตกต่างไปจากเดิม กล่าวคือ จากเดิมแบ่งประเภทเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลัง

ดำเนินการตามนโยบายแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) จึงจำเป็นต้องปรับระดับศักยภาพและกำหนดประเภทของหน่วยบริการใหม่ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ตั้งแต่ขนาดเล็กถึงขนาดใหญ่โดยแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ มี 1 ระดับ คือ ระดับ A โรงพยาบาลทั่วไปมี 2 ระดับ



คือ ระดับ S และ ระดับ M1 โรงพยาบาลชุมชนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ M2 ระดับ F1 ระดับ F2 ระดับ F3 ผู้วิจัยจึงสนใจและศึกษาหลักเกณฑ์การปรับระดับ ศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพที่ได้ปรับเปลี่ยนจากการแบ่งประเภทแบบเดิม ซึ่งจากการศึกษาหลักเกณฑ์ฯ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์จำนวนประชากร

มีการกำหนดสัดส่วนขนาดโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็กรับผิดชอบประชากรจำนวนน้อย แต่ขาดความชัดเจนการเลือกกลุ่มประชากรใช้สิทธิใดบ้าง ขาดค่านิยมด้านประชากร ประชากรรับส่งต่อ อาจส่งผลทำให้การเก็บข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้ เกณฑ์ประชากรมีความสำคัญมาก หากรวมประชากรทุกสิทธิน้อย มักจะส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของหน่วยบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (เปรมจิต หงส์อำไพ, 2535) ได้ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุข ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด คือ จำนวนผลผลิตของบริการ ได้แก่ จำนวนรายผู้ป่วย ใน จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนรายผู้ป่วยที่มีภูมิถิ่นอาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับการจัดสรรงบประมาณ โดยงบประมาณจะถูกจ่าย 179 บาทต่อหนึ่งรายของผู้ป่วยใน 56 บาทต่อหนึ่งครั้งของผู้ป่วยนอก และ 423 บาทต่อหนึ่งครั้งของผู้ป่วยที่มีภูมิถิ่นอาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ ที่มารับบริการ นอกจากนั้นในการจัดสรรงบประมาณพบว่า เมื่อระดับรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 บาท และจำนวนเตียงของสถานพยาบาลในกระทรวงอื่นๆ เพิ่มขึ้น 1 เตียง จะทำให้งบประมาณถูกจัดสรรให้น้อยลง 38 บาท และ 41,489 บาทตามลำดับ แต่สำหรับประชากรที่เพิ่มขึ้น 1 คนนั้น จะทำให้งบประมาณถูกจัดสรรเพิ่มขึ้น 1.85 บาท แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการจัดสรรงบประมาณตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันต่างๆ ค่อนข้างต่ำ

2. หลักเกณฑ์จำนวนเตียง

จำนวนเตียงมักจะสัมพันธ์กับจำนวนประชากร ในเขตจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบ และในเขตสุขภาพรวมทั้งประชากรในอำเภอใกล้เคียงสามารถเดินทางมารับบริการได้อย่างสะดวก ดังนั้น เกณฑ์จำนวนเตียงควรมีของหน่วยบริการแต่ละแห่ง จึงขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรเป็นสำคัญ แม้ว่าสัดส่วนค่ามาตรฐานเตียงในปี 2564 โดยเฉลี่ยในภาพรวมทั้งหมดของประเทศ โรงพยาบาลรัฐควรมี 2.5 เตียงต่อ 1,000 ประชากร แต่พบว่ามีความยุ่งยากในการกำหนดเกณฑ์ เนื่องจากสัดส่วนประชากรอาจแตกต่างกันได้ตามบริบทพื้นที่ (การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (SP) พ.ศ. 2560-2564 กองบริหารการสาธารณสุข)

3. ชีตความสามารถและศักยภาพ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A, S, M1) มีศักยภาพสูง เกณฑ์กำหนดเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญ (excellent center) บุคลากรทางการแพทย์ อย่างน้อย 4 สาขาหลัก ได้แก่ สาขาหัวใจ สาขามะเร็ง สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด จากปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีแพทย์เฉพาะทางไม่ครบ 4 สาขาหลัก หรือบางแห่งมีสาขามะเร็งมากกว่า 1 คน แต่ไม่ครบ 4 สาขาหลัก จึงทำให้หน่วยบริการไม่สามารถปรับระดับได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (อัมภา ศรารักษ์, 2541) ได้ศึกษาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางในการเป็นแหล่งฝึกอบรมความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขา พบว่าประชากรเป้าหมายประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 20 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 7 แห่ง และบุคลากรของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารกลุ่ม งานการพยาบาล แพทย์เฉพาะทางที่ได้รับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปในสาขาที่เกี่ยวข้อง และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับการแจกแบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล แจกแบบสอบถาม



แก่แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาโททางการพยาบาล ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2540 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2541 ผลการพิจารณาความพร้อมในการเป็นแหล่งฝึกอบรม ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาการพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการฝึกอบรมฯ ในฐานะสถาบันสมทบ คือ โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลที่มีแนวโน้มเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ได้สูง คือ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ในสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 2 แห่งในสาขาการพยาบาลเด็ก และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาเป็นแหล่งฝึกอบรมฯ ได้ คือ โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 8 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 1 แห่ง ส่วนมากในสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และโรงพยาบาลที่ยากจะเป็น แหล่งฝึกอบรมฯ ได้ คือ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 2 แห่ง

4. หลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Score)

เป็นหลักเกณฑ์สำคัญประกอบการตัดสินใจรายการขอปรับระดับศักยภาพ เพื่อไม่ให้ประสพภาวะวิกฤตการเงินในระยะยาว โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีการประเมินความเสี่ยง ความเสี่ยงสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ ความเสี่ยงด้านการเงิน การรายงาน และความเสี่ยงด้านกฎหมาย

การปรับระดับศักยภาพจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M1) ซึ่งหน่วยบริการขนาดใหญ่มักจะมีต้นทุนสูงกว่า โรงพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Score) เพื่อตรวจสอบรายรับ สถานะการเงิน รวมทั้งตรวจสอบต้นทุนบริการรายสิทธิ หากพบว่ามีความเสี่ยงสูง (Risk Score > ระดับ 3 แสดงว่าไม่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ (กันยารัตน์ แสนสันเทียะ และอุษณา

แจ่มคล้าย, 2557) ศึกษาต้นทุนต่อสิทธิรักษาพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา ระดับ F2 จำนวน 15 โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 มีต้นทุนต่อสิทธิการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน โดยสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมีต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 561.89 บาทต่อครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยในเฉลี่ย 2,836.83 บาทต่อวันนอน สิทธิรักษาพยาบาลประกันสังคมมีต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 392.24 บาทต่อครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยในเฉลี่ย 2,620.55 บาทต่อวันนอน และสิทธิรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 543.97 บาทต่อครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยในเฉลี่ย 2,428.55 บาทต่อวันนอน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ (ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง และผศ.ดร.อัญชณา ณ ระนอง, 2545) ที่ได้ศึกษาการติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” ของกระทรวงสาธารณสุขว่าการคิดต้นทุนการรักษาของโรงพยาบาลกลุ่มต่างๆ ปัญหาประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในโครงการ 30 บาท ก็คือสถานพยาบาลระดับต่างๆ มีต้นทุนในการรักษาที่แตกต่างกันผู้ป่วยคนเดียวกันหรือโรคเดียวกัน (หรือกลุ่มวินิจฉัยโรครวม หรือ DRG เดียวกัน) ที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างนี้มีทั้งที่สะท้อนประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเสี่ยง และในบางกรณีระดับเทคโนโลยีที่ต่างกัน โดยทั่วไปแล้ว สถานพยาบาลขนาดใหญ่จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าสถานพยาบาลเล็ก ในขณะที่เดียวกันก็ควรมีความเสี่ยงในระดับต่ำกว่าด้วย (เนื่องจากมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มุมมองเรื่องประสิทธิภาพ ที่เห็นว่าการที่ประชาชนมารับการรักษาในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีต้นทุนสูงกว่า ทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงขึ้นโดยไม่จำเป็นนั้น นำมาซึ่งการเสนอระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในแต่ละระดับในอัตราที่เท่ากันสำหรับการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกัน (same price for same DRG) ในขณะที่ในความเป็นจริงนั้น ต้นทุนของโรงพยาบาลใหญ่มักจะสูงกว่า ต้นทุนการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน



5. หลักเกณฑ์ความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน (สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์)

การเปลี่ยนระดับจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีโครงสร้าง (Function) แตกต่างจากเดิมมาก โรงพยาบาลบางแห่งมีข้อจำกัด ด้วยสภาพบริบทเดิม และปัญหาขนาดที่ดินมีขนาดเล็ก พื้นที่จำกัด อาจารย์รับบริการไม่ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ (ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ, 2550) พบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีการใช้ทรัพยากรค่อนข้างเต็มที่ และมีคะแนนประสิทธิภาพค่อนข้างสูง (ค่า efficiencyscore เกินกว่า ร้อยละ 90) ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวัง เนื่องจากโรงพยาบาลระดับศูนย์นั้นเป็นแหล่งที่ใช้ทรัพยากรและงบประมาณจำนวนมาก อนึ่งการที่ผลลัพธ์ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่านั้น อาจจะเป็นเพราะสภาวะแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนนั้นแตกต่างไปจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป กล่าวคือโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลหรือสภาพกันดาร จำนวนประชากรไม่หนาแน่น แต่ยังมี ความจำเป็นต้องเปิดโรงพยาบาลสำหรับคอยบริการประชาชนเมื่อเกิดเจ็บป่วย

6. หลักเกณฑ์สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล

ถือว่าเป็นเงื่อนไขและปัจจัยความสำเร็จในการอยู่รอด (Successful) รวมทั้งศักยภาพ ทำเลที่ตั้ง โอกาสการเติบโตสูง (high potential) มีศักยภาพรองรับการส่งต่อและเป็นด่านหน้า (Gate Keeper) ขึ้นอยู่กับมุมมองผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล โดยอาจพิจารณาจากความต้องการของประชาชน อุปสงค์การเข้ารับบริการทางสุขภาพของประชาชนในเครือข่าย และพื้นที่ใกล้เคียง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดนิยามประชากรให้ชัดเจนเป็นประชากรกลุ่มใดบ้าง ประชากรรับส่งต่อยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การดูแลประชากรลูกข่าย

(Area base) การแบ่งเขตความรับผิดชอบตามภูมิศาสตร์หรือพื้นที่ชายขอบ เป็นพื้นที่อยู่ติดกับจังหวัดใกล้เคียง เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงได้ รวมทั้งมีข้อมูลอ้างอิงที่มีความน่าเชื่อถือ กำหนดนิยามประชากรให้ตรงกัน ควรมีแหล่งอ้างอิงจากฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้ความเป็นธรรมแก่หน่วยบริการ

2. เพื่อความเป็นธรรม การประเมินศักยภาพหน่วยบริการควรใช้ข้อมูลจากแหล่งเดียวกัน โดยให้หน่วยบริการรายงานข้อมูลปีละ 2 ครั้ง ได้แก่ จำนวนเตียงจริง จำนวนเตียงกรอบ จำนวนเตียง ICU และเตียง Active bed เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน สามารถเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

3. การกำหนดคะแนนให้มีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลแต่ละระดับ ควรกำหนดน้ำหนักคะแนนด้านบริการ (service) และศักยภาพบริการให้มีค่าคะแนนสูงกว่าข้อมูลทั่วไป เป็นต้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนางาน ดังนี้

1. การใช้ประโยชน์ระดับนโยบาย เสนอให้นำผลการวิจัยไปกำหนดนโยบายการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ควรกำหนดระยะเวลาของแผนการปรับระดับศักยภาพและเป้าหมายเชิงคุณภาพแต่ละระยะให้ชัดเจน รวมทั้งกำหนดทิศทางการเติบโตของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรศึกษารายละเอียดสถานะการเงินหน่วยบริการที่มีภาวะวิกฤตการเงินระดับ 5-7 ก่อนให้ปรับระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป

2. การใช้ประโยชน์ระดับหน่วยบริการ หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งต้องมีความรู้ใหม่ สามารถนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ด้านการประเมินศักยภาพความพร้อมของสถานบริการ วิเคราะห์ส่วนขาดด้านต่างๆ เพื่อปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพให้ได้ตามเกณฑ์กำหนด



3. การใช้ประโยชน์ระดับผู้ปฏิบัติงาน เป็นคลังข้อมูลการพัฒนาาระบบบริการของจังหวัด เพื่อประกอบการจัดทำแผนพัฒนาสถานบริการในจังหวัดและเขตสุขภาพ รวมทั้งนำไปใช้บริหารจัดการการลงทุนด้านโครงสร้างและอัตรากำลัง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเตรียมการล่วงหน้า และตระหนักถึงปัญหาที่อาจพบได้จากการปรับระดับโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ได้รับการปรับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปใหม่ เช่น เตรียมระบบสนับสนุนบริการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การศึกษาผลกระทบจากการปรับระดับจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

Health Administration. (2017). *Division. Operations and Service Plan 2560-2564*. The Publisher of Thailand Agricultural Cooperative.

Hong-aumpai, P. (1992) *The factor analysis of Health-Care Service's budget allocation: A Case Study of the Office of the Permanence Secretary Ministry of Public Health*. Master of Economic Thesis, Chulalongkorn University.

Na Ranong, V. and Committee. (2002). *Follow up and Project Assessment "30 Baht Health care scheme*. Ministry of Public Health. Thailand Development Research Institute (TDRI).

Pattamasiriwatt, D. and Committee. (2007). Potential Budget Management for Health Service, Case study of Secondary and Tertiary care 95 units under Office of the Permanent Secretary. *Journal of Economic Publish*, Thammasart University. 25(4).

Saensantier, K. and Jangkloi, U. (2016). Cost and budget analysis of health-care right for Community Hospital in Nakhonratchasima. *Province the Management Journal*, 11(1).

Sararatch A., Hanucharoenkul S., and Vittayasuppakorn J. (1999). The study on Potential of Hospital Center and Specialized Hospital in order to be a training center for several Medical Branch. *Thai Journal of Nursing*, 14(1).

Strategy and Planning Division. (2016). *Thailand Public Health 2011-2015*. Bangkok: The Publisher of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King.