

นิพนธ์ฉบับ

การเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง จากมุมมองผู้ป่วย

ดุสิตา ตู่ประกาย

บทคัดย่อ

- บทนำ:** หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยรูปแบบที่มีการให้บริการอยู่มี 2 รูปแบบ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง (ศสม.) ถึงแม้ว่าจะมีการให้บริการมาเป็นระยะเวลานาน แต่ที่ผ่านมา การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการในมุมมองของผู้ป่วย ยังมีอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. และ ศสม. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่าง รพ.สต. และ ศสม. จากมุมมองผู้ป่วย
- วิธีการศึกษา:** งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. 27 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง และ ศสม. 2 แห่ง ในจังหวัดลำปาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงมกราคม 2559 สำหรับการเก็บข้อมูล การศึกษาใช้แบบสอบถามประเมินการให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพการให้บริการในหลายด้าน เช่น การเข้าถึงบริการ ด้านความต่อเนื่อง ด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ด้านความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย และด้านความพึงพอใจโดยรวม การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำโดยใช้สถิติ Chi-square และ t-test โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
- ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 1,197 และ 400 คน ถูกคัดเลือกจาก รพ.สต. และ ศสม. ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพการให้บริการในด้านการเข้าถึงบริการที่ ศสม. สูงกว่าที่ รพ.สต. ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ ศสม. แล้ว พบว่า รพ.สต. มีคะแนนด้านความต่อเนื่องของการให้บริการที่สูงกว่า ($p = 0.012$) นอกจากนี้คะแนนด้านความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยที่ รพ.สต. สูงกว่าที่ ศสม. ($p = 0.001$)
- สรุปผลการศึกษา:** เมื่อเปรียบเทียบ รพ.สต. กับ ศสม. แล้ว การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. รายงานถึงคุณภาพการให้บริการด้านการเข้าถึงบริการที่ไม่สูง เนื่องจาก รพ.สต. เป็นหน่วยบริการส่วนใหญ่ที่ให้บริการด้านปฐมภูมิ ดังนั้นจึงควรเพิ่มความถี่ของการให้บริการแพทย์ที่ รพ.สต. และขยายช่วงเวลาการให้บริการนอกเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- คำสำคัญ:** ระบบบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประเมินคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอก

วันที่รับบทความ: 3 เมษายน 2560

วันที่แก้ไขบทความ: 4 เมษายน 2562

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: 17 เมษายน 2562

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไปสู่การบริการปฐมภูมิเป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญ เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับบริการทางการแพทย์แบบทั่วไปแล้ว การบริการปฐมภูมิมีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลสุขภาพพลดลง และก่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอีกด้วย¹ การบริการปฐมภูมิลักษณะที่สำคัญคือ เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึง โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ บริการปฐมภูมิยังให้บริการที่ครอบคลุมรอบด้าน อย่างต่อเนื่อง และมีการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง²

สำหรับในประเทศไทย ภายหลังจากที่มีการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา³ ระบบงานบริการปฐมภูมิได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งการพัฒนาบริการปฐมภูมิถือเป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข⁴ โดยสำหรับการจัดให้บริการปฐมภูมิในเขตเมืองนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นศูนย์บริการนอกเขตเทศบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง (ศสม.) เป็นศูนย์บริการในเขตเทศบาล⁴ นอกเหนือจากการจัดบริการให้กับประชาชนแล้ว การคำนึงถึงคุณภาพของการให้บริการยังคงเป็นส่วนที่สำคัญ ที่จะแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ไม่ใช่เพียงปริมาณ แต่รวมถึงคุณภาพของการดำเนินการของการบริการปฐมภูมิที่ไปสู่ประชาชนผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้เอง การประเมินคุณภาพของการให้บริการปฐมภูมิจากมุมมองของผู้รับบริการ จึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการบริการ เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

การวัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในมุมมองผู้ป่วยโดยวัดประสบการณ์ต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกเป็นวิธีการสำคัญที่จะได้มาซึ่งการดูแลที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต่างจากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งอาจมิได้ชี้ชัดว่าต้องพัฒนาในจุดใดชัดเจน⁵ โดยองค์ประกอบของคุณภาพของบริการจากมุมมองผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงบริการ ข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอ ได้รับความยอมรับนับถือ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดูแลสุขภาพ⁶

โรงพยาบาลลำปางมีประชากรอยู่ในความดูแลประมาณ 756,436 คน ได้แบ่งให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองคือ รพ.สต. ทั้งหมด 27 แห่ง และในโรงพยาบาล

ลำปางได้สนับสนุนการพัฒนา ศสม. 2 แห่ง โดยในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลลำปางมีนโยบายที่จะพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมินอกเขตเทศบาลนครลำปาง คือ รพ.สต. ซึ่งมีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้บริหารจัดการโดยมีแพทย์โรงพยาบาลลำปางสนับสนุนออกให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทุกแห่งเป็นแพทย์ประจำแบบไม่หมุนเวียน เดือนละ 1 - 8 ครั้ง ส่วนในเขตเทศบาลนครลำปาง จัดตั้ง ศสม. โดยมีโรงพยาบาลลำปางเป็นผู้บริหารจัดการ และมีแพทย์ประจำทุกวัน ทำหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกของเขตเทศบาลนคร อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลจะมีการให้พัฒนาการให้บริการปฐมภูมิมาตลอดช่วงระยะเวลา แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากมุมมองของผู้ป่วย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่าง รพ.สต. และ ศสม. จังหวัดลำปาง จากมุมมองผู้ป่วย โดยผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 29 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 - มกราคม 2559 โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่ทราบขนาดประชากรแน่นอน โดยกำหนดให้สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม (p) ร้อยละ 30 ($p = 0.30$) โดยกำหนดสัดส่วนความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.025

โรงพยาบาลลำปาง มีหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จำนวน 29 แห่ง มีประชากรทั้งหมด 231,006 คน ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 1,284 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลในส่วนที่ไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างจากที่คำนวณได้อีก ร้อยละ 25 ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด 1,605 คน

เพื่อให้เกิดการกระจายครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกระดับโดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงทำการแบ่งกลุ่มแบบ Cluster sampling จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 2 ประเภท คือ 29 แห่ง โดยแบ่งเป็น

- ศสม. มี 2 แห่ง มีประชากร 56,006 คน ประมาณ เมื่อนำจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มมากระจายตาม
ขนาดตัวอย่าง 401 คน ขนาดของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละหน่วย
- รพ.สต. มี 27 แห่ง มีประชากร 175,000 คน ดังตาราง ดังนี้
ประมาณขนาดตัวอย่าง 1,204 คน

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ใช้ในการวิจัย

หน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1. ศสม.ม่อนกระติง	170
2. ศสม.หัวเวียง	230
3. รพ.สต.ท่าโขก	29
4. รพ.สต.ต้นธงชัย	45
5. รพ.สต.ต้นมื่น	79
6. รพ.สต.ทุ่งกล้วย	37
7. รพ.สต.แม่ก๊วย	36
8. รพ.สต.ม่วงแกว	36
9. รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า	61
10. รพ.สต.บ้านฟ่อน	48
11. รพ.สต.โกลกหัวช้าง	32
12. รพ.สต.นิคม เขต 7	33
13. รพ.สต.รัตนบุรีรักษ์	22
14. รพ.สต.บ้านกาด	55
15. รพ.สต.ทุ่งม่านเหนือ	31
16. รพ.สต.ท่าข้าว	46
17. รพ.สต.เสด็จ	43
18. รพ.สต.ทรายทอง	24
19. รพ.สต.สบมาย	27
20. รพ.สต.หัววัง	22
21. รพ.สต.กล้วยม่วง	45
22. รพ.สต.กล้วยแพะ	52
23. รพ.สต.ใหม่จำบอน	79
24. รพ.สต.บ้านเอื้อม	52
25. รพ.สต.สบมาย	49
26. รพ.สต.คำหลวง	48
27. รพ.สต.สบไพร	71
28. รพ.สต.จำค่า	57
29. รพ.สต.นิคม เขต 16	38
รวมทั้งหมด	1,597

การเลือกตัวอย่างผู้ป่วยทำโดยวิธีการเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling) โดยช่วงเวลาในระหว่างเดือนไม่มีผลต่อการตอบคำถาม และเน้นเลือกตัวอย่างให้มีความหลากหลาย แยกตามสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ รพ.สต. ทั้งหมด 27 แห่ง มีประชากร 121,960 คน และศสม. 2 แห่ง มีประชากร 54,006 คน ในเกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในพื้นที่ของแต่ละ รพ.สต./ศสม. รับผิดชอบ ส่วนเกณฑ์คัดผู้ป่วยออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หรือไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง

สำหรับการวัดผลคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก ในหน่วยบริการปฐมภูมิจากมุมมองผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ ได้จากแบบสอบถามการประเมินการให้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit Questionnaire, PCU)⁷ ซึ่งเป็นเอกสารเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ PCA (Primary Care Award) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามมาตรฐานที่ใช้ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (General Practice Assessment Questionnaire, GPAQ)⁸ ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มีความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.8049 โดยแบบสอบถาม PCUQ ทำการวัดคุณภาพของเวชปฏิบัติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ 1) การเข้าถึง (Accessibility) 2) ความสามารถของแพทย์ (Technical competence) 3) การสื่อสาร (Communication skills) 4) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Inter-personal aspects of care) 5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) 6) ด้านแผนกต้อนรับ (Receptionist) และ 7) สถานที่ (Accommodation) โดยการวัดผลในแต่ละด้านใช้คำถามหลายคำถามเพื่อสอบถามความคิดเห็น และทัศนคติของผู้ป่วย และวัดผลโดยใช้คะแนนแบบ Likert scale โดยมีคะแนนรวมของคำถามในแต่ละด้าน เท่ากับ 100 คะแนน⁹

นอกจากนี้ แบบสอบถามยังรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ (หญิง ชาย) อายุ ระดับการศึกษา (ประถมหรือต่ำกว่า มัธยม/ปวช/ปวส ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป) สิทธิการรักษา (บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ) การมีเจ้าหน้าที่ประจำตัวและพยาบาลประจำครอบครัว (มี/ไม่มี) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อช่วงเวลาที่ต้องการมาใช้บริการเพิ่มเติม (ช่วงเช้าตรู่ ช่วงพักเที่ยง ช่วงบ่าย สุดสัปดาห์ ไม่จำเป็นต้องเปิดเพิ่ม ช่วงเย็น เปิด 24 ชั่วโมง) และความถี่ของความต้องการแพทย์ออกตรวจรักษา (ไม่น้อยกว่าวันเว้นวัน สัปดาห์ละครั้ง ไม่เกินเดือนละครั้ง)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญแอลฟา เท่ากับ 0.05 วิเคราะห์คุณภาพของบริการปฐมภูมิภาพรวม และรายด้าน โดยการคำนวณคะแนนรวมมาอิงเกณฑ์ โดยเปรียบเทียบเป็นร้อยละ การเปรียบเทียบลักษณะตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่ รพ.สต. และ ศสม. ใช้สถิติ t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) และสถิติ Chi-square สำหรับข้อมูลรายกลุ่ม (categorical variables) การเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่าง รพ.สต. และ ศสม. ใช้สถิติ t-test สำหรับการเปรียบเทียบการมีเจ้าหน้าที่ประจำตัว และพยาบาลประจำครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อช่วงเวลาที่ต้องการมาใช้บริการเพิ่มเติม และความถี่ของความต้องการแพทย์ออกตรวจรักษา ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ รพ.สต. และ ศสม. ใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามที่มาใช้บริการที่ รพ.สต. และ ศสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.7 และ 63.0 อายุเฉลี่ย 56.4 ± 12.2 ปี และ 46.2 ± 16.3 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่ลักษณะตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่ รพ.สต. อยู่ในประถมศึกษา ส่วน ศสม. อยู่ในระดับตั้งแต่มัธยมขึ้นไป สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามที่มาใช้บริการจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลทั่วไป	หน่วยบริการปฐมภูมิ		p - value
	รพ.สต. จำนวน (ร้อยละ)	ศสม. จำนวน (ร้อยละ)	
ตัวอย่างทั้งหมด	1197 (100)	400 (100)	
เพศหญิง	715 (59.7)	252 (63.0)	0.262
อายุ (ปี) (Mean, SD)	56.4 + 12.2	46.2 + 16.3	< 0.001
ระดับการศึกษา			
- ประถมหรือต่ำกว่า	892 (74.6)	136 (34.0)	< 0.001
- มัธยม/ปวช/ปวส	283 (23.6)	148 (37.0)	
- ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	21 (1.76)	116 (29.0)	
สิทธิการรักษา			
- บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	713 (59.6)	227 (56.8)	< 0.001
- ประกันสังคม	130 (10.9)	60 (15.0)	
- สิทธิข้าราชการ	26 (2.2)	74 (18.5)	
- อื่นๆ	328 (27.4)	39 (9.8)	

ในส่วนร้อยละของการไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตัวของผู้ป่วย พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างที่ รพ.สต. ซึ่งมีผู้ป่วยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตัวเพียงร้อยละ 20.6 เมื่อเทียบกับที่ ศสม. ซึ่งมีผู้ป่วยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตัวร้อยละ 62.0 ($p < 0.001$)

ส่วนการไม่มีพยาบาลประจำครอบครัวที่ รพ.สต. พบร้อยละ 99.7 เมื่อเทียบกับที่ ศสม. ซึ่งมีผู้ป่วยที่ไม่มีพยาบาลประจำครอบครัว ร้อยละ 88.0 ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การมีเจ้าหน้าที่ประจำตัวและพยาบาลประจำครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามที่มาใช้บริการจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

การมีเจ้าหน้าที่ประจำตัว/พยาบาลครอบครัว	หน่วยบริการปฐมภูมิ		p - value
	รพ.สต. จำนวน (ร้อยละ)	ศสม. จำนวน (ร้อยละ)	
1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตัว	246 (20.6)	248 (62.0)	< 0.001
2. ไม่มีพยาบาลประจำครอบครัว	1,197 (99.7)	352 (88.0)	< 0.001

รพ.สต. และ ศสม. มีคุณภาพการให้บริการในมุมมองของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันทุกด้าน โดยที่ รพ.สต. พบว่าด้านความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยมีคะแนนสูงสุด ส่วนที่ ศสม. พบว่าด้านความพึงพอใจโดยรวมมีคะแนนสูงสุด ทั้ง รพ.สต. และ ศสม. พบว่าด้านการเข้าถึงบริการมีคะแนนน้อย

ที่สุด รพ.สต. มีคะแนนน้อยกว่า ศสม. ในด้านการเข้าถึงบริการ และด้านความพึงพอใจโดยรวม โดย รพ.สต. มีคะแนนสูงกว่า ศสม. ในด้านแผนกต้อนรับ ด้านสถานที่ ด้านความต่อเนื่อง ด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพการให้บริการในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามที่มาใช้บริการจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

คะแนนคุณภาพการให้บริการ	หน่วยบริการปฐมภูมิ		p - value
	รพ.สต. (Mean, SD)	ศสม. (Mean, SD)	
1. ด้านการเข้าถึงบริการ (Access)	27.6 (6.2)	30.5 (12.3)	< 0.001
2. ด้านแผนกต้อนรับ (Receptionist)	63.5 (13.1)	59.8 (17.7)	< 0.001
3. ด้านสถานที่ (Accommodation)	63.8 (12.7)	62.1 (13.8)	0.03
4. ด้านความต่อเนื่อง (Continuity)	64.3 (11.0)	62.0 (17.0)	0.012
5. ด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Communication skill)	64.8 (10.0)	61.6 (11.9)	< 0.001
6. ด้านความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (Enablement)	68.0 (13.8)	64.9 (15.5)	0.001
7. ด้านความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction)	63.8 (8.6)	68.5 (13.7)	< 0.001

ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง รพ.สต. และ ศสม. เปิดทำการเพิ่มเติม คือสุดสัปดาห์ ซึ่งที่ รพ.สต. ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดบริการช่วงเย็น และ 24 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 5

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความต้องการแพทย์ออกตรวจรักษาเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. กับ ศสม. โดยพบว่าผู้ป่วยที่ รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 60 ต้องการแพทย์ออกตรวจที่ รพ.สต. สัปดาห์ละครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งที่ ศสม. ต้องการแพทย์ไม่น้อยกว่าวันเว้นวัน ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามที่มาใช้บริการจำแนกตามประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ	หน่วยบริการปฐมภูมิ		p - value
	รพ.สต. (n = 1197) จำนวน(ร้อยละ)	ศสม. (n = 400) จำนวน(ร้อยละ)	
เวลาที่เปิดทำการเพิ่มเติม			
- ช่วงเช้าตรู่	311 (26.0)	97 (24.3)	< 0.001
- ช่วงพักเที่ยง	15 (1.2)	71 (17.8)	
- ช่วงบ่าย	135 (11.3)	37 (9.3)	
- สุดสัปดาห์	646 (54.0)	125 (31.3)	
- ไม่จำเป็นต้องเปิดเพิ่ม	90 (7.5)	60 (15.0)	
- ช่วงเย็น	0 (0.0)	3 (0.8)	
- เปิด 24 ชั่วโมง	0 (0.0)	7 (1.8)	
ความถี่ของความถี่ของการแพทย์ออกตรวจรักษา			
- ไม่น้อยกว่าวันเว้นวัน	230 (19.2)	192 (48.0)	< 0.001
- สัปดาห์ละครั้ง	737 (61.6)	92 (23.0)	
- ไม่เกิดเดือนละ 1 ครั้ง	230 (19.2)	116 (29.0)	

วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ผ่านมา ไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ประเมินคุณภาพการให้บริการด้านปฐมภูมิ เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการให้บริการ 2 ระดับ คือ รพ.สต. ในเขตเมือง และ ศสม. จากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งทั้งวิธีการและผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้ต่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ทั้งเพื่อการพัฒนาการบริการปฐมภูมิ ตลอดจนถึงเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบการวิจัยต่อไปในอนาคต

ในส่วนของผลลัพธ์ของคุณภาพการให้บริการเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. และ ศสม. ในเขตเมือง พบว่าทาง รพ.สต. ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าใน ส่วน ศสม. (27.6 เทียบกับ 30.5 สำหรับ รพ.สต. และ ศสม. ตามลำดับ, $p < 0.001$) สาเหตุสำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย คือ ความถี่ของผู้ป่วยในการพบแพทย์ โดยงานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า ความถี่ในการพบแพทย์ที่น้อยของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการจำกัดของการเข้าถึงบริการ⁹ ซึ่งหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ที่ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์ คือจำนวนความถี่ที่แพทย์ให้บริการออกตรวจรักษาผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาความถี่ของความต้องการแพทย์ออกตรวจของผู้ป่วยจากผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 61.6 และ 48.0 ต้องการให้แพทย์ออกตรวจสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และไม่น้อยกว่าวันเว้นวัน ที่ รพ.สต. และ ศสม. ตามลำดับ ขณะที่ในทางปฏิบัติแล้ว ความถี่ที่แพทย์ได้ให้บริการออกตรวจรักษาที่ รพ.สต. เฉลี่ยอยู่ที่เพียง 1 - 2 ครั้งต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่าความคาดหวังของผู้ป่วย ขณะที่ ศสม. มีการจัดแพทย์เพื่อให้บริการออกตรวจทุกวัน ตามความต้องการของผู้ป่วยอยู่แล้ว

นอกจากเรื่องความถี่ของการให้บริการของแพทย์แล้ว เวลาของการให้บริการยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของการให้บริการได้ โดยผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการบริการในช่วงเช้าตรู่และวันสุดสัปดาห์ของผู้ป่วย ถึงร้อยละ 80 และ 55.6 สำหรับที่ รพ.สต. และ ศสม. ตามลำดับ ซึ่งช่วงเวลาเหล่านี้เป็นช่วงที่อยู่นอกเหนือเวลาทำการของทางราชการ และทางสถานพยาบาลยังไม่มีโครงการเปิดให้บริการช่วงพิเศษแต่อย่างใด ซึ่งเรื่องนี้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่ผ่านมา ที่แสดงว่าการเปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการทำให้เกิดช่องว่างการบริการมากที่สุด ในขณะที่การ

เปิดบริการนอกเวลาราชการสามารถช่วยปรับคุณภาพการเข้าถึงบริการให้ดียิ่งขึ้น¹⁰ ยิ่งไปกว่านั้นการเปิดบริการนอกเวลา ยังมีผลดีต่อการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย¹¹

เมื่อกล่าวถึงการเพิ่มความถี่และช่วงเวลาของการให้บริการของแพทย์แล้ว ข้อจำกัดเรื่องความขาดแคลนแพทย์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพโดยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษานั้น จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่ให้บริการครอบคลุมทั้ง 27 รพ.สต. และ 2 ศสม. มีเพียง 5 คน ซึ่งการขาดแคลนบุคลากรนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเสียต่อคุณภาพบริการปฐมภูมิ ขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำจะมีแนวโน้มในการตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยได้ดี^{11 - 12}

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพด้านความต่อเนื่องระหว่าง ศสม. และ รพ.สต. ในเขตเมือง พบว่า ศสม. ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า รพ.สต. ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีแพทย์และพยาบาลประจำตัว มีผลดีต่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย¹¹ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพด้านความต่อเนื่องของการให้บริการที่ดี¹¹ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตัวดูแลที่ รพ.สต. (ร้อยละ 20.6) มีอัตราที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่รับบริการที่ ศสม. (ร้อยละ 62.0)

สำหรับคุณภาพด้านความสามารถในการดูแลตัวเอง (Enablement) ของผู้ป่วย พบว่า คะแนนของผู้ป่วยที่รับบริการที่ รพ.สต. มีคะแนนมากกว่าผู้ป่วยที่ ศสม. อันเป็นการสะท้อนถึงมุมมองด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ รพ.สต. ที่สูงกว่าที่ ศสม. ซึ่งสาเหตุหนึ่งสืบเนื่องจาก ลักษณะของงานบริการของ รพ.สต. ส่งเสริมให้การบริการมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่าทาง ศสม. ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการในชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี⁹ ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่า คะแนนด้านคุณภาพเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง จะไม่มีความแตกต่างจากคุณภาพด้านๆ อื่นจากมุมมองของผู้ป่วย กระนั้นก็ตาม เมื่อพิจารณางานวิจัยก่อนหน้านี้ ที่แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองจากมุมมองผู้ให้บริการ กลับพบว่า บริการในส่วนนี้ของ รพ.สต. และ ศสม. กลับมีคะแนนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับมุมมองอื่น¹³ การพิจารณาข้อมูลคุณภาพบริการจากมุมมองของผู้ป่วย จึงเป็นหลักฐานเพียงด้านเดียว ที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกับการประเมินคุณภาพด้วยวิธีการต่างๆ จากมุมมองอื่นรวมเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความครอบคลุมและสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างแท้จริง

จากข้อมูลดังกล่าวนี้เอง จึงนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหาร โดยการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่ให้บริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง ไปพร้อมกับการจัดสรรความถี่และช่วงเวลาในการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยนี้ จึงสามารถเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยในการเพิ่มคุณภาพของการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วยได้ในที่สุด

การให้ความสำคัญต่อการจัดสรรบุคลากรประจำตัวต่อผู้ป่วยใน ศสม. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการ อันเป็นเหตุที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดียิ่งขึ้นต่อไป¹⁴

อนึ่ง จากผลของการศึกษาก่อนหน้านี้ได้แสดงให้เห็นถึงปัญหาของสถานบริการปฐมภูมิ ในด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แนวทางในการจัดการปัญหาดังกล่าว คือ การส่งเสริมให้มีการพัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อันสอดคล้องกับนโยบายที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและพยายามผลักดันให้เกิดขึ้น คือ การสร้างคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster, PCC)¹⁵ ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุม แยกตามกลุ่มวัย โดยทาง รพ.สต. และ ศสม. จัดให้มีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำตัวและครอบครัว ให้กับประชาชนทุกคน เพื่อคอยให้ความรู้ในการดูแลตนเองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง¹⁵ งานวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษาถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภายหลังจากการนำนโยบายคลินิกหมอครอบครัวลงสู่ปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิผลของนโยบาย อันนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องสืบไป

ปัญหาที่สำคัญในการประเมินคุณภาพจากมุมมองผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เกิดจากการขาดระบบการประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินยังขาดการนำมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพในแ่งมุมต่างๆ ระหว่างสถานบริการภายในเขตเดียวกัน ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการประเมินคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิจากมุมมองผู้ป่วยเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ข้อจำกัดด้านเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ ในการประเมินคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิจากมุมมองผู้ป่วย เป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีเครื่องมือมาตรฐานที่ถูกพัฒนาเพื่อให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย ขณะที่เครื่องมือ PCUQ นั้นถูกพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในระบบบริการ

สุขภาพในประเทศอังกฤษ³ การนำเครื่องมือ PCUQ มาใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการ จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์ อันเกิดจากลักษณะบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ สำหรับงานวิจัยในอนาคต ควรศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น อาชีพ สติการรักษของผู้ป่วย หรือการมีแพทย์/พยาบาลประจำตัว มีผลต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการปฐมภูมิจากมุมมองผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประกอบในการวิเคราะห์หาสาเหตุที่มีผลกับระดับคุณภาพการให้บริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้นสืบไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ ดร.นพ.ชัยสิริ อังกรสุวรรณนท์ ดร.รุ่งทิพา หมื่นป่า และ คุณ Andrew Sherratt ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และขอขอบพระคุณผู้บริหาร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูล ทำให้การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
2. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford, New York: Oxford University Press; 1998.
3. สุรจิต สุนทรธรรม. หลักการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน: สุรจิต สุนทรธรรม, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, จเด็จ ธรรมธัชตรี, สิรินาฏ นิภาพร, และคณะ, บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 1-13.
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, บำรุง ชลเดช, พกฤษา บุคบุญ. สถานการณ์การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547 - 2558. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน; 2558.

5. Kalucy L, Katterl R, Jackson-Bowers E. Patient Experience of health care performance. PHC RIS Policy Issue Review. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service; 2009.
6. Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Measuring quality through performance. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007;335:1021-2.
7. Department of Health Service Support, Institute of Primary Care Development, National Health Security Office, Health System Research Institute. The Network Quality Primary Care. (In Thai). Bangkok: National Office of Buddhism Press; 2009.
8. Jaturapatporn D, Hathirat S, Manataweewat B, et al. Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *J Med Assoc Thai* 2006;89:1491-6.
9. Paul Lamarche, Marie-Dominique Beaulieu, Raynald Pineault, et al. Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2003.
10. Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, et al. Implementing Family Medicine Groups: A Challenge in the Reorganization of Practice and Interprofessional Collaboration. Montreal: Doctor Sadok Besrour Chair in Family Medicine; 2006. http://www.medfamumontreal.ca/chaire_sadok_besrour/chaire/chaire.htm /. Accessed January 14, 2013.
11. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008;6: 116-23.
12. Senarat W. Development of a Primary Care Model: A Case Study of Khun Khong Health Center, Hang-Dong District, Chiang Mai Province. 2003. <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1342>. Accessed March 20, 2019.
13. ดุสิตา ตู๊ประกาย, ปัทมา โกมุทบุตร, โภคิน ศักรินทร์กุล. การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2552;1:7-15.
14. Alazri M, Heywood P, Neal RD, Leese B. Continuity of Care: Literature review and implications. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2007;7:197-206.
15. โสภณ เมฆธน, ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร, สุโกศล เวชภัณฑ์เกษ และคณะ. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.

Abstract

Comparative quality of outpatient services between primary care units in suburban areas and urban areas from patients' perspectives

Dusida Tooprakai

Lampang hospital

Introduction: Primary care units (PCUs) has played an important role to provide healthcare services in response to patients' needs. Two forms of PCUs are provided: urban PCUs and suburban PCUs. Despite a long period of care provision, little is known about the quality of services from the patients' viewpoint especially comparing between two types of PCUs. This study compared the quality of outpatient services between primary care units in suburban areas and urban areas from patients' perspectives.

Methods: A cross-sectional survey was conducted in patients who had visited the 2 urban PCUs and 27 suburban PCUs in Amphur Muang, Lampang from October 2015 to January 2016. Concerning the data collection, this study employed the Primary Care Unit Questionnaires, which evaluated the quality of care from various aspects, including access, continuity of care, physicians' communication skills, enablement and overall satisfaction. Comparison between PCU groups was examined using a chi-square test and t-test, with a significance level of 0.05.

Results: A total of 400 and 1,197 patients were included from urban and suburban PCUs, respectively. Results of the study showed that urban PCUs had a higher mean score of healthcare access than do their suburban counterparts ($p < 0.001$). Compared with the urban PCUs, the higher mean score of continuity of care was observed among the suburban group ($p = 0.012$). In addition, the mean score for enablement of suburban PCUs was higher than that of the urban PCUs ($p = 0.001$).

Conclusion: In comparison with urban PCUs, this study pointed out that patients who received care at suburban PCUs reported a lower quality of care in terms of access to the facilities. As suburban PCUs shares the majority in the primary care service, efforts should be Increase the frequency of medical services and extend the service period at the suburban PCUs in response to patients' needs.

Keywords: primary care, primary care units in suburban areas, primary care units in urban areas, quality of primary care